

Décembre 2010

Diagnostic Santé-Travail pour la région Bretagne

Dans le cadre de la préparation
du Plan régional Santé Travail

Étude réalisée avec le soutien financier de la Direction régionale
des entreprises, de la concurrence, de la consommation,
du travail et de l'emploi (DIRECCTE)

**Étude réalisée sous la direction de Monsieur Philippe CLAPPIER, Chef de projet.
Rédaction : Mesdames Léna PENNOGNON et Camélia LOUACHENI, Chargées d'étude, Monsieur Philippe CLAPPIER.
Mise en forme : Madame Laurence POIRIER.
Avec la participation initiale de Monsieur Christophe LÉON.**

**Observatoire Régional de Santé de Bretagne
8D rue Franz Heller - CS 70625 - 35 706 RENNES CEDEX 7
Tél - 02 99 14 24 24 • Fax - 02 99 14 25 21
<http://www.orsbretagne.fr>**

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

	Pages
1. Introduction, contexte et objectifs	5
2. Méthodologie	6
3. Données de cadrage socio-économiques	8
4. Données de cadrage : les expositions et les risques professionnels	11
5. Données de cadrage : la sinistralité	16
5.1 Les Maladies Professionnelles (MP)	17
5.1.1 Les maladies professionnelles imputées aux établissements bretons chez les salariés du régime général	18
5.1.2 Les maladies professionnelles chez les salariés du régime agricole	25
5.2 Les Accidents du Travail (AT)	33
5.2.1 Les accidents du travail avec arrêt (AT) chez les salariés du régime général.....	34
5.2.2 Les accidents du travail (AT) chez les salariés du régime agricole	41
5.3 Les Accidents de Trajet	47
5.3.1 Les accidents de trajet chez les salariés du régime général	48
5.3.2 Les accidents de trajet chez les salariés du régime agricole	53
5.4 Les inaptitudes	59
6. Approche par secteur : IAA, BTP, services à la personne	61
6.1 Le secteur de l'industrie agroalimentaire (IAA)	62
6.1.1 L'emploi dans le secteur de l'IAA	63
6.1.2 Les conditions de travail et les expositions professionnelles dans le secteur de l'IAA	64
6.1.3 La sinistralité chez les salariés du régime général de l'IAA.....	65
6.1.4 La sinistralité chez les salariés du régime agricole du secteur de la coopération	69
6.2 Le secteur du bâtiment et des travaux publics (BTP)	76
6.2.1 L'emploi dans le BTP en Bretagne.....	77
6.2.2 Les conditions de travail et les expositions professionnelles dans le BTP	78
6.2.3 La sinistralité dans le BTP.....	80
6.3 Le secteur des services à la personne	84
6.3.1 L'emploi dans le secteur des services à la personne	85
6.3.2 Les conditions de travail et les expositions dans le secteur des services personnels et domestiques	86
6.3.3 La sinistralité dans le secteur des services à la personne	87
7. Approche qualitative	89
7.1 Les sources de données existantes et leurs limites	90
7.1.1 Les données relatives aux expositions ou aux risques auxquels sont soumis les salariés	90
7.1.2 Les données relatives à la sinistralité (accidents, maladies professionnelles, inaptitudes).....	93
7.2 Les manques	96
7.3 En amont, la concertation et la cohérence de la politique régionale	98
7.4 En aval, la diffusion des informations	99
7.5 La mutualisation des actions de prévention	100

	Pages
8. Propositions - préconisations.....	101
8.1 En amont, un renforcement du pilotage régional.....	102
8.2 La mise en place d'un tableau de bord de suivi	103
8.3 L'amélioration de l'exploitation des sources de données existantes	104
8.4 L'inscription de la Bretagne dans un protocole d'enquête inter-régional.....	108
8.5 La mise en œuvre d'enquêtes ad hoc spécifiques et ciblées	110
8.6 La mise en place d'un système de veille et d'alerte.....	111
8.7 En aval, la diffusion des informations produites.....	112
8.8 La mutualisation des actions de prévention.....	113
9. Conclusion.....	115
10. Annexes	117

Les Focus :	Pages
Focus 1 : La sous-déclaration des accidents de travail et des maladies professionnelles	7
Focus 2 : La saisonnalité en Bretagne	10
Focus 3 : L'exposition des salariés aux poussières de bois en Bretagne	13
Focus 4 : Diagnostic sur l'utilisation des produits Cancérogènes, Mutagènes et Reprotoxiques (CMR) en milieu de travail en Bretagne	14
Focus 5 : Rapports annuels des médecins du travail	15
Focus 6 : Les maladies professionnelles chez les élèves et apprentis du régime agricole en France	29
Focus 7 : Le centre de consultation de pathologies environnementales et professionnelles de Brest	31
Focus 8 : Les maladies à caractère professionnel (MCP)	32
Focus 9 : La sinistralité des jeunes salariés du régime général en Bretagne	37
Focus 10 : Les accidents du travail chez les élèves et les apprentis du régime agricole en France	46
Focus 11 : Les accidents de trajet chez les élèves et les apprentis du régime agricole en France	57
Focus 12 : L'enquête réalisée par le Gref Bretagne pour l'année 2007	59
Focus 13 : Les inaptitudes déclarées dans les rapports annuels des médecins du travail	60
Focus 14 : Enquête Santé au Travail dans les industries de la viande en Bretagne (STIVAB)	74
Focus 15 : Sinistralité du travail temporaire dans le BTP	83

1. Introduction, contexte et objectifs

Dans le cadre de la préparation du Plan régional santé travail (PRST) 2010-2014, la Direction régionale des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi (DIRECCTE) de Bretagne a souhaité disposer d'un diagnostic global santé-travail régional afin notamment de l'aider à :

- Développer les connaissances des dangers et risques en milieu professionnel.
- Développer la connaissance de la population au travail ainsi que celle des travailleurs les plus exposés.
- Orienter et prioriser ses actions.
- Engager des actions nouvelles.
- Améliorer le système d'information existant, notamment vis-à-vis de la coordination, la mutualisation et la complémentarité des bases de données existantes.
- Enrichir la réflexion du Comité régional de prévention des risques professionnels (CRPRP).

Dans ce cadre, le travail réalisé par l'Observatoire régional de santé de Bretagne (ORS Bretagne), missionné par la DIRECCTE pour réaliser le diagnostic régional santé travail, a pour objectifs principaux de :

- Recenser, compiler et analyser les informations en santé travail issues des différentes institutions régionales, voire par défaut nationales, lorsque les données à l'échelle régionales ne sont pas disponibles.
- Mettre en évidence les principaux éléments liés aux risques et à la sinistralité au regard des secteurs d'activité et des populations concernées.
- Elaborer un diagnostic des systèmes et des outils d'information existants, en appréhender les forces et les faiblesses et proposer des pistes d'amélioration pour une optimisation des informations actuelles.

Au regard des délais de réalisation, le diagnostic réalisé et présenté dans le rapport qui suit a porté, par consensus avec la DIRECCTE de Bretagne et notamment vis-à-vis des éléments concernant la sinistralité, uniquement sur la population du secteur privé (relevant du régime général ou de la Mutualité sociale agricole), hors champ maritime.

Bien entendu, les populations non prises en compte pourront l'être à l'avenir dans le cadre du plan régional 2010-2014. Une des caractéristiques importante d'un diagnostic étant son inscription dans une démarche évolutive, enrichie au fur et à mesure de l'intégration de nouvelles informations.

De fait et vis-à-vis des objectifs pour lesquels l'ORS Bretagne est missionné, trois axes d'analyse ont été identifiés conventionnellement :

- **Un axe « risques »** incluant les accidents du travail et de trajet, les maladies professionnelles, les Maladies à caractère professionnel (MCP) ainsi que les expositions aux risques professionnels.
- **Un axe « population »** avec une attention particulière portée à certaines catégories de salariés (jeunes, femmes, intérimaires, saisonniers, nouveaux embauchés,...).
- **Un axe « secteur d'activité »** avec une analyse spécifique portant, lorsque c'est possible, sur les secteurs des Industries agro-alimentaires (IAA), du Bâtiment et des travaux publics (BTP) ainsi que sur les services à domicile.

Vis-à-vis de ces trois axes d'analyse, un comparatif entre les données régionales et nationales a été recherché ainsi qu'une analyse à des niveaux infra-régionaux (départements, zones d'emploi).

A PRENDRE EN COMPTE

Ce travail d'analyse est une première étape d'une information plus aboutie et plus régulière qui devra être mise en place à l'avenir.

En tant que tel, il comporte des limites liées à son caractère exploratoire, limites qui pourront être dépassées dans le cadre d'un processus de réflexion partenarial mené sur le moyen terme au cours de la mise en œuvre du PRST 2010-2014.

2. Méthodologie

La méthodologie mise en œuvre pour réaliser le diagnostic s'est appuyée :

■ Sur la mise en place d'un comité de pilotage

Celui-ci, composé de représentants :

- De la DIRECCTE de Bretagne (responsables du pôle travail ou d'unités territoriales, de l'inspection médicale, ingénieur de prévention,...).
- De services de santé au travail (direction, médecins du travail).
- De la Caisse d'assurance retraite et de la santé au travail (CARSAT) et de la Mutualité sociale agricole (MSA).
- De l'Agence régionale pour l'amélioration des conditions de travail (ARACT).
- D'organismes préventeurs (Organisme professionnel de prévention du bâtiment des travaux publics (OPPBTP)).
- Des partenaires sociaux (MEDEF, syndicats de salariés).

A eu notamment pour mission de :

- Faciliter et aider la réalisation du diagnostic.
- Valider au fur et à mesure les éléments du diagnostic produits par l'ORS Bretagne.
- Faciliter l'accès et valider les sources d'information et de données ayant permis le bilan quantitatif du diagnostic (voir ci-après).
- Faciliter l'identification et valider la liste des personnes incluses dans l'enquête qualitative à qui a été proposé un entretien (voir ci-après).

Il s'est réuni à quatre reprises :

- Le 28 avril 2010 : présentation et validation de la méthodologie générale, du rôle du comité de pilotage, des documents et des données à exploiter dans le cadre de l'aspect quantitatif du diagnostic.
- Le 12 juillet 2010 : point d'étape sur l'avancement des travaux ; organisation et validation de la phase qualitative du diagnostic.
- Le 4 octobre 2010 : présentation et validation des premiers résultats quantitatifs ; point d'étape sur la phase qualitative.
- Le 22 novembre 2010 : présentation des propositions réalisées dans le cadre du diagnostic.

Parallèlement au comité de pilotage, des échanges bimensuels et programmés ont été mis en place entre la DIRECCTE et l'ORS Bretagne tout au long de la démarche.

■ Sur une analyse documentaire ainsi que des données transmises et validées par le comité de pilotage

L'analyse quantitative qui concerne notamment les données de cadrage socio-professionnelles, d'expositions, de sinistralité ainsi qu'une approche plus spécifique concernant les trois secteurs identifiés par la DIRECCTE (IAA, BTP, services au domicile) s'est à la fois appuyée sur :

- L'exploitation et l'analyse de bases de données pré-existantes (expositions, sinistralité).
- L'analyse de rapports d'étude, d'enquêtes, de données publiées,... (données socio-professionnelles, expositions, sinistralité). Ces données ont pu ainsi être intégrées au corps du rapport ou être l'objet de « focus » destinés à enrichir la réflexion ou à valoriser les réalisations régionales.

En tout état de cause, les références des données sur lesquelles s'est appuyé le diagnostic sont restituées au fur et à mesure des chapitres du rapport.

■ Sur une enquête qualitative par entretiens semi-directifs

Cette enquête, qui fait l'objet d'une restitution spécifique dans le rapport, a été réalisée à partir d'une liste de personnes ressources validées par le comité de pilotage.

Au total, 31 personnes ont été interviewées au cours de 17 entretiens anonymisés et réalisés dans leur très grande majorité en vis-à-vis. La liste des personnes rencontrées est restituée en annexe 5.

Les entretiens, menés entre le 30 août et le 18 octobre 2010, ont eu une durée moyenne d'une heure trois-quarts avec un minimum de quarante-cinq minutes et un maximum de deux heures trois-quarts.

Selon les interlocuteurs, les principaux thèmes abordés ont concerné (transversalement aux risques et expositions, aux accidents, aux maladies professionnelles et à leurs conséquences potentielles) :

- L'identification et le niveau d'utilisation des sources disponibles.
- La qualité des sources disponibles (exhaustivité, représentativité, actualisation,...).
- La cohérence, la complémentarité et la mutualisation des sources disponibles.
- L'adéquation des sources disponibles aux besoins (des médecins du travail, des préventeurs,...).
- Les limites des sources disponibles et des systèmes d'information.
- Les populations ou risques qui échappent au système d'information actuel.
- La mutualisation des actions de présentation.
- Au final, les principaux points positifs et négatifs et les propositions pour améliorer l'ensemble des points ci-dessus.

L'analyse des entretiens a été réalisée de façon transversale et thématique. Les propositions formulées par les personnes interviewées sont reprises dans le chapitre « Propositions – préconisations ».

Les statistiques par Comité Technique National et par NAF

L'approche statistique concernant les secteurs d'activité des salariés du régime général peut être réalisée selon deux nomenclatures :

- Celle opérant des regroupements selon les CTN (Comités Technique Nationaux). Ces comités constitués par branche d'activité sont chargés d'assister les conseils d'administration des caisses d'assurance maladie dans la gestion des accidents du travail et des maladies professionnelles. Le 1^{er} niveau de cette nomenclature distingue 9 grandes branches d'activité.
- Celle utilisée par l'Insee pour décrire les secteurs d'activité : la NAF (Nomenclature d'Activité Française). Cette nomenclature a été élaborée dans un souci de comparaisons internationales. Son 1^{er} niveau comporte 17 sections.

Dans un premier temps, l'approche quantitative a privilégié l'analyse à partir des codes NAF. A la suite de la présentation des premiers résultats au cours du comité de pilotage 3, des requêtes complémentaires ont été réalisées afin d'affiner le diagnostic.

Au final, les analyses se sont appuyées sur les données disponibles. L'approche par CTN a été utilisée dans un objectif de comparaison aux données nationales au regard du temps disponible pour réaliser le diagnostic.

FOCUS 1 : La sous-déclaration des accidents de travail et des maladies professionnelles¹

CONTEXTE ET OBJECTIFS

Dans l'objectif de dresser un portrait de l'état de santé de la population salariée en Bretagne, il paraît important de prendre en compte les insuffisances du système de reconnaissance des accidents et des maladies professionnelles, notamment en mettant en perspective une évaluation de la sous-déclaration (et/ou sous reconnaissance) de ces événements.

Dans ce cadre, le diagnostic réalisé a pris en compte le rapport de la commission d'évaluation de la sous-déclaration des accidents de travail et maladies professionnelles confié à la Cour des comptes. Celle-ci est chargée d'évaluer, tous les trois ans, le « *coût réel pour la branche maladie de la sous-déclaration des accidents du travail et des maladies professionnelles* ».

La commission, mise en place en mars 2008, a pour objectifs :

- un examen de toutes les raisons à l'origine d'une méconnaissance des risques professionnels ;
- l'émission de propositions visant à « améliorer les procédures de reconnaissance de ces risques » ;
- un bilan évaluant la mise en œuvre des propositions émises dans la cadre de la précédente commission.

POPULATION CIBLE : Salariés du régime général.

METHODOLOGIE

Les résultats sont issus d'une méta-analyse de divers travaux : rapports globaux sur l'évolution des risques ; comparaisons internationales ; études ciblées ; exploitation des travaux de l'AFFSSET², InVS³ et de l'INRS⁴, CNAMTS⁵, DARES⁶...

PRINCIPAUX RESULTATS

Le rapport met en lumière un ensemble de facteurs à l'origine de la sous-déclaration. Parmi ceux-ci on retrouve notamment : un manque d'information aussi bien des salariés que du corps médical, la réticence des victimes à déclarer leur accident ou leur maladie, en particulier lorsque les salariés sont en situation précaire ; la difficulté pour les médecins de faire le lien entre le travail et l'affection ; le comportement de certains employeurs qui font pression sur les salariés afin que ces derniers ne déclarent pas d'accidents de travail ou de maladies professionnelles ; une sous-reconnaissance par les caisses en lien avec la non prise en compte par les tableaux de maladies professionnelles. Par ailleurs, le rapport produit des estimations de sous déclarations qui, si elles sont à interpréter avec prudence, indiquent malgré tout des tendances fortes.

L'estimation de la sous-déclaration des maladies professionnelles cf. Encadré page 17.

L'estimation de la sous-déclaration des accidents du travail cf. Encadré page 33.

¹ Rapport DIRICQ de la « Commission instituée par l'article L 176-2 du code de la sécurité sociale » - juillet 2008.

² Agence française de sécurité sanitaire et de l'environnement et du travail

³ Institut de veille sanitaire

⁴ Institut national de recherche et de sécurité

⁵ Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés.

⁶ Direction de l'animation de la recherche, des études et des statistiques.

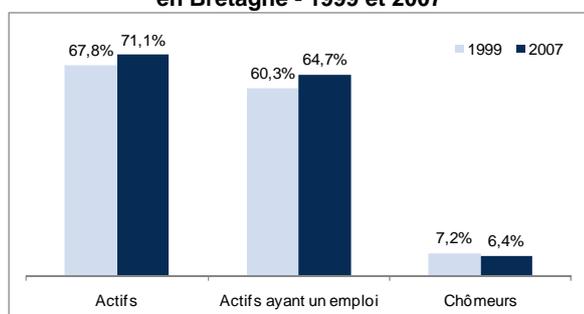
3. Données de cadrage socio-économiques⁷

Au 1^{er} janvier 2008, la Bretagne est la 7^{ème} région de France la plus peuplée avec 3 141 000 habitants. La densité régionale est de 115 habitants au km² avec une répartition inégale sur l'espace breton. La population bretonne et les emplois se concentrent principalement le long du littoral et sur l'agglomération rennaise.

Une activité en progression

Au 1^{er} janvier 2007, la Bretagne compte plus de 1,4 million d'actifs (actifs occupés et chômeurs), soit 71,1 % de sa population totale. Bien que ce résultat ne soit pas entièrement comparable à celui du recensement de 1999, en raison des changements méthodologiques et de classification opérés depuis 2004, le taux d'activité entre 1999 et 2007 a progressé de 4,9 % (graphique 1). Sur les mêmes périodes, les taux correspondants pour la France métropolitaine étaient respectivement de 69,3 % et 71,4 % soit une augmentation de 3,0 %.

Graphique 1 : Répartition de la population active en Bretagne - 1999 et 2007



Sources : Insee, RP 1999 et RP 2007 exploitations principales

En Bretagne, comme en France, et bien que les écarts se réduisent progressivement avec l'amélioration de la féminisation de l'emploi, le taux d'activité⁸ des femmes bretonnes en 2007 (67,7 %) reste inférieur à celui des hommes (74,5 %), et ce à tous les âges. Parallèlement, le taux d'activité des jeunes de 15 à 24 ans est légèrement inférieur à la moyenne nationale. Ce taux est probablement à rapprocher des taux de scolarisation élevés dans la région. Les seniors sont quant à eux sous représentés avec un taux d'activité inférieur de 4,6 points à la moyenne en France (tableau 1).

Tableau 1 : Taux d'activité et taux d'emploi de la population de 15 à 64 ans par sexe et âge en 2007

	Taux d'activité		Taux d'emploi	
	Bretagne	France	Bretagne	France
Sexe				
Hommes	74,5	75,6	68,7	67,9
Femmes	67,7	67,3	60,8	58,6
Age				
15 à 24 ans	41,6	42,6	34,1	33,1
25 à 54 ans	90,8	89,1	83,6	80
55 à 64 ans	36,5	41,1	34	37,7
Ensemble	71,1	71,4	64,7	63,2

Sources : Insee, RP 2007 exploitations principales

Un taux d'emploi⁹ supérieur à la moyenne nationale

En Bretagne, le taux d'emploi est estimé globalement à 64,7 % en 2007. Ce taux est plus élevé que la moyenne nationale (63,2 %) mais reste inférieur à l'objectif fixé par le sommet européen de Lisbonne¹⁰ de 2000. Par contre, la Bretagne est l'une des sept régions françaises à avoir atteint et dépassé les attentes de ce sommet concernant l'emploi des femmes. Ce taux s'établit en effet à 60,8 % dans la région contre 58,6 % en France (objectif du sommet : 60 %). En revanche, l'emploi des seniors (55-64 ans) qui s'élève à 34,0 % est en deçà de la moyenne nationale (- 3,7 points) et de l'objectif du sommet de Lisbonne (50%).

Davantage d'ouvriers et d'agriculteurs en Bretagne

En 2007, la Bretagne compte 26,1% d'ouvriers et 3,8% d'agriculteurs, proportions plus élevées qu'au niveau national (respectivement 22,9% et 2,1%). A l'inverse, les cadres et les professions intermédiaires sont moins représentés en Bretagne avec respectivement 12,3% et 23,6% contre 15,7% et 24,7% des actifs pour la France métropolitaine (tableau 2).

Tableau 2 : Emplois par catégorie socioprofessionnelle

	Bretagne			France
	Hommes	Femmes	Ensemble	Ensemble
Agriculteurs exploitants	4,9	2,7	3,8	2,1
Artisans, commerçants, chefs d'entreprise	8,4	3,9	6,3	6,0
Cadres et professions intellectuelles sup.	14,9	9,4	12,3	15,7
Professions intermédiaires	22,0	25,5	23,6	24,7
Employés	11,1	46,7	27,9	28,6
Ouvriers	38,7	11,8	26,1	22,9

Sources : Insee, RP 2007 exploitations principales

Le tertiaire domine, avec cependant un poids de l'agriculture et de l'agroalimentaire très marqué

Au 31 décembre 2007, la Bretagne offre 1,27 million d'emplois, soit 4,9 % de l'emploi de France métropolitaine. Le secteur tertiaire est prédominant. Il regroupe en effet environ trois quart de l'emploi salarié breton et progresse principalement dans le secteur des services. Ce secteur reste cependant moins développé qu'au niveau national (73,3 % en Bretagne contre 76,5 % en France).

⁷ Sources : fiches « chiffres clés » - INSEE

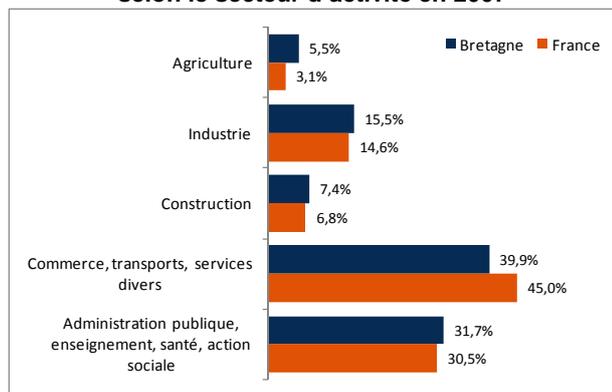
⁸ Taux d'activité : Le taux d'activité au sens du recensement de la population est le rapport entre le nombre d'actifs au sens du recensement (actifs occupés au sens du recensement et chômeurs au sens du recensement) et l'ensemble de la population correspondante.

⁹ Taux d'emploi : Le taux d'emploi d'une classe d'individus est calculé en rapportant le nombre d'individus de la classe ayant un emploi au nombre total d'individus dans la classe. Il peut être calculé sur l'ensemble de la population d'un pays, mais on se limite le plus souvent à la population en âge de travailler (généralement définie, en comparaison internationale, comme les personnes âgées de 15 à 64 ans), ou à une sous-catégorie de la population en âge de travailler (femmes de 25 à 29 ans par exemple).

¹⁰ Sommet de chefs d'état de l'Union européenne (mars 2000) se fixant des objectifs à atteindre à l'horizon 2010 dont l'accroissement du taux d'emploi (70 % de la population active).

L'agriculture, les industries agroalimentaires et la pêche sont très présentes sur l'ensemble du territoire régional. Ces secteurs sont d'importants pourvoyeurs d'emplois en Bretagne. En 2007, l'agriculture représente 5,5% de la population active bretonne ayant un emploi (3,1% au niveau national). Les secteurs de l'industrie et de la construction sont aussi sensiblement plus présents qu'au niveau national contrairement au secteur des commerces, transports et services divers (graphique 2).

Graphique 2 : Répartition de l'emploi selon le secteur d'activité en 2007

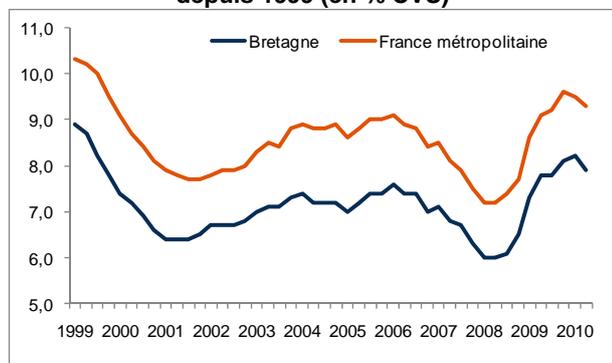


Sources : Insee, RP2007 exploitations principales

La Bretagne bien que touchée par la crise économique conserve un taux de chômage parmi les plus faibles de France.

L'économie bretonne, éprouvée par la crise économique, a subi un recul de l'emploi pendant six trimestres consécutifs avant de se stabiliser au 4^{ème} trimestre 2009. La détérioration du marché du travail a entraîné une aggravation du taux de chômage. Fin 2009, il se situe à 8,2 % de la population active en Bretagne contre 9,6 % de la population active pour la France métropolitaine. Le taux de chômage en Bretagne demeure ainsi l'un des plus faibles de France (avant dernier rang juste après le Limousin) (graphique 3). Cependant, les femmes sont plus touchées par le chômage en Bretagne qu'en France. Fin 2009 elles représentent 51,3% des demandeurs d'emploi dans la région contre 49,6% au niveau national. A la même date, trois demandeurs d'emplois bretons sur dix sont des chômeurs de longue durée (plus d'un an).

Graphique 3 : Evolution trimestrielle du taux de chômage depuis 1999 (en % CVS)



Source : Insee – Taux de chômage localisés

L'emploi intérimaire en Bretagne¹¹

L'industrie représente plus de la moitié du volume de travail temporaire, notamment en raison de l'importance des industries agroalimentaires qui constituent le premier secteur intérimaire en Bretagne avec environ un tiers des emplois concernés.

Au 2^{ème} trimestre 2010, la Bretagne compte 550 000 salariés intérimaires, ce qui représente une hausse de 5,3% par rapport au trimestre précédent, soit un total de 27 000 emplois supplémentaires. Après la période de recul observée en 2008/2009, l'intérim retrouve une croissance régulière (de + 5 % à + 6 % par trimestre). La hausse est importante dans l'industrie agroalimentaire (+ 13,7 % des ETP) qui conserve la part d'activité intérimaire la plus élevée (30,3 %). Les effectifs augmentent également mais de manière plus modérée dans la construction (+ 5,3 %, soit + 5 800 postes) et le tertiaire (+ 3,0 %, soit + 5 600 postes).

Le temps partiel très majoritairement féminin

En Bretagne, l'emploi à temps partiel est plus fréquent qu'en France et concerne près d'un salarié sur cinq (19,3% contre 17,7%). Dans la région, cette situation est nettement plus répandue chez les 15-24 ans (24,2%) et davantage encore les 55-64 ans (26,6%) que parmi les 25-54 ans (17,8%).

Malgré une baisse concernant les femmes salariées à temps partiel sur la période 1999 - 2006, l'écart entre les hommes et les femmes reste très marqué : 32,9% des femmes salariées occupent un emploi à temps partiel, contre seulement 6,5% des hommes. Par ailleurs, la fréquence du temps partiel varie fortement selon les secteurs d'activités. Ainsi, en Bretagne, le commerce et les services à la personne ont fortement recours à l'emploi de femmes à temps partiel (respectivement 43% et 42%)¹² contrairement par exemple à l'industrie (23%).

¹¹ DARES – Traitement Direccte Bretagne. Données 2^{ème} trimestre 2010

¹² Les femmes en Bretagne, Dossier web n° 6, mars 2007

FOCUS 2 : La saisonnalité en Bretagne

CONTEXTE ET OBJECTIFS

En France, une enquête sur les besoins en main-d'œuvre (BMO) met en évidence une part des projets de recrutement à caractère saisonnier à la fois significative et en augmentation (29 % en 2009, soit + 4 points par rapport à 2008). En Bretagne le constat est identique : leur part progresse de 10 points en 2009. Les principaux secteurs concernés sont les industries agroalimentaires et le commerce (respectivement, 64 % et 41 % d'emplois saisonniers). La saisonnalité de l'emploi implique des contraintes à la fois pour l'employeur et pour les saisonniers. Ces derniers ont fait l'objet de plusieurs études, visant à mieux cerner cette population et prenant en compte leurs contraintes spécifiques ainsi que celles de leurs employeurs.

Dans le Morbihan en 2007, une étude¹³ commandée par le groupe de travail « Emploi- Formation » du Conseil général fait le point sur les problématiques des employeurs et des travailleurs saisonniers du tourisme. Les objectifs de l'enquête s'articulent autour de cinq axes principaux :

1. Un état des lieux départemental, par zones d'emploi des travailleurs saisonniers.
2. L'analyse des pratiques des employeurs.
3. L'élaboration d'une typologie des saisonniers.
4. La mise en œuvre d'un diagnostic départemental sur le logement des saisonniers.
5. Des recommandations en lien avec l'insertion socioprofessionnelle de ces salariés et la prise en compte des contraintes matérielles inhérentes à la saisonnalité de l'emploi.

POPULATION CIBLE

L'étude sur les saisonniers dans le Morbihan, a été réalisée auprès de divers publics :

1. Des saisonniers.
2. Des interlocuteurs des saisonniers: employeurs, professionnels de l'emploi, fédérations d'employeurs, syndicats et collectivités locales.

METHODOLOGIE

Une double perspective méthodologique a été mise en œuvre dans l'étude.

- **Quantitative** avec d'une part, l'exploitation statistique de données existantes, qui a permis de dresser un état des lieux de l'emploi saisonnier dans le Morbihan (zones d'emploi, spécificités, offre de formation...) et d'autre part la collecte de données par questionnaires menée auprès de saisonniers, d'employeurs et d'organisations professionnelles.
- **Qualitative** avec la réalisation d'entretiens semi-directifs en direction des professionnels de l'emploi.

PRINCIPAUX RESULTATS

Les résultats de l'étude bretonne confirment une forte saisonnalité de l'emploi dans le secteur agroalimentaire sur l'ensemble du département. Cette saisonnalité est à mettre en lien avec des impératifs de production et de consommation. Les saisonniers interrogés ont pour la plupart un niveau de formation équivalent au BEP/CEP (39 %) suivis des détenteurs du niveau bac (27%). Les saisonniers du tourisme présentent des profils hétérogènes (professionnels mobiles, pluriactifs locaux,...). Ils sont jeunes (3/4 ont moins de 25 ans) et se concentrent sur le littoral.

L'étude étant centrée sur une description générale de l'emploi saisonnier dans le département, très peu de données abordent la question de la santé des travailleurs saisonniers.

Les résultats mettent cependant en exergue une problématique relative aux **conditions de logements** « *souvent peu satisfaisantes* », problématique susceptible d'avoir un impact sur l'état de santé du travailleur. Dans le Morbihan, le cœur du problème réside dans le coût de la location. Les saisonniers des stations balnéaires sont les plus touchés par les problèmes de logement. De même, « *ce sont les saisonniers non locaux en contrat long qui pâtissent de la pénurie [...] peu de logements sont spécialement aménagés et affectés aux saisonniers* ».

Une enquête¹⁴ réalisée en avril 2003 sur un échantillon de 146 saisonniers d'une station de tourisme en Savoie, dresse un portrait de leur état de santé. Ainsi : 82 % des saisonniers savoyards se déclarent fatigués ; 70 % sont fumeurs de tabac ; 23 % se déclarent déprimés ; 75% sont isolés de leurs familles ; 58 % ont déclaré au moins une ivresse mensuelle et 60 % ont déjà consommé au moins une fois une drogue illicite.

LIMITES DE L'ENQUÊTE

1. La méthodologie d'enquête n'est pas suffisamment détaillée, notamment en termes d'échantillons sondés (questionnaires/entretiens), de représentativité et de période d'enquête.
2. L'enquête, de type transversale (photographie d'une situation à un moment déterminé) ne prend pas en compte le caractère par définition évolutif et mouvant de l'emploi saisonnier.
3. L'enquête qualitative n'a pas été réalisée auprès des travailleurs saisonniers.
4. Limite liée à la difficulté de définir ce qu'est un saisonnier, quels critères prendre en compte ?
5. Pas de données concernant la santé des travailleurs saisonniers.

PERSPECTIVES

Au regard du peu d'informations sur la santé des travailleurs saisonniers en Bretagne, une enquête pourrait être envisagée, visant à faire un état des lieux, à la fois en termes de conditions de travail, de vie, de besoins et d'état de santé des travailleurs saisonniers mais également en termes d'actions mises en place pour les améliorer. Les résultats de l'enquête constitueraient des pistes d'actions concrètes à destination des décideurs locaux et des différents acteurs concernés.

¹³ M. MENARD, « Les saisonnalités dans le Morbihan », 2007, Mémoire de master2 en ingénierie des interventions sociales et de santé publique ».

¹⁴ Enquête de Julie MARTEAU réalisée en avril 2003 dans le cadre d'une maîtrise des sciences sanitaires et sociales, auprès de saisonniers d'une station de tourisme savoyarde.

4. Données de cadrage : les expositions et les risques professionnels

A l'exception des données de l'enquête sur la Surveillance médicale des risques professionnels 2003 (SUMER), peu de données permettent de décrire les conditions de travail et les expositions professionnelles des salariés au niveau régional. C'est pourquoi une synthèse des principaux résultats au niveau national est présentée dans ce chapitre de façon à établir un état des lieux des conditions de travail et des expositions aux risques professionnels les plus courants dans le domaine du travail en France.

▪ Les contraintes organisationnelles et relationnelles

Plus d'un salarié sur 5 travaille de nuit, davantage les hommes que les femmes

Le travail de nuit concerne 22,2% des salariés et pour 9,3% la plage horaire s'étend de minuit à 5 heures du matin. Les hommes travaillent plus souvent la nuit que les femmes (28,9% contre 13,1%). Les plus jeunes (16-24 ans) sont aussi plus nombreux à travailler la nuit que les personnes de 50 ans et plus (17,9% contre 13,1%). Le travail de nuit est plus développé dans le secteur de l'industrie : il concerne 28,3% des salariés qui travaillent de nuit alors qu'ils sont 14,5% dans la construction, 19,4% dans l'agriculture et 21% dans le secteur tertiaire.

Le repos de 48 heures consécutives : une habitude largement répandue

Une large majorité des salariés (84,6%) disposent de 2 jours de repos consécutifs. Toutefois, les jeunes, les nouveaux embauchés ainsi que les employés du secteur tertiaire bénéficient proportionnellement moins souvent de 48 heures de repos. A l'opposé, les intérimaires sont les plus nombreux à en profiter.

Le secteur de l'industrie le plus contraint par le rythme des machines ou des produits

7,8% des salariés subissent le rythme imposé par une machine ou un produit. Les salariés du secteur de l'industrie sont les plus touchés (21,4%). A l'opposé, les salariés du secteur tertiaire et de la construction sont relativement épargnés (respectivement 3,9% et 2,6% des salariés exposés à cette contrainte). Les jeunes et les intérimaires sont plus particulièrement concernés.

Le risque d'agression, davantage vécu par les femmes

Le risque d'agression, qu'il soit verbal ou physique, touche plus souvent les femmes que les hommes et se rencontre le plus fréquemment dans le secteur tertiaire. A l'inverse, les intérimaires y sont moins souvent confrontés.

▪ Les ambiances et les contraintes physiques

Le bruit au travail : une nuisance qui touche près d'un tiers des salariés, notamment dans la construction et l'industrie

Près d'un tiers des salariés est exposé à des nuisances sonores et pour 17,8%, ce bruit dépasse les 85 décibels. Les salariés exposés au bruit de plus de 85 décibels sont plus souvent des hommes (28,4%), de surcroît jeune (21% ont entre 16 et 24 ans) et travaillent plus fréquemment que les autres salariés dans la construction et l'industrie, (respectivement 53,7% et 34,2%).

L'exposition à des nuisances thermiques concerne plus d'un salarié sur cinq, davantage les hommes que les femmes

20,7% des salariés sont exposés à des nuisances thermiques. Il s'agit plus souvent des hommes (29,8% contre 8,5% des femmes). Les secteurs les plus exposés sont l'agriculture et la construction (respectivement 64% et 52,2%). Les salariés soumis aux nuisances thermiques ont aussi le plus souvent le statut d'intérimaire que les autres salariés (30,6% contre 20,4%).

Près d'un salarié sur deux subit une contrainte posturale ou articulaire « lourde »¹⁴

Au cours de leur travail, 48% des salariés sont confrontés à au moins une contrainte posturale ou articulaire qui peut être qualifiée de « lourde »¹⁵. Les femmes y sont moins souvent confrontées mais sont loin d'être épargnées, notamment par les gestes répétitifs. Les jeunes, les apprentis et les intérimaires sont plus particulièrement concernés. Plus que le secteur d'activité, c'est l'emploi occupé par le salarié qui occasionne les contraintes. Ainsi, plus des 2/3 des ouvriers subissent une contrainte « lourde » contre un peu plus d'un cadre sur 5. Ces contraintes posturales et articulaires sont souvent à l'origine des troubles musculo-squelettiques (TMS) qui représentent la principale cause de maladie professionnelle.

La manutention manuelle : une pratique de travail largement répandue

La manutention manuelle de charges concerne 4 salariés sur 10 et pour 3 salariés sur 10, elle se déroule pendant au moins 2 heures par semaine. Si la manutention de charges n'est pas spécifique à un secteur en particulier, en revanche, ce sont les salariés de la construction qui y sont le plus exposés : la moitié d'entre eux accomplissent ce type de tâche au moins 2 heures par semaine et un quart d'entre eux plus de 10 heures par semaine. Elle est également plus fréquente dans beaucoup de secteurs industriels (bois-papier, produits minéraux, textile, métallurgie,...). Les hommes, les ouvriers, les jeunes et les intérimaires sont plus exposés à manipuler des charges au moins 2 heures par semaine. Par ailleurs, la manutention manuelle de charges s'accompagne fréquemment de contraintes posturales et articulaires contribuant à la pénibilité du travail et entraînant ainsi des phénomènes d'usure et de vieillissement prématuré ainsi que la survenue de maladies professionnelles.

¹⁵ Les « contraintes lourdes » ont été définies à partir de seuils de durée au-delà desquels l'exposition à un type de contrainte peut être considérée comme un facteur de risque significatif pour la santé du salarié. On identifie trois grandes familles de contraintes : les « situations fatigantes » qui regroupent pour plus de 20 heures par semaine, la station debout, les piétinements et les déplacements à pied ainsi que les gestes répétitifs à cadence élevée ; les « postures pénibles » : rester à genoux, les bras en l'air, accroupi ou en torsion plus de 2 heures par semaine ; les « contraintes cervicales » : maintenir une position fixe de la tête et du cou plus de 20 heures par semaine.

▪ Les expositions à des agents biologiques

L'exposition à des agents biologiques concerne 14,9% des salariés, davantage les femmes (21,0%) que les hommes (10,4%). Les plus jeunes (16-24 ans) et les intérimaires y sont un peu moins souvent confrontés. Les salariés soumis aux expositions à des agents biologiques se rencontrent le plus fréquemment dans le secteur de l'agriculture (33,2%) alors qu'ils sont 2 fois moins nombreux dans le secteur tertiaire (17,7%). Les salariés de l'industrie et de la construction sont, quant à eux, concernés dans des proportions moindres (respectivement 7,6% et 6%).

▪ Les expositions à des agents chimiques

Les salariés exposés à des agents chimiques représentent 37,5% de l'ensemble des salariés. Ce sont plus souvent des hommes (44,2% contre 28,5% pour les femmes), des jeunes de 16 à 25 ans (46,5% contre 36% pour leurs aînés de 50 ans et plus) et des intérimaires. Deux tiers des salariés qui travaillent dans le secteur de la construction sont exposés à des agents chimiques. Les salariés du secteur de l'agriculture et de l'industrie y sont sensiblement moins confrontés mais sont loin d'en être exempts (respectivement 55,9% et 49,7%). Ce sont les salariés du secteur tertiaire qui apparaissent les moins exposés (30,2%).

Parmi ces produits chimiques, nombreux sont ceux qualifiés de **produits cancérogènes, mutagènes et reprotoxiques (CMR)**. Ainsi, on estime que 13,5% des salariés sont exposés à des produits cancérogènes, 1% à des produits mutagènes et 1% à des reprotoxiques.

- S'agissant des produits cancérogènes, 70% des salariés exposés sont des ouvriers, et notamment des ouvriers qualifiés. Cinq secteurs d'activité concentrent à eux seuls la moitié des salariés exposés aux cancérogènes : la construction, le commerce et réparation automobile, la métallurgie, les services opérationnels et la santé. Deux tiers des salariés ont des niveaux d'exposition qualifiés de faibles, cependant les protections collectives n'existent pas pour 39% des expositions, celles-ci variant fortement selon les produits.

Parmi les 28 produits cancérogènes listés dans l'enquête, huit sont responsables de deux tiers des expositions. Il s'agit des huiles entières minérales, du benzène, du perchloroéthylène, de l'amiante, des poussières de bois, des gaz d'échappement diesel et de la silice cristalline.

- S'agissant des produits mutagènes et reprotoxiques, ce sont les ouvriers exerçant des travaux de maintenance ou de production qui sont les plus concernés (2,7% des salariés exposés aux mutagènes et 2,5% aux reprotoxiques), suivis par les salariés exerçant des fonctions de recherche.

Les produits mutagènes les plus fréquents sont le chrome et ses dérivés (58% des cas) suivi par le benzène (25% des cas). Les produits reprotoxiques conduisant au plus grand nombre d'exposition sont le plomb et ses dérivés (66%). Par ailleurs, si les protections collectives et individuelles sont plus fréquentes que pour les produits cancérogènes, près de 3 expositions sur 10 surviennent sans aucune protection collective et pour plus de la moitié des expositions, il n'existe aucune protection individuelle.

L'enquête SUMER 2002-2003

CONTEXTE ET OBJECTIFS

En France, la principale enquête concernant les risques professionnels est l'enquête SUMER (surveillance médicale des risques professionnels). Cette enquête, copilotée par la Dares et la DGT (Inspection médicale du travail), permet, grâce à l'état des lieux qu'elle fournit sur les expositions professionnelles, les nuisances et les situations de travail qui influent sur la santé des salariés, de définir des outils d'aide au repérage des expositions aux risques, d'orienter des actions de prévention prioritaires en direction des acteurs impliqués dans le domaine du travail et de la santé au travail. La 3^{ème} édition a été lancée en 2009. A ce jour, les résultats de cette dernière ne sont pas encore publiés.

METHODOLOGIE

Cette enquête transversale repose sur la participation volontaire des médecins du travail qui interrogent des salariés vus en visite périodique. L'échantillon des salariés interrogés a été obtenu par sondage aléatoire. En moyenne, les 1 792 médecins participants ont renseigné 32 questionnaires. De plus, la moitié des salariés interrogés se sont vus proposer un auto-questionnaire afin d'appréhender leur perception du travail et des relations entre santé et travail.

Le champ de l'édition de 1994 a été étendu en 2003 et couvre désormais en plus de l'ensemble des salariés du régime général (CNAMTS) et de la Mutualité sociale agricole (MSA), les salariés des hôpitaux publics, d'EDF-GDF, de La Poste, de la SNCF et d'Air France.

Par ailleurs, le contenu de l'enquête a également été augmenté en 2003 par l'enrichissement du thème sur l'organisation du travail.

Les périodes de références des expositions aux risques diffèrent selon leur nature. Ainsi, les questions relatives à l'organisation du travail (horaires, rythmes de travail, autonomie, relation avec le public, les collègues ou la hiérarchie) font référence à la situation habituelle de travail tandis que les expositions à des pénibilités physiques, à des agents biologiques ou chimiques sont étudiées sur la dernière semaine travaillée afin de décrire au mieux la réalité concrète des salariés enquêtés.

LIMITES DE L'ENQUETE

Malgré l'échantillon conséquent sur lequel repose les résultats de l'enquête 2003 (plus de 56 000 salariés interrogés) lui conférant une représentativité nationale vis-à-vis de 80% de l'ensemble des salariés français, certains secteurs d'activité sont mal couverts. C'est le cas par exemple des transports, de l'éducation et de l'Administration.

Outre les contraintes organisationnelles portant sur la situation habituelle de travail, la période de référence des autres expositions (physiques, chimiques et biologiques) limitée à la dernière semaine travaillée a pour effet de minimiser les expositions liées à des activités ponctuelles ou irrégulières.

PERSPECTIVES

Au regard des nouvelles modalités d'échantillonnage de l'édition 2009, la possibilité technique et/ou conventionnelle d'analyses régionales devra être prise en compte, permettant ainsi d'améliorer le regard porté sur les spécificités bretonnes. En tout état de cause et quel que soit le niveau d'analyse retenu, cette nouvelle édition permettra d'obtenir les éléments de cadrage susceptibles de participer aux décisions quant aux actions ou aux recueils ad hoc à mettre en œuvre par la suite.

FOCUS 3 : L'exposition des salariés aux poussières de bois en Bretagne

CONTEXTE ET OBJECTIFS

Les poussières de bois représentent la deuxième cause de cancers professionnels reconnus en France après l'amiante. A partir des données de l'enquête SUMER 2003 on a pu estimer que 380 000 travailleurs étaient exposés au niveau national (soit environ 2,2 % des effectifs salariés) et que 250 à 500 nouveaux cas de cancer apparaissaient chaque année.

A partir des chiffres nationaux et au regard du profil de la population salariée en Bretagne, on a pu estimer la part des effectifs exposés à environ 3 % des salariés en Bretagne, ce qui représente un effectif total d'environ 20 000 personnes dont 1 700 sont exposées entre 10 et 20 heures par semaine et 7 500 le sont plus de 20 heures par semaine.

En 2008 et à la suite de ces estimations, une enquête « poussières de bois » a été réalisée en Bretagne à l'initiative de la Direccte, et ce dans le cadre d'une démarche de prévention visant à réduire les expositions des salariés.

POPULATION CIBLE

Le choix de la population a été limité au seul champ des salariés du régime général. Ainsi, 934 salariés potentiellement exposés aux poussières de bois ont été interrogés.

METHODOLOGIE

L'enquête a été réalisée par questionnaire auprès d'un échantillon de salariés potentiellement exposés aux poussières de bois. Dans le cadre de l'enquête, ces derniers ont ensuite été vus en consultation ORL.

PRINCIPAUX RESULTATS

Près de 60% des 934 personnes interrogées travaillent dans des entreprises de moins de 50 salariés. La moitié des salariés interrogés sont employés dans le secteur de la construction, 20 % dans la fabrication d'articles en bois et 22 % dans la fabrication de meubles. Enfin, plus de la moitié des salariés répondants travaillent exclusivement en atelier et un quart en chantier.

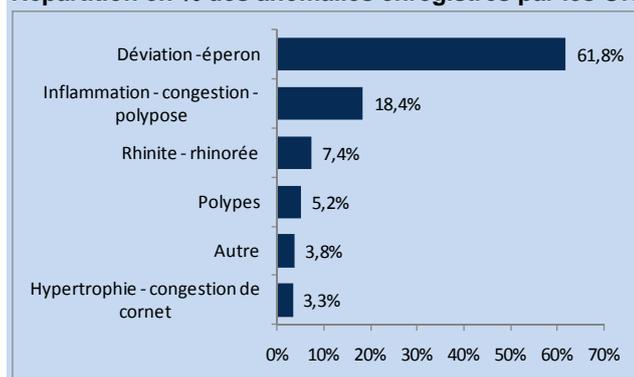
• Une large diffusion des protections individuelles mais une utilisation peu systématique

Si les protections individuelles contre les poussières de bois sont largement répandues dans les entreprises bretonnes au sein desquelles les salariés interrogés travaillent (les ¾ des salariés des scieries et près de 9 salariés sur 10 dans les autres secteurs en ont à leur disposition), en revanche, leur utilisation est loin d'être systématique. En effet, 44% des salariés interrogés issus des scieries, 46% de ceux de la fabrication de meubles ou d'articles de bois et 53% de ceux de la construction les portent effectivement.

• Les consultations ORL

Dans le cadre de l'enquête, les salariés ont consulté un ORL afin de mettre en évidence les signes fonctionnels déclarés par le patient ainsi que les anomalies diagnostiquées par les ORL. Les résultats font apparaître que les obstructions (25%), les rhinorhées et les éternuements (respectivement 19% chacun) sont les principaux signes fonctionnels déclarés. Enfin des anomalies ont aussi été constatées chez 37 % des salariés reçus en consultation. Il s'agit principalement de déviations-éperons (62%) et d'inflammations-congestions-polyposes (18% des salariés).

Répartition en % des anomalies enregistrés par les ORL



Sources : SEPES Bretagne

LIMITE DE L'ENQUETE

Les documents communiqués ne permettent pas d'évaluer le degré de représentativité de la population incluse dans l'enquête.

PERSPECTIVES

Cette enquête qui s'appuie sur un constat réalisé au niveau national (SUMER 2003) peut constituer un modèle organisationnel à partir duquel, après identification d'un risque global, des enquêtes spécifiques ad hoc et ciblées pourraient être mises en œuvre dans une double perspective à la fois d'observation des pratiques de prévention et des impacts sur la santé mais aussi d'aide au ciblage de l'action future des préventeurs.

FOCUS 4 : Diagnostic sur l'utilisation des produits Cancérogènes, Mutagènes et Reprotoxiques (CMR) en milieu de travail en Bretagne

CONTEXTE ET OBJECTIFS

En 2004, le Comité Régional de Coordination de la Prévention (CRCP) a réalisé un premier diagnostic global du risque CMR en Bretagne. Ce diagnostic s'inscrit dans la continuité des actions de prévention menées par les différents services du CRCP et fait suite à la parution du décret du 1^{er} février 2001 sur la prévention des risques CMR. Sans visée scientifique, ce travail se veut être un outil décisionnel pour les acteurs institutionnels de la prévention en entreprise aux niveaux régional et départemental, afin de bâtir de nouveaux plans d'actions sur la prévention du risque CMR en entreprise. L'objectif de ce travail exploratoire (dont la vocation est d'être approfondi ultérieurement) est d'établir un état des lieux sur la présence des produits CMR en milieu de travail, ainsi que d'estimer le nombre de salariés susceptibles d'être exposés à ces produits.

POPULATION CIBLE

Cette enquête porte sur tous les salariés du régime général suivis par la médecine du travail.

METHODOLOGIE

Cette enquête a été réalisée à partir d'un questionnaire élaboré par un groupe de travail regroupant des médecins du travail, un ingénieur de prévention et des représentants de la Direccte, de la Carsat Bretagne et de l'ITEPSA¹⁶. Le questionnaire a été adressé, en juin 2004, à 318 médecins du travail relevant du régime général chargés de sa passation auprès des salariés. Pour des raisons techniques, les médecins relevant du régime agricole n'ont pu participer à l'enquête.

PRINCIPAUX RESULTATS

Sur les 318 médecins du travail recensés en Bretagne en 2004, 220 ont répondu favorablement, soit une participation médicale de 69% (le taux de participation varie de 52 % à 77 % selon le département). En miroir à cette participation, 71 % des salariés et 70 % des entreprises relevant du Régime Général ont été pris en compte dans l'enquête.

Sur 40 produits identifiés dans le questionnaire, 36 ont été signalés. Les 4 produits non mentionnés sont utilisés en milieu agricole (les salariés relevant du régime agricole n'étant pas inclus dans l'analyse).

Les résultats de l'enquête ont mis en exergue la prédominance des produits CMR suivants : les dérivés du pétrole (HAP) (18,6 expositions pour 1 000 salariés), les poussières de bois (16,1 ‰), l'amiante (8,9 ‰), la silice (8,5 ‰), le benzène (7,1 ‰), les rayonnements ionisants (5,8 ‰), les brais de houille (5,7 ‰), les éthers de glycol (4,1 ‰), le monoxyde de carbone (4,0 ‰) et le trichloréthylène (2,8 ‰). Au nombre de 10 sur les 36 produits signalés, ils représentent à eux seuls 78 % des expositions potentielles.

L'analyse des expositions¹⁷ par département à partir du taux d'exposition¹⁸ met en lumière des disparités. Le Finistère est le plus concerné (136 expositions aux CMR pour 1 000 salariés), largement au-dessus du taux moyen breton (104 ‰) alors que les autres départements ont un taux inférieur à la moyenne (101 ‰ dans l'Ille-et-Vilaine, 85 ‰ dans le Morbihan, et 81 ‰ dans les Côtes d'Armor).

Les médecins du travail ont relevé trois activités professionnelles jugées prioritaires en termes d'actions de prévention : la menuiserie, la peinture et la mécanique (respectivement, 24 %, 21 % et 19 % des citations).

PERSPECTIVES

Ce travail de diagnostic sur l'utilisation des produits CMR en milieu de travail constitue une première étape indispensable dans la démarche de prévention du risque CMR en milieu de travail. L'étape suivante consiste d'une part à quantifier précisément les expositions réelles, notamment les plus prégnantes, et d'autre part à déterminer l'approche à adopter dans l'évaluation du risque selon les métiers les plus touchés, les produits les plus fréquents, la géographie et la faisabilité des mesures de prévention.

¹⁶ ITEPSA : Inspection du travail, de l'emploi et de la politique sociale agricole.

¹⁷ On parle ici d'exposition potentielle plutôt que d'un risque réel.

¹⁸ Taux d'exposition = (nombre total de salariés exposés pour chaque produit/nombre total de salariés concernés par l'enquête) X 1 000

FOCUS 5 : Rapports annuels des médecins du travail

CONTEXTE ET OBJECTIFS

Chaque année, les médecins du travail rendent compte de leur activité au travers d'un rapport annuel. Ces rapports sont centralisés, agrégés et analysés à la DIRECCTE de Bretagne. Le principal objectif de cette analyse est de porter un regard sur l'activité déployée. A travers, les exploitations réalisées, des indicateurs concernant les risques auxquels sont soumis les salariés, les pathologies et les inaptitudes engendrées par ces risques peuvent aussi être abordées. Les résultats qui suivent concernent l'année 2009.

POPULATION CIBLE : La population analysée est constituée des salariés du régime général.

METHODOLOGIE

L'exploitation réalisée par la DIRECCTE est différenciée selon les éléments contenus dans les rapports annuels :

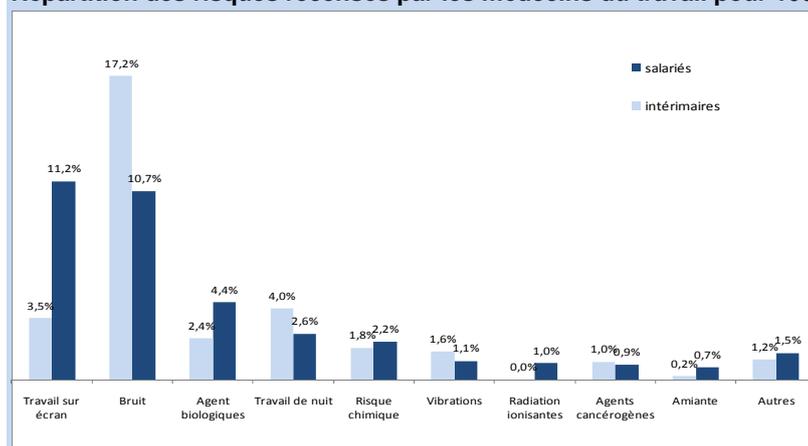
- Les données concernant notamment l'activité des médecins du travail ainsi que les inaptitudes sont exploitées à l'exhaustif.
- Les données concernant les risques et la santé des salariés sont exploitées au 10^{ème} par tirage aléatoire.

PRINCIPAUX RESULTATS CONCERNANT LES EXPOSITIONS

- **Les expositions des salariés aux principaux risques**

Les résultats issus des rapports des médecins du travail de 2009 révèlent que le travail sur écran et le bruit arrivent en tête des risques faisant l'objet d'une réglementation spécifique (par décret) pour les salariés (respectivement 11,2 % et 10,7 %). Les intérimaires sont, quant à eux plus touchés par le bruit (17,2 %) et le travail de nuit (4,0 %), le travail sur écran arrive au troisième rang des risques à réglementation spécifique avec 3,5 % de la population concernée.

Répartition des risques recensés par les médecins du travail pour 100 salariés*



* Analyse réalisée auprès d'un échantillon au 10^{ème} des salariés du régime général

LIMITES PRINCIPALES

- Les données ne concernent que les salariés du régime général.
- Des populations sont peu ou pas suivies (par exemple les travailleurs à domicile et les télétravailleurs).
- Les catégorisations proposées concernant notamment les risques, les examens complémentaires, etc. n'ont pas évolué avec les modifications de la réglementation au cours du temps.
- Une absence de protocole destiné à homogénéiser la saisie des données d'un médecin du travail à l'autre.
- Des logiciels « métiers » non homogènes d'un service de santé au travail à l'autre.
- Une faiblesse du système de recueil et de traitement (logiciel IMTMO) interne à la Direccte.
- Un tirage au sort aléatoire au 10^{ème} concernant les risques et la santé des salariés réalisé sans stratification et probablement insuffisant pour obtenir une vue représentative.
- Au final et sur ces sujets, des données peu fiables voire fragiles.

PERSPECTIVES

En termes d'exposition et de santé au travail, l'exploitation des rapports annuels pourrait être une véritable source d'information, notamment à partir d'un travail préalable d'homogénéisation des données saisies par les médecins du travail. Par ailleurs, une exploitation exhaustive et plus ciblée (sur un risque, une population, un secteur etc.) pourrait être envisagée selon les années, de façon à obtenir des données fiables tout en restant compatibles avec les possibilités de la Direccte.

Enfin on peut signaler qu'une réflexion (devant aboutir début 2011) est engagée sur l'harmonisation des logiciels « métiers » des services de santé au travail ainsi que sur les thesaurus utilisés par les médecins du travail. La mise en œuvre concrète de ces réflexions constituera un véritable progrès dans le cadre de l'exploitation future des rapports annuels.

5. Données de cadrage : la sinistralité¹⁹

Ce chapitre a pour objet d'établir un bilan de la santé et de la sécurité au travail en Bretagne à partir des données issues de la Carsat Bretagne et de la Mutualité Sociale Agricole (MSA) de Bretagne. Ainsi, ne sont pas pris en compte les salariés du secteur public, des régimes spéciaux (Marine,...) ainsi que les travailleurs non salariés. Sont abordés successivement chaque régime d'assurance au sein de quatre sous-chapitres distincts :

5.1 Les Maladies Professionnelles (MP)

5.2 Les Accidents du Travail (AT)

5.3 Les Accidents de Trajet

5.4 Les inaptitudes

Remarques méthodologiques

Les indicateurs de sinistralité (MP, AT, accidents de trajet) pris en compte dans le diagnostic ont, selon les données disponibles, concernés soit les salariés employés par des établissements domiciliés en Bretagne, soit les salariés quelle que soit la domiciliation de l'établissement. Cette contrainte explique l'essentiel des différences observées entre le nombre d'événements (MP, AT et accidents de trajet) présenté dans le diagnostic avec ceux publiés précédemment par la Carsat Bretagne.

Une autre partie des écarts d'effectifs observés s'explique aussi par le fait que la base d'enregistrements des déclarations SGE (Système de Gestion Employeurs) est une base dynamique mise à jour hebdomadairement. Ainsi, au fil du temps, une même requête effectuée sur la base de données ne produira pas le même résultat. Par exemple, une maladie professionnelle imputée au départ à l'employeur peut se retrouver sur le « compte spécial » à l'issue de la procédure si l'employeur gagne son recours (cf. Encart : « Les maladies professionnelles affectées au « compte spécial » chez les salariés du régime général » page 17). Toutefois, les divergences temporelles sont marginales et ont peu d'incidence sur les indices et taux de fréquence et de gravité.

Par ailleurs, les remarques précédentes s'appliquent également à l'étude de la sinistralité dans les trois secteurs d'activité prioritaires dans le diagnostic : l'industrie agroalimentaire, le bâtiment et les travaux publics et les services à la personne.

Des encadrés signalent tout au long de l'étude sur quelle définition de population les indicateurs présentés sont calculés.

En tout état de cause, ces variations ont peu d'incidence sur le résultat des indicateurs pris en compte et sur les conclusions des analyses réalisées.

De quoi parle-t-on ? (les indicateurs utilisés)

- **L'indice de fréquence** exprime le nombre d'événements (accident du travail, accident de trajet et maladie professionnelle) pour 1 000 salariés.
- **L'indice de fréquence avec incapacité permanente** exprime, chez les salariés du régime général, le nombre d'événements (accident du travail, accident de trajet et maladie professionnelle) ayant occasionné une incapacité permanente entraînant l'attribution d'une indemnité ou d'une rente.
- **Le taux moyen d'incapacité permanente partielle** représente, chez les salariés du régime agricole le rapport entre la somme des taux d'incapacité permanente partielle et le nombre d'accidents graves. Est considéré comme grave, un accident ayant entraîné une incapacité permanente partielle de la victime avec attribution d'un capital ou d'une rente.
- **Le taux de gravité** exprime le nombre de journées perdues relatives à l'événement observé (accident du travail, accident de trajet et maladie professionnelle) pour 1 000 heures travaillées pour les salariés du régime général. Il correspond au nombre de jours indemnisés par million d'heures travaillées pour les salariés du régime agricole. Cet indicateur utilisé notamment et le plus souvent à travers une grille de lecture médico-économique est exploité dans le présent diagnostic comme un indicateur indirect de la gravité de l'événement subi par le salarié. Le fait que d'autres facteurs puissent impacter sur le niveau de cet indicateur (hétérogénéité des pratiques médicales, présence d'heures perdues sans que l'événement subi par la salarié ait des conséquences sur sa santé à long terme etc.) en constitue sa limite. Au-delà d'analyses plus fines, et plus spécifiques, il est donc à interpréter avec prudence et en complément de l'indicateur de fréquence des incapacités permanentes (voir ci-dessus) pour tenter d'approcher la réalité de la gravité de l'événement.

¹⁹ Les indicateurs présentés sont arrondis à deux décimales. En revanche les calculs des écarts (entre les différents territoires et relatifs aux évolutions dans le temps) reposent sur les valeurs exactes. Les résultats de ces calculs peuvent donc sensiblement différer de ceux que l'on obtiendrait à partir des valeurs arrondies.

5.1 Les Maladies Professionnelles (MP)

Chiffres-clés en Bretagne en 2008

	Régime général	MSA
Nombre de salariés	843 585	170 691
Nombre de maladies professionnelles (MP)	3 769	483
Indice de fréquence	4,05	2,83
Taux de gravité	0,54	1,11

Définition de la maladie professionnelle

« Une maladie est dite " professionnelle " si elle 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. »

Selon l'Article L461-1 du Code de la Sécurité Sociale, « Est présumée d'origine professionnelle toute maladie désignée dans un tableau de maladies professionnelles et contractée dans les conditions mentionnées à ce tableau. Si une ou plusieurs conditions tenant au délai de prise en charge, à la durée d'exposition ou à la liste limitative des travaux ne sont pas remplies, la maladie telle qu'elle est désignée dans un tableau de maladies professionnelles peut être reconnue d'origine professionnelle lorsqu'il est établi qu'elle est directement causée par le travail habituel de la victime. Peut être également reconnue d'origine professionnelle une maladie caractérisée non désignée dans un tableau de maladies professionnelles 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 [...] »

Les tableaux de référence des MP ne sont pas les mêmes dans le régime général et le régime agricole mais le système réglementaire est le même. Ils sont au nombre de 119 pour le régime général et de 65 pour le régime agricole. Ces tableaux sont remis à jour et évoluent régulièrement au fur et à mesure de l'avancée des connaissances (cf. annexes 2 et 3).

Les maladies professionnelles (MP) affectées au « compte spécial » chez les salariés du régime général

Toutes les MP ne peuvent être affectées à un établissement. En effet, il est parfois difficile de retrouver l'employeur à qui imputer le risque soit parce que l'entreprise est fermée (c'est souvent le cas pour les expositions anciennes comme les expositions à l'amiante) ou parce que plusieurs employeurs sont concernés. Dans une telle situation, les MP sont alors affectées au « compte spécial » aussi dénommé « compte global ». Ce compte collectif de compensation permet également d'y imputer les MP pour lesquelles l'employeur a gagné le recours à l'issue de la procédure de reconnaissance de responsabilités. En Bretagne en 2008, 95% du nombre de MP indemnisées (soit 3 512/3 769 MP) ont pu être imputées à des établissements. Parmi les 257 MP affectées au « compte spécial », 137 MP concernaient des affections liées à l'amiante (soit 53%) et 100 MP des troubles musculo-squelettique (TMS) (soit 39% de l'ensemble des MP non imputées à des établissements).

Modification réglementaire affectant le dénombrement des maladies professionnelles pour le régime général

En 2007, chez les salariés du régime général, une modification réglementaire a été introduite dans le traitement des dossiers de maladies professionnelles concernant plusieurs affections (dénommées syndromes) et figurant sur un même tableau. « En effet, jusqu'à alors, lorsqu'une déclaration de maladie professionnelle concernait plusieurs syndromes relevant d'un même tableau, les instructions prévoyaient de gérer une seule maladie. A partir de 2007, le code « multi-syndromes » est abandonné, les MP sont alors traitées syndrome par syndrome »²⁰. L'impact de cette modification dans la comptabilisation des MP a trouvé son plein effet en 2008 au niveau national tandis qu'en Bretagne, les conséquences de ce changement ont impacté véritablement les statistiques de l'année 2009. Ainsi, un quart de la hausse du nombre des MP en Bretagne entre 2008 et 2009 s'explique par la nouvelle comptabilisation²¹. Toutefois, les instances, au niveau national comme au niveau régional, en dehors de cette modification réglementaire, s'accordent sur le constat préoccupant posé par l'augmentation importante des MP affectant les salariés du régime général.

L'estimation de la sous-déclaration des maladies professionnelles cf. Focus 1 page 7

Les principaux éléments du rapport de la commission d'évaluation de la sous-déclaration révèlent une sous-déclaration importante des MP :

- Estimée selon une fourchette variant de 99% (cancer de la vessie) à 80% (cancer du poumon) pour les principales localisations cancéreuses concernées par les expositions professionnelles.
- Estimée à environ 50% pour les TMS (autres que le syndrome du canal carpien).
- Une proportion extrêmement élevée pour les broncho-pneumopathies chroniques obstructives (BPCO).
- Estimée à minima à plus de 80% pour les dermatoses.
- Considérée (pas d'estimation possible) comme élevée pour les surdités.
- Considérée comme très élevée pour les risques psychosociaux.

²⁰ Rapport de gestion de l'assurance maladie – 2009, Données nationales AT/MP issues des bases annuelles SGE TAPR sur les 9 comités techniques nationaux y compris bureaux et sièges sociaux, catégories professionnelles particulières et compte spécial.

²¹ Carsat Bretagne - Dossier de presse « Accidents du travail et maladies professionnelles en Bretagne – Présentation des statistiques 2009 et de la réforme de la tarification – Rennes, 3/11/2010.

5.1.1 Les maladies professionnelles imputées aux établissements bretons chez les salariés du régime général

La Bretagne : une fréquence des maladies professionnelles plus élevée qu'en France...

En 2008, avec 3 461 MP reconnues, les statistiques sur les maladies professionnelles (MP) chez les salariés du régime général témoignent d'une fréquence beaucoup plus élevée en Bretagne qu'en France avec un indice de fréquence des MP supérieur de +65% à la moyenne française (respectivement 4,05 MP pour 1 000 salariés contre 2,45 en France : graphique 4).

...qui se retrouve dans tous les départements mais masque de fortes disparités départementales

En 2008, dans les 4 départements bretons, l'indice de fréquence des MP est supérieur à la moyenne nationale. Toutefois, de fortes disparités se dégagent selon les départements. Ainsi, le Finistère et les Côtes d'Armor présentent les indices les plus élevés, respectivement 5,45 et 5,10 MP pour 1 000 salariés. Le Morbihan occupe une position intermédiaire proche de la moyenne régionale avec 3,89 MP pour 1 000 salariés. Enfin, l'Ille-et-Vilaine affiche l'indice le plus faible de la région (2,75 MP pour 1 000 salariés) mais légèrement supérieur à la moyenne nationale (+12%). Par ailleurs, on peut constater l'importance de l'écart entre l'indice le plus élevé (Finistère) supérieur de +98% en 2008 à l'indice le plus faible (Ille-et-Vilaine).

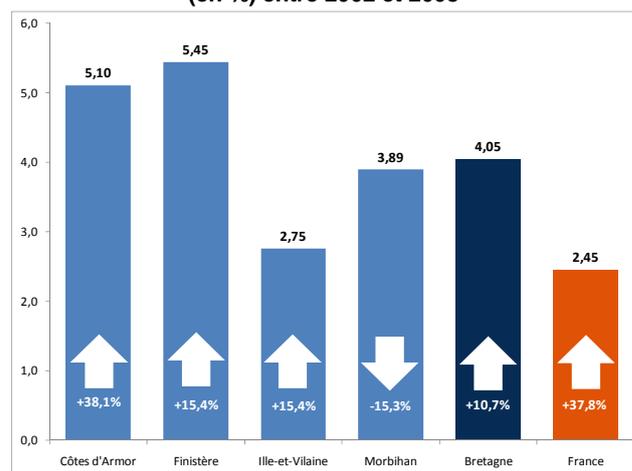
Une tendance régionale et nationale en hausse...

Sur la période 2002-2008, en Bretagne comme en France, la tendance globale est à l'augmentation des indices de fréquence des MP, la croissance étant plus importante en France qu'en Bretagne (respectivement +38% contre +11%), la région partant initialement d'un niveau beaucoup plus élevé. Toutefois, bien que conséquent sur la totalité de la période, l'écart entre la Bretagne et la France s'est réduit progressivement au fil du temps. Ainsi, l'indice de fréquence breton qui était deux fois supérieur à celui de la France (+107%) en 2002 est désormais supérieur de +65% en 2008.

...sauf dans le Morbihan

Globalement et sur la période, la tendance à la hausse observée au niveau national et régional se retrouve dans 3 départements. Le Morbihan quant à lui se distingue par une tendance à la baisse : -15% entre 2002 et 2008, cette diminution est particulièrement remarquable à compter de 2006. Si, entre 2002 et 2008, les départements des Côtes d'Armor, du Finistère et de l'Ille-et-Vilaine affichent une augmentation globale (respectivement +38%, +16% et +15%), l'année 2008, à l'image de la situation régionale, marque une inversion de tendance dans les Côtes d'Armor et l'Ille-et-Vilaine. Seul le Finistère poursuit son augmentation.

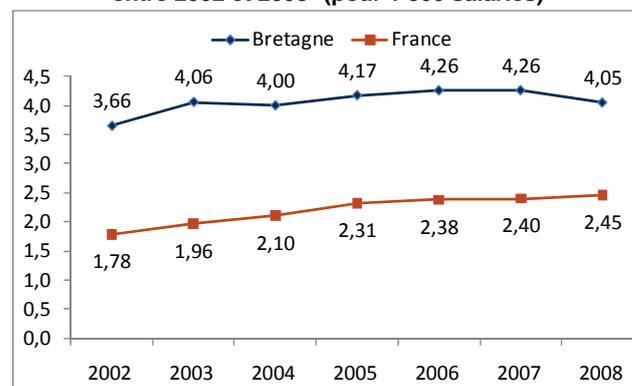
Graphique 4 : Indice de fréquence (pour 1 000 salariés) des maladies professionnelles en 2008 et taux de variation (en %) entre 2002 et 2008*



Source : Carsat Bretagne
*hors compte spécial

Exploitation ORS Bretagne

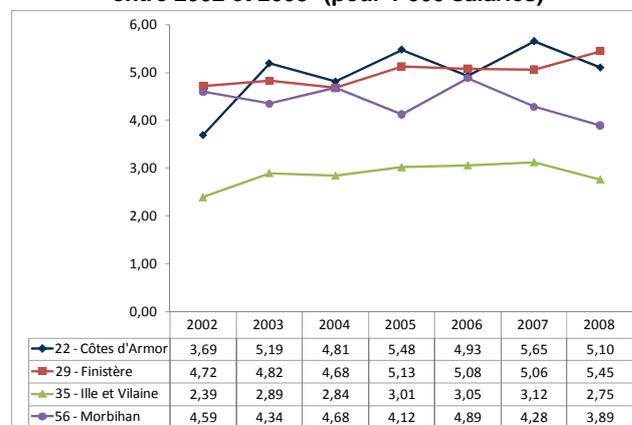
Graphique 5 : Evolution de l'indice de fréquence des maladies professionnelles en Bretagne et en France entre 2002 et 2008* (pour 1 000 salariés)



Source : Carsat Bretagne
*hors compte spécial

Exploitation ORS Bretagne

Graphique 6 : Evolution de l'indice de fréquence des maladies professionnelles selon les départements bretons entre 2002 et 2008* (pour 1 000 salariés)



Source : Carsat Bretagne
*hors compte spécial

Exploitation ORS Bretagne

Une part des maladies professionnelles avec incapacité permanente nettement inférieure en Bretagne...

En 2008, parmi les 3 461 maladies professionnelles (MP) recensées en Bretagne au sein du régime général, 992 ont entraîné une incapacité permanente (IP), soit une part nettement inférieure à celle relevée au niveau national, (respectivement 28,7% contre 50,9%). Par ailleurs, en 2008, une MP avec IP sur cinq (21%) a engendré une incapacité supérieure à 10% contre 30% en France.

...et qui varie peu selon les départements

La proportion des MP avec IP varie peu selon les départements, elle est comprise dans une fourchette allant de 25,5% dans les Côtes d'Armor à 31,4% dans le Morbihan.

Globalement, une tendance à l'augmentation de la proportion des maladies professionnelles avec incapacité permanente en Bretagne entre 2002 et 2008

Globalement, sur la période 2002-2008, en Bretagne comme en France, la proportion de MP avec IP a augmenté, de façon plus marquée dans la région : +52% en Bretagne contre +19% en France. Toutefois, l'essentiel de la croissance a eu lieu avant 2007, année où la proportion de MP avec IP a diminué. Cette baisse s'est poursuivie en 2008 au niveau national mais ne s'est pas confirmée en Bretagne.

La Bretagne en situation légèrement favorable avec des maladies professionnelles moins souvent responsables d'incapacité permanente qu'en France...

En 2008, la situation bretonne est un peu plus favorable que celle observée au niveau national puisque le nombre de MP avec IP pour 1 000 salariés est inférieur de -6% à la moyenne française, respectivement 1,18 contre 1,25 MP avec IP pour 1 000 salariés.

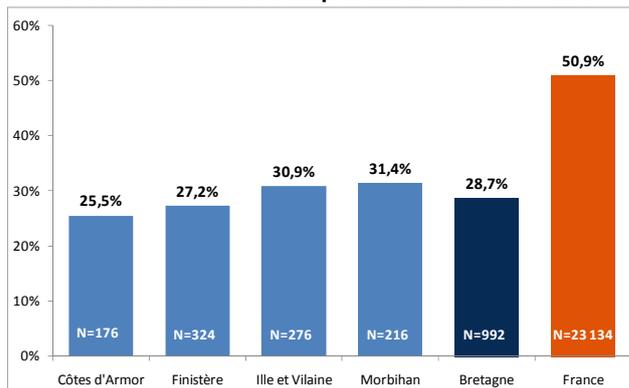
...masquant des disparités départementales

La fréquence des MP avec IP varie fortement selon les départements bretons. Ainsi, l'Ille-et-Vilaine affiche en 2008 la situation la plus favorable avec la fréquence de MP avec IP la plus faible de la région (inférieure de -25% à la moyenne régionale). A l'opposé, le Finistère présente la situation la plus défavorable de la région avec la fréquence de MP avec IP la plus élevée (1,5 MP avec IP pour 1 000 salariés), supérieure de +70% à celle relevée en Ille-et-Vilaine. Suivent de près les Côtes d'Armor avec 1,33 MP avec IP pour 1 000 salariés, soit une situation également défavorable par rapport à la situation régionale (+12% par rapport à la fréquence régionale). Le Morbihan, quant à lui, occupe une position intermédiaire avec une fréquence des MP avec IP (1,22 MP avec IP pour 1 000 salariés) proche de celle observée dans la région. Enfin, s'agissant des MP ayant entraîné une incapacité supérieure à 10%, la Bretagne affiche également une fréquence moindre par rapport au niveau national.

Des décès en proportion trois fois moins fréquents en Bretagne qu'en France

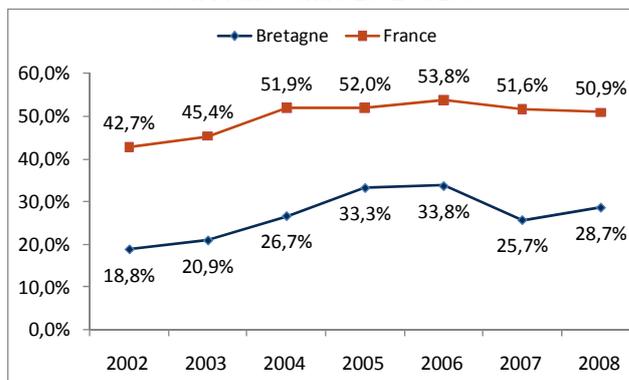
En 2008, 7 décès ont été recensés en Bretagne suite à une MP, soit 0,8 décès dus à une MP pour 100 000 salariés contre 2,3 pour 100 000 salariés en France (proportion trois fois inférieure dans la région à la moyenne française). L'exposition à l'amiante est responsable de la majorité des décès.

Graphique 7 : Nombre et part (en %) des maladies professionnelles avec incapacité permanente parmi l'ensemble des maladies professionnelles en 2008*



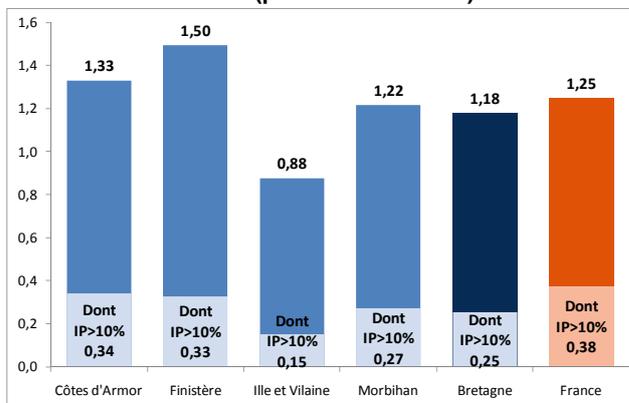
Source : Carsat Bretagne
Exploitation ORS Bretagne
*hors compte spécial

Graphique 8 : évolution de la part (en %) des maladies professionnelles avec incapacité permanente parmi l'ensemble des maladies professionnelles en Bretagne et en France entre 2002 et 2008*



Source : Carsat Bretagne
Exploitation ORS Bretagne
*hors compte spécial

Graphique 9 : Indice de fréquence des maladies professionnelles avec incapacité permanente en 2008 (pour 1 000 salariés)*



Source : Carsat Bretagne
Exploitation ORS Bretagne
*hors compte spécial

La Bretagne : un taux de gravité des maladies professionnelles plus élevé qu'en France...

En 2008, le taux de gravité des maladies professionnelles (MP) en Bretagne est supérieur de +74% à la moyenne nationale (respectivement 0,54 journée perdue pour 1 000 heures travaillées contre 0,31 en France : graphique 10).

...qui se retrouve dans tous les départements mais qui occulte des situations départementales fortement contrastées

En 2008, l'Ille-et-Vilaine affiche la situation la plus favorable, proche de la moyenne nationale avec le taux le plus faible (0,35 journée perdue pour 1 000 heures travaillées). A l'opposé, le Finistère suivi de près par les Côtes d'Armor présente la situation la plus défavorable avec un taux (0,76) supérieur de +117% à celui de l'Ille-et-Vilaine. Le Morbihan occupe une situation intermédiaire proche de la moyenne régionale avec 0,49 journée perdue pour 1 000 heures travaillées (graphique 10).

Une tendance régionale en baisse depuis 2006 tandis qu'au niveau national, la tendance est continûment à la hausse

Globalement, entre 2002 et 2008, les taux de gravité, bien que toujours supérieurs en Bretagne, affichent une croissance plus modérée dans la région qu'au niveau national (+15% contre +62%). Cette moindre croissance des taux en Bretagne s'explique par la baisse des taux qui s'est amorcée à partir de 2006 dans la région tandis que le taux français a progressé de façon continue sur toute la période. Cette récente diminution des taux bretons a aussi eu pour effet de réduire l'écart entre la Bretagne et la France. Celui-ci est en effet passé de +147% en 2002 à +74% en 2008.

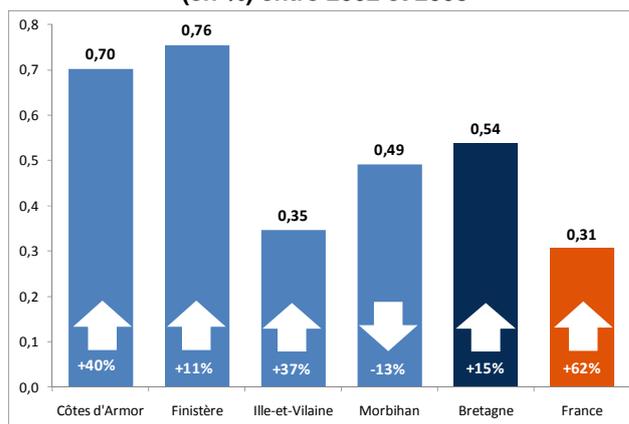
Fréquence et gravité évoluent de façon similaire dans les départements bretons

Globalement, entre 2002 et 2008, la tendance à la hausse observée au niveau régional se retrouve dans 3 départements (Côtes d'Armor, Finistère et Ille-et-Vilaine). Cependant, cette augmentation est plus ou moins marquée selon les départements (respectivement +40%, +11% et +37%). A l'opposé, le département du Morbihan se distingue en affichant une baisse de -13% entre 2002 et 2008.

Par ailleurs, plus récemment, à l'exception du Finistère dont le taux de gravité augmente encore entre 2007 et 2008, les 3 autres départements bretons présentent des taux de gravité en diminution. Cette tendance récente à la baisse rejoint le constat réalisé au niveau régional.

Enfin, il est intéressant de remarquer la similitude de l'évolution des courbes des taux de gravité départementaux avec celle des indices de fréquence départementaux traduisant des variations analogues au fil du temps : taux de gravité et indice de fréquence évoluent en tendance dans le même sens au sein des départements.

Graphique 10 : Taux de gravité des maladies professionnelles en 2008 et taux de variation (en %) entre 2002 et 2008

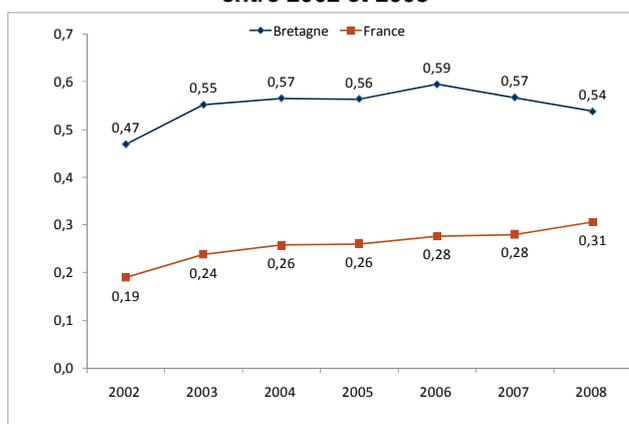


Source : Carsat Bretagne

Exploitation ORS Bretagne

*hors compte spécial

Graphique 11 : Evolution des taux de gravité des maladies professionnelles en Bretagne et en France entre 2002 et 2008

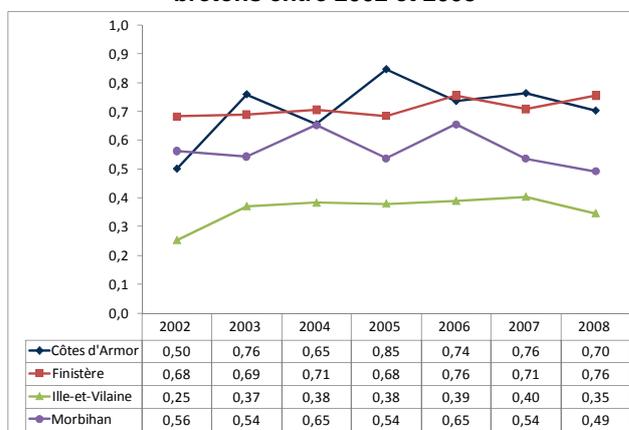


Source : Carsat Bretagne

Exploitation ORS Bretagne

*hors compte spécial

Graphique 12 : Evolution des taux de gravité des maladies professionnelles selon les départements bretons entre 2002 et 2008



Source : Carsat Bretagne

Exploitation ORS Bretagne

*hors compte spécial

Approche par sexe et par âge

Les résultats qui suivent doivent être interprétés avec prudence : en l'absence de données sur les effectifs de salariés par sexe et âge, les taux n'ont pu être calculés.

Les maladies professionnelles un peu plus fréquemment féminines en Bretagne

Proportionnellement, les MP imputées aux établissements bretons concernent un peu plus souvent des femmes que des hommes, respectivement 54% contre 46%²². En France, les maladies professionnelles imputées aux établissements sont moins sensiblement sexuées puisque cette répartition frôle la parité : 51% d'hommes contre 49% de femmes.

Une prédominance des maladies professionnelles aux âges où les taux d'activité sont les plus élevés

En 2008, en Bretagne comme en France, la reconnaissance des MP est marginale avant 25 ans. Puis, au-delà de cet âge, la répartition diffère entre la région et la France. Ainsi, si la tranche d'âge des 25-49 ans regroupe le plus grand nombre de MP reconnues, elles sont plus fréquentes en Bretagne qu'en France : 64% contre la moitié en France. Un peu moins du tiers des MP concernent des bretons de 50 ans ou plus contre près de la moitié des français du même âge.

Approche par type de pathologie

Une prédominance des affections péri-articulaires

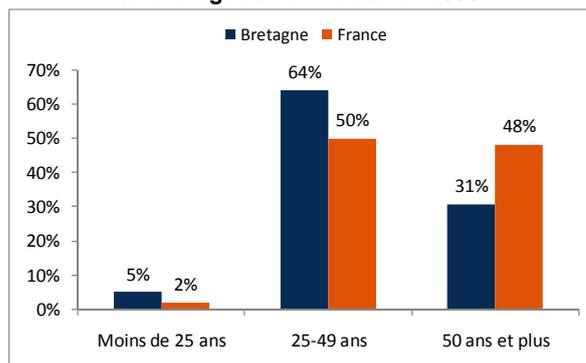
Globalement en 2008, 98% des MP imputées aux établissements bretons pour les salariés du régime général (hors compte spécial) sont des TMS. Cette proportion atteint 97% si l'on prend en compte l'ensemble des établissements quel que soit leur lieu de domiciliation. De façon plus précise, les affections péri-articulaires provoquées par certains gestes et postures de travail représentent 91% de l'ensemble des maladies professionnelles en Bretagne, davantage chez les femmes (95,2%) que chez les hommes (86,1%). Viennent, ensuite, chez les hommes comme chez les femmes, les affections chroniques du rachis lombaire provoquées par la manutention de charge lourde avec respectivement 6,4% et 2,7% de l'ensemble des MP.

Codes et libellés des principales MP chez les salariés du régime général

- 057A : Affections péri-articulaires provoquées par certains gestes et postures de travail
- 098A : Affections chroniques du rachis lombaire provoquées par la manutention manuelle habituelle de charges lourdes
- 079A : Lésions chroniques du ménisque
- 065A : Lésions eczématiformes de mécanisme allergique
- 066A : Affections respiratoires de mécanisme allergique
- 069A : Affections provoquées par les vibrations et chocs transmis par certaines machines outils
- 076A : Maladies liées à des agents infectieux ou parasitaires contractées en milieu d'hospitalisation

²² Cette répartition selon le sexe ne diffère pas statistiquement si l'on prend en compte l'ensemble des établissements quelle que soit leur domiciliation (Bretagne et hors région), respectivement 55% de MP ont concerné des bretonnes contre 45% des hommes (p=0,89).

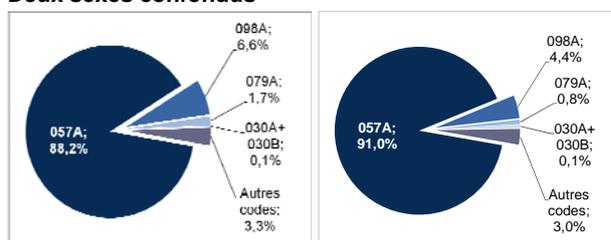
Graphique 13 : Répartition en % des maladies professionnelles imputées aux établissements en Bretagne et en France en 2008*



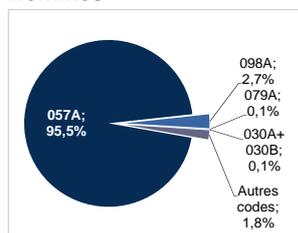
Source : Carsat Bretagne
*hors compte spécial

Graphique 14 : Répartition en % des principales maladies professionnelles imputées aux établissements en Bretagne en 2008*

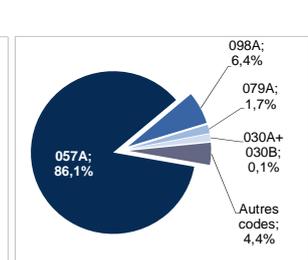
Deux sexes confondus



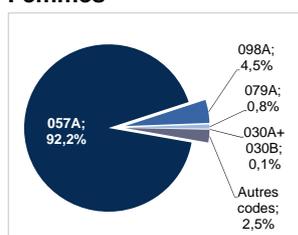
Etablissements bretons Hommes



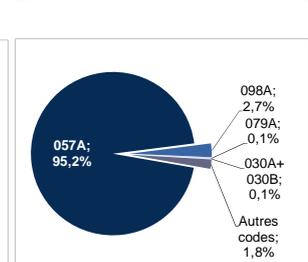
Ensemble des établissements Hommes



Etablissements bretons Femmes



Ensemble des établissements Femmes



Etablissements bretons

Source : Carsat Bretagne
*hors compte spécial

Ensemble des établissements

Exploitation ORS Bretagne

Les maladies liées à l'amiante

En 2008, le tableau n°30A concernant les affections provoquées par les poussières d'amiante recense 163 nouveaux cas en Bretagne, dont 23 ont été indemnisés dans un CTN. Parmi ces nouveaux cas, 82% des cas dont le caractère professionnel est reconnu sont indemnisés hors des comités techniques nationaux car non imputables au dernier employeur connu.

Cf. Encadré « Les MP affectées au « compte spécial » chez les salariés du régime général » page 17.

Approche par branche d'activité (CTN)

Les résultats qui suivent reposent sur le nombre de MP indemnisées hors compte spécial pour l'ensemble des salariés, quelle que soit la domiciliation de leur entreprise selon les branches d'activités telles que définies par les Comités techniques nationaux (CTN).

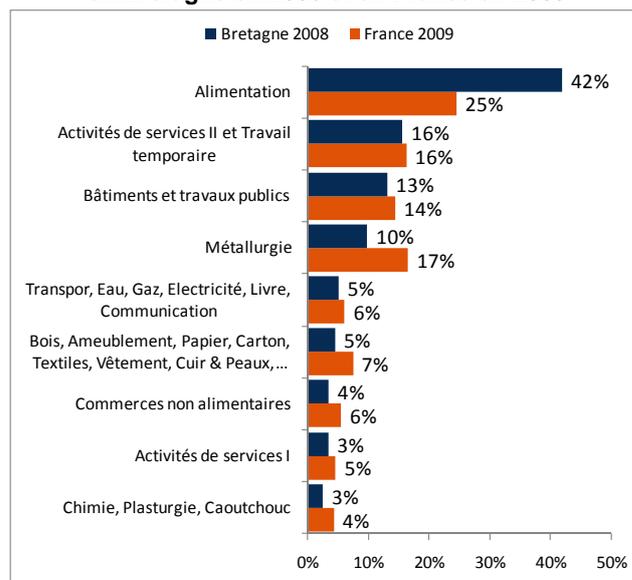
L'alimentation : un peu moins de la moitié des maladies professionnelles en Bretagne

En 2008, en Bretagne (comme en France), le secteur de l'alimentation qui regroupe 42% de l'ensemble des MP se positionne en tête des secteurs les plus concernés. Cependant, le nombre de MP dans ce secteur est proportionnellement presque deux fois plus élevé dans la région qu'en France (42% contre 25%). Viennent ensuite, dans des proportions équivalentes en Bretagne et en France, le secteur des « activités de services II »²³ (avec 16% de l'ensemble des MP) suivi de près par le BTP (13% en Bretagne et 14% en France). Par ailleurs, on peut remarquer que le secteur de la métallurgie rassemble proportionnellement moins de MP dans la région qu'en France (10% contre 17%) ce qui est probablement cohérent avec le développement moindre de ce type d'activité sur le territoire breton. Inversement, la proportion supérieure des MP dans le secteur de l'alimentation en Bretagne va de pair avec la surreprésentation des industries de ce secteur dans la région par rapport au niveau national.

L'alimentation : le secteur proportionnellement le plus touché par les maladies professionnelles en Bretagne²⁴

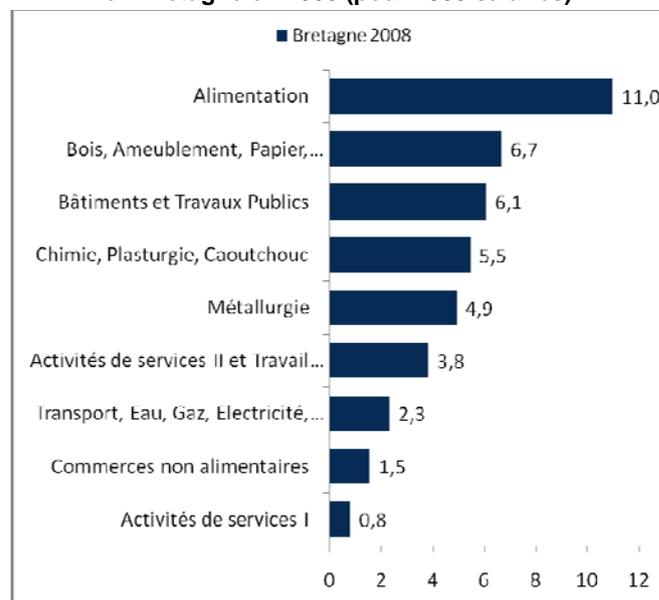
En 2008, la fréquence des MP indemnisées varie selon les secteurs d'activité. Les trois secteurs les plus concernés sont : l'alimentation avec la 1^{ère} place des secteurs les plus touchés par les MP (11 MP pour 1 000 salariés) près de trois fois plus fréquemment que l'ensemble des secteurs (4,05 MP pour 1 000 salariés en moyenne tous secteurs confondus) suivi, avec des valeurs proches par les secteurs du Bois, Ameublement, Papier, Carton, Textiles, Vêtement, Cuir & Peaux, Pierres & terres à Feu (6,7 MP pour 1 000 salariés) et celui des Bâtiments et Travaux Publics (6,1 MP pour 1 000 salariés).

Graphique 15 : Répartition en % du nombre de maladies professionnelles selon les branches d'activité* (CTN) en Bretagne en 2008 et en France en 2009



Sources : Carsat Bretagne et CNAMTS (statistiques nationales technologiques AT-MP) – 2009, Exploitation ORS Bretagne
*hors CTN Z Autres catégories dont bureaux

Graphique 16 : Indice de fréquence des maladies professionnelles selon les branches d'activité* (CTN) en Bretagne en 2008 (pour 1000 salariés)



Source : Carsat Bretagne, Exploitation ORS Bretagne
*hors CTN Z Autres catégories dont bureaux

²³ Activités de travail temporaire, de nettoyage et de désinfection, activités liées aux secteurs sanitaire et social, associatif, culturel, activités de syndicalisme

²⁴ Contrairement aux accidents du travail (voir à ce propos la page 38), les comparaisons n'ont pu être effectuées avec le niveau national, les chiffres n'étant pas disponibles.

Approche par taille d'établissement et par zone d'emploi

Les indicateurs selon la taille des entreprises ou selon les zones d'emploi ont été calculés sur l'ensemble des MP reconnues et affectées à un compte CTN. Ils concernent des salariés travaillant dans des entreprises domiciliées en Bretagne.

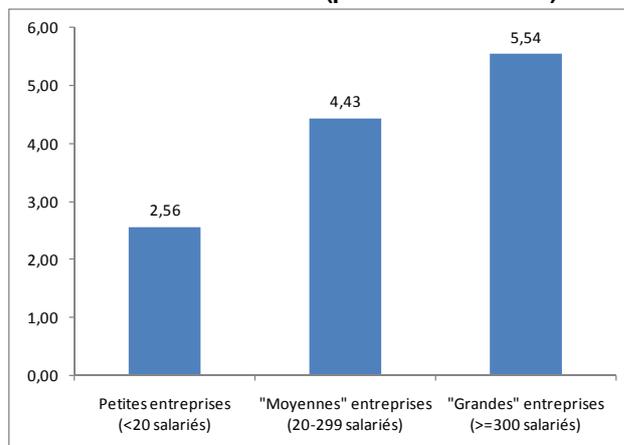
Globalement et en tendance, une fréquence des maladies professionnelles qui s'accroît avec la taille de l'entreprise...

En 2008, si l'on distingue les entreprises selon 3 catégories principales de taille, on observe que la fréquence des maladies professionnelles est corrélée à la taille de l'entreprise (relation linéaire positive). Plus la taille de l'entreprise est importante et plus la fréquence des MP est élevée (graphique 17).

... qui fait que les entreprises de moins de 10 salariés sont les plus préservées des MP dans la région

En 2008, comparativement à la moyenne régionale de l'ensemble des entreprises quelle que soit leur taille, on observe une fréquence supérieure pour les entreprises qui dépassent le seuil des 50 salariés. Par ailleurs, et comparativement au niveau national, seules les entreprises bretonnes de moins de 10 salariés se distinguent avec une fréquence des MP inférieure à la moyenne nationale (graphique 18).

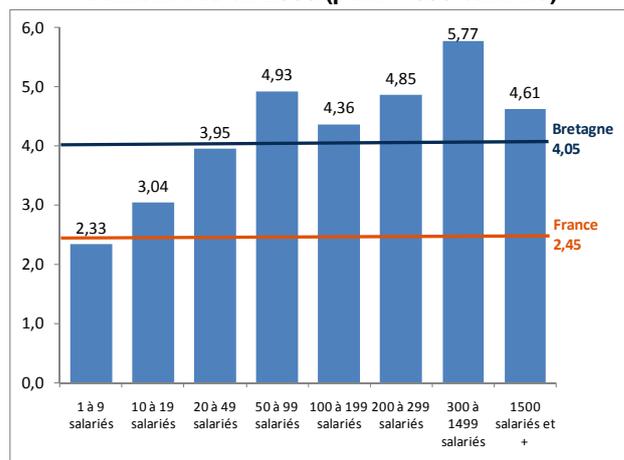
Graphique 17 : Indice de fréquence des maladies professionnelles selon la taille de l'entreprise en Bretagne en 2008 et niveaux régional et national de l'indice de fréquence toutes tailles d'entreprises confondues en 2008 (pour 1 000 salariés)



Source : Carsat Bretagne

Exploitation ORS Bretagne

Graphique 18 : Indice de fréquence des maladies professionnelles selon la taille de l'entreprise en Bretagne en 2008 et niveaux régional et national de l'indice de fréquence toutes tailles d'entreprises confondues en 2008 (pour 1 000 salariés)



Source : Carsat Bretagne

Exploitation ORS Bretagne

Les zones d'emploi en Bretagne



Ce découpage est basé sur le critère d'attraction maximale entre communes de résidence et communes de travail. Les 18 zones ainsi constituées expriment d'une certaine façon les espaces de vie et de circulation de la population et constituent une partition du territoire adaptée aux études locales sur l'emploi et son environnement.

Le tableau de bord des zones d'emploi de Bretagne a été réactualisé par l'Insee au mois d'octobre 2010, il permet de disposer de données de référence les plus récentes sur plusieurs thèmes : chiffres-clés, emploi salarié, chômage et marché du travail, appareil productif et démographie des entreprises.

Cette publication est disponible en ligne sur le site de l'Insee à l'adresse suivante :

http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?reg_id=2&ref_id=16267

Les maladies professionnelles dans les zones d'emploi

En 2008, les 3 zones d'emploi où la fréquence des MP est la plus élevée sont :

- Quimper avec 7,10 MP pour 1 000 salariés,
- Pontivy-Loudéac (6,55),
- Saint-Brieuc (6,24).

A l'opposé, 3 zones d'emploi sont relativement épargnées avec une fréquence des MP inférieure à la moyenne nationale :

- Rennes (2,36),
- Lannion (2,33)
- Redon (2,18).

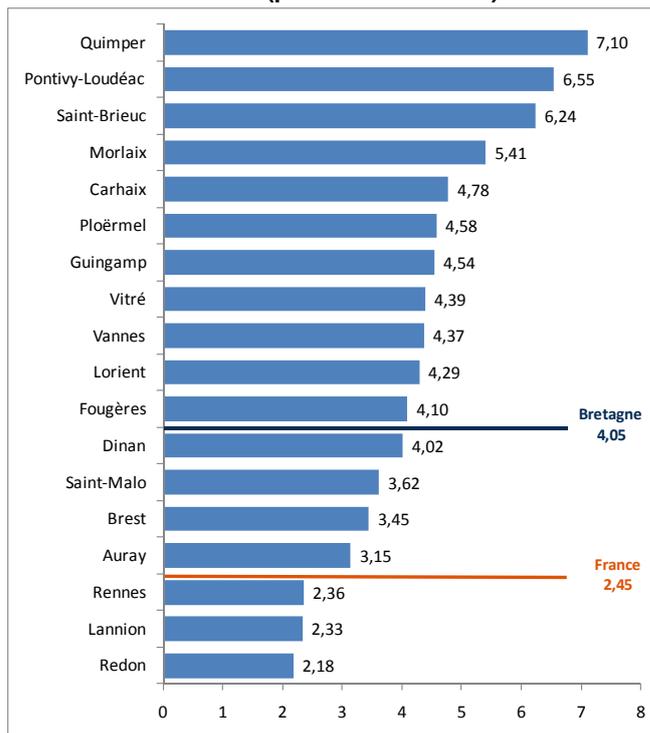
On peut aussi remarquer l'importance de l'écart entre la zone d'emploi en situation la plus défavorable (Quimper) et celle en situation la plus favorable (Redon): +226%.

L'analyse des zones d'emploi selon le taux de gravité confirme le constat précédent réalisé sur la fréquence des MP et met en évidence les mêmes secteurs comme étant soit les plus épargnés (Redon, Lannion et Rennes), soit les plus concernés (Quimper, Saint-Brieuc et Pontivy - Loudéac).

L'écart entre la zone d'emploi en situation la plus défavorable (Quimper) et celle en situation la plus favorable (Rennes) est encore plus élevé que pour l'indice de fréquence : + 251%.

Au final, on peut constater que **les zones d'emploi les plus touchées par les MP sont aussi celles où le taux de gravité est le plus élevé.**

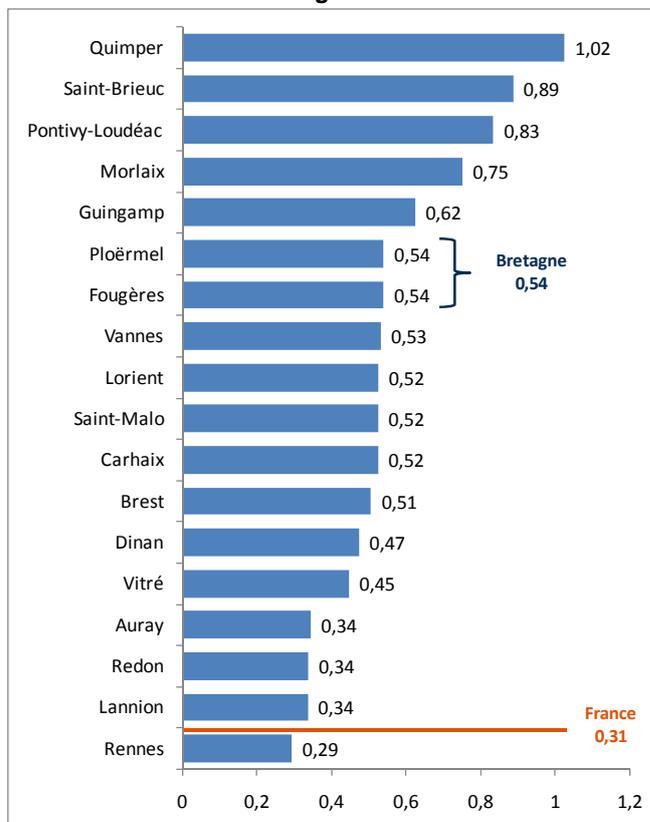
Graphique 19 : Indice de fréquence des maladies professionnelles selon les zones d'emploi en Bretagne en 2008 (pour 1 000 salariés)



Source : Carsat Bretagne

Exploitation ORS Bretagne

Graphique 20 : Taux de gravité des maladies professionnelles selon les zones d'emploi en Bretagne en 2008



Source : Carsat Bretagne

Exploitation ORS Bretagne

5.1.2 Les maladies professionnelles chez les salariés du régime agricole

Une plus grande fréquence des maladies professionnelles en Bretagne...

En 2008 avec 483 MP reconnues, les statistiques des maladies professionnelles (MP) du régime agricole mettent en évidence une fréquence plus importante des MP en Bretagne, avec un indice supérieur de +112% à la moyenne nationale (respectivement 2,83 MP pour 1 000 salariés contre 1,33 en France : graphique 21).

Pour mémoire, cette situation défavorable a déjà été observée pour les salariés du régime général.

...masquant une situation contrastée selon les départements

En 2008, l'indice de fréquence varie selon les départements bretons mais reste toujours supérieur à la moyenne nationale. Les Côtes d'Armor affichent l'indice le plus élevé (4,31 MP pour 1 000 salariés) supérieur de +108% à l'indice le plus faible de la région détenu par l'Ille-et-Vilaine avec 2,07 MP pour 1 000 salariés. Le Finistère et le Morbihan occupent une position intermédiaire tout en se situant néanmoins au-dessous de la moyenne régionale avec respectivement 2,34 et 2,52 MP pour 1 000 salariés (graphique 21).

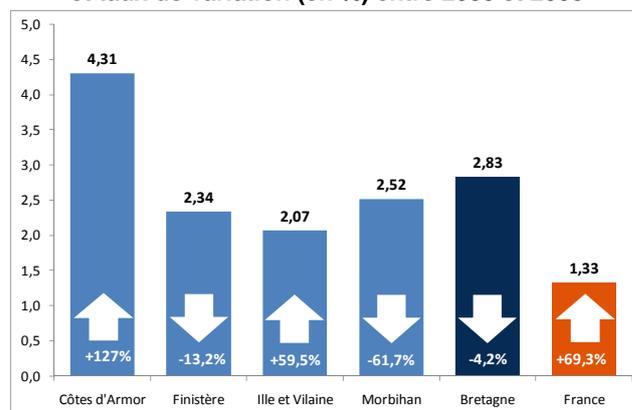
Une tendance régionale à la baisse opposée à la hausse observée en France

Globalement, entre 2000 et 2008, l'indice de fréquence des MP en Bretagne, toujours supérieur à celui de la France, a atteint son maximum en 2002 avant de diminuer par la suite. Entre 2000 et 2008, l'indice a globalement baissé de -4,2% dans la région. A l'inverse, en France l'indice de fréquence a augmenté continuellement (avec une exception en 2004), soit une croissance de +69,3% entre 2000 et 2008. Par ailleurs, bien que toujours conséquent, l'écart entre la région et la France s'est considérablement réduit puisqu'il est passé de +276% en 2000 à +112% en 2008.

Des évolutions contrastées selon les départements

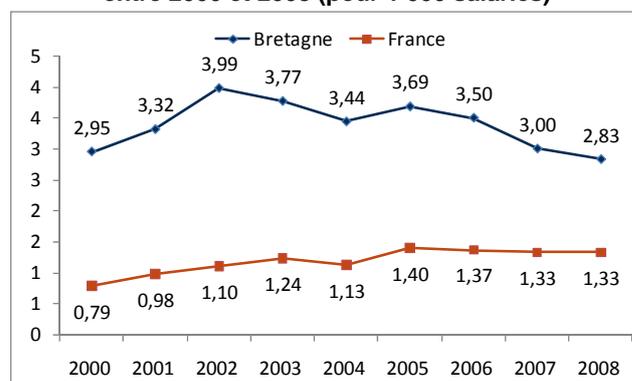
Globalement, entre 2000 et 2008, deux départements affichent une augmentation de l'indice de fréquence des MP : les Côtes d'Armor +127% et l'Ille-et-Vilaine +59,5%. À l'opposé les deux autres départements bretons présentent une tendance à la baisse : le Finistère -13,2% et le Morbihan -61,7%. Cependant, ces évolutions différenciées conduisent en 2008 à la convergence des situations dans le Finistère, l'Ille-et-Vilaine et le Morbihan, qui implique l'accroissement de l'écart entre le département des Côtes d'Armor et ses voisins. Par ailleurs, on peut remarquer que tout au long de la période, l'Ille-et-Vilaine affiche les indices les plus faibles de la région.

Graphique 21 : Indice de fréquence (pour 1 000 salariés) des maladies professionnelles en 2008 et taux de variation (en %) entre 2000 et 2008



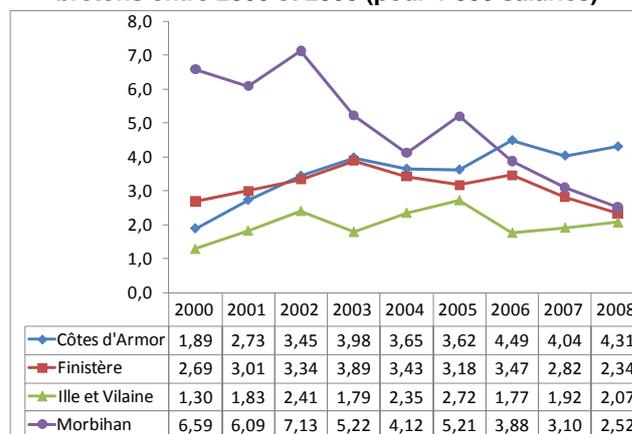
Source : MSA Bretagne Exploitation ORS Bretagne

Graphique 22 : Evolution de l'indice de fréquence des maladies professionnelles en Bretagne et en France entre 2000 et 2008 (pour 1 000 salariés)



Source : MSA Bretagne Exploitation ORS Bretagne

Graphique 23 : Evolution de l'indice de fréquence des maladies professionnelles selon les départements bretons entre 2000 et 2008 (pour 1 000 salariés)



Source : MSA Bretagne Exploitation ORS Bretagne

Un taux moyen régional d'incapacité permanente partielle proche de celui observé au niveau national...

En 2008, le taux moyen d'incapacité permanente partielle (IPP) en Bretagne est proche de celui observé en France (respectivement 12,7% et 12,6% : graphique 24).

...occultant des situations contrastées selon les départements

En 2008, le taux moyen d'IPP varie selon les départements bretons. Ainsi, le Finistère occupe la situation la plus favorable avec le taux moyen d'IPP le plus faible (9,9%), suivi de près par l'Ille-et-Vilaine avec un taux moyen d'IPP de 11,1%. A l'opposé, les Côtes d'Armor et le Morbihan sont en position défavorable avec les taux plus élevés, respectivement 13,9% et 13,4%. L'écart entre le département en situation la plus favorable (l'Ille-et-Vilaine) et celui en situation la plus défavorable (les Côtes d'Armor) est de +40% (graphique 24).

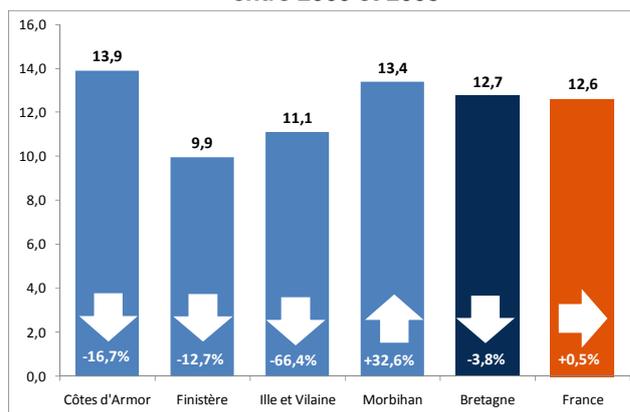
Une stabilité relative en Bretagne comme en France...

Sur la période 2002-2008, en Bretagne comme en France, le taux moyen d'IPP a peu évolué, respectivement -3,8% et +0,5%. La relative proximité des courbes traduit la similitude des situations et des évolutions en Bretagne et en France sur l'ensemble de la période.

...qui se retrouve dans tous les départements bretons

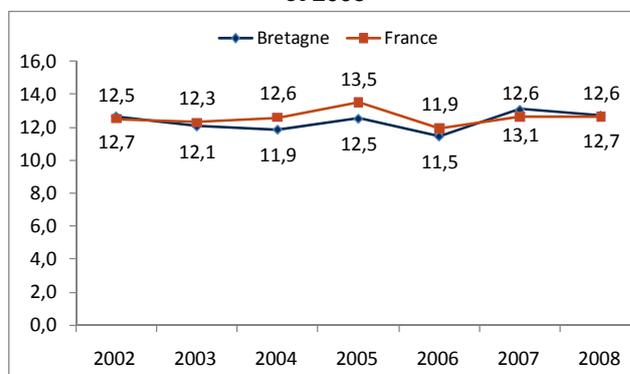
Exception faite de l'année 2002 pour le département d'Ille-et-Vilaine²⁵, les taux moyen d'IPP varient peu selon les départements et sont compris dans une fourchette allant de 9,6% à 16,9% sur la totalité de la période.

Graphique 24 : Taux moyen d'incapacité permanente partielle en 2008 et taux de variation (en %) entre 2000 et 2008



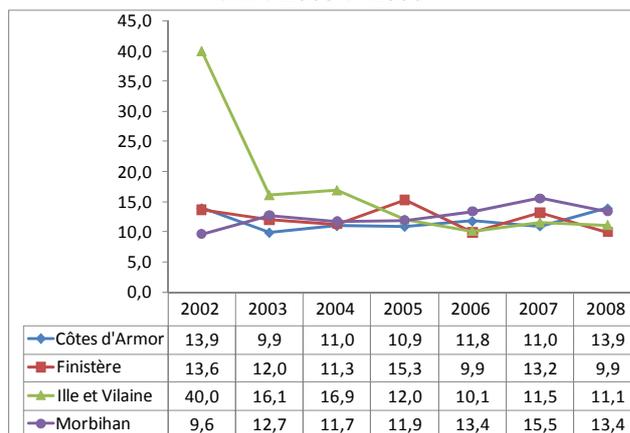
Source : MSA Bretagne Exploitation ORS Bretagne

Graphique 25 : Evolution du taux moyen d'incapacité permanente partielle en Bretagne et en France entre 2000 et 2008



Source : MSA Bretagne Exploitation ORS Bretagne

Graphique 26 : Evolution du taux moyen d'incapacité permanente partielle selon les départements bretons entre 2000 et 2008*



Source : MSA Bretagne Exploitation ORS Bretagne

*En 2002, la valeur pour le département de l'Ille-et-Vilaine ne se rapporte qu'à une seule MP.

²⁵ Le chiffre de l'année 2002 concernant l'Ille-et-Vilaine ne paraît pas cohérent avec les tendances observées dans les autres départements, en région et en France. La prise en compte de ce chiffre doit être faite avec prudence.

La Bretagne : un taux de gravité des maladies professionnelles plus de 2 fois supérieur à celui de la France

En 2008, le taux de gravité des maladies professionnelles (MP) en Bretagne est supérieur de +113% au taux français. (graphique 27).

De fortes disparités départementales

En 2008, les taux de gravité des MP varient très fortement selon les départements bretons. Ainsi, le département d'Ille-et-Vilaine affiche la situation la plus favorable de la région avec le taux le plus faible (0,5 journée indemnisée par million d'heures travaillées) qui le positionne dans une situation équivalente à la moyenne nationale. A l'inverse, le Morbihan présente la situation la plus défavorable avec un taux (1,71) supérieur de +242% à celui de l'Ille-et-Vilaine. Les Côtes d'Armor et le Finistère occupent une position intermédiaire mais divergente par rapport à la moyenne régionale, soit une situation défavorable pour le premier et favorable pour le second au regard de la moyenne régionale.

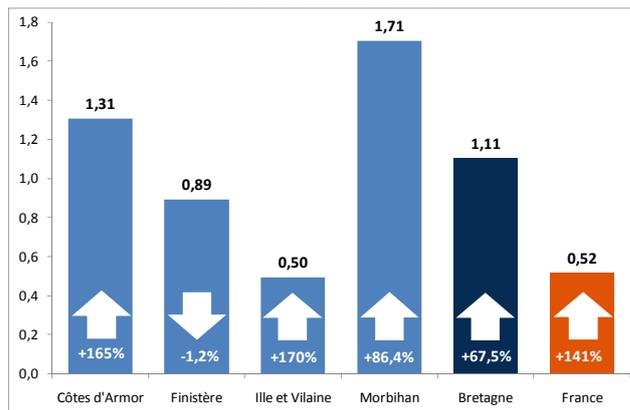
Une tendance régionale et nationale à la hausse

Globalement, entre 2000 et 2008, la tendance générale est à l'augmentation des taux de gravité, plus forte en France qu'en Bretagne (respectivement +141% contre +67,5%). Malgré cette hausse plus importante en France, la Bretagne reste toujours en situation défavorable bien que l'écart entre la région et la France se soit réduit passant de +208% en 2000 à +113% en 2008. Par ailleurs, en Bretagne comme en France, l'année 2004 marque une « rupture » puisque cette année-là, les taux de gravité ont ponctuellement diminué.

...qui se retrouve dans tous les départements sauf dans le Finistère

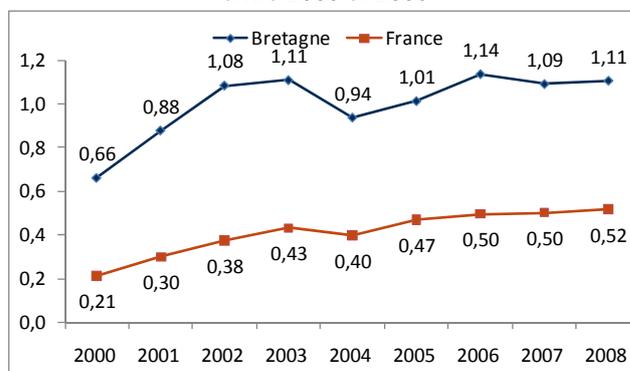
Globalement, la tendance générale observée au niveau régional se retrouve dans trois départements bretons (Côtes d'Armor, Ille-et-Vilaine et Morbihan), la hausse y étant même plus forte que celle observée dans la région (respectivement +165%, +170% et +86,4%). A l'opposé, le Finistère affiche une légère diminution -1,2% entre 2000 et 2008. Cependant, la situation particulière de ce département résulte de la forte baisse observée entre 2006 et 2007 (-25%). Par ailleurs, notons la situation toujours privilégiée de l'Ille-et-Vilaine qui affiche le taux de gravité le plus faible, nettement inférieur à celui des autres départements sur la totalité de la période.

Graphique 27 : Taux de gravité des maladies professionnelles en 2008 et taux de variation (en %) entre 2000 et 2008



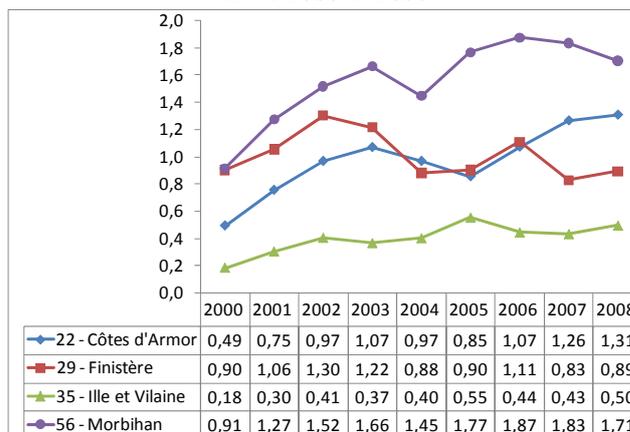
Source : MSA Bretagne Exploitation ORS Bretagne

Graphique 28 : Evolution du taux de gravité des maladies professionnelles en Bretagne et en France entre 2000 et 2008



Source : MSA Bretagne Exploitation ORS Bretagne

Graphique 29 : Evolution du taux de gravité des maladies professionnelles selon les départements bretons entre 2000 et 2008



Source : MSA Bretagne Exploitation ORS Bretagne

Approche par sexe et par âge

Les résultats qui suivent doivent être interprétés avec prudence : en l'absence de données sur les effectifs de salariés par sexe et par âge, les taux n'ont pu être calculés.

Les maladies professionnelles sont peu sexuées...

En 2008, 225 maladies professionnelles ont concerné des hommes et 258 des femmes en Bretagne, soit un peu plus fréquemment des femmes (53%). La situation au niveau national est proche de celle observée en région et se rapproche de la parité (51% des MP ont concerné des hommes et 49% des femmes).

...et marquent une tendance constante depuis 2002

Depuis 2002, cette quasi-parité des maladies professionnelles est une constante au niveau national tandis qu'en Bretagne, on observe une légère prédominance féminine les années où la parité ne se vérifie pas (graphique 31).

Sept maladies professionnelles sur 10 concernent des personnes âgées de 35 à 54 ans

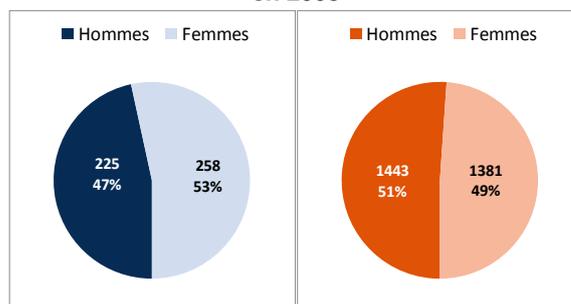
En 2008, en Bretagne comme en France, 7 maladies professionnelles sur 10 concernent des personnes ayant entre 35 et 54 ans. Par ailleurs, on peut remarquer qu'au-delà de 65 ans, il n'existe aucune reconnaissance de MP en Bretagne (tableau 3).

Une sur-représentation des MP chez les moins de 45 ans en Bretagne en 2008

Le graphique 32 permet de positionner la Bretagne vis-à-vis de la répartition des MP en France selon l'âge des personnes concernées.

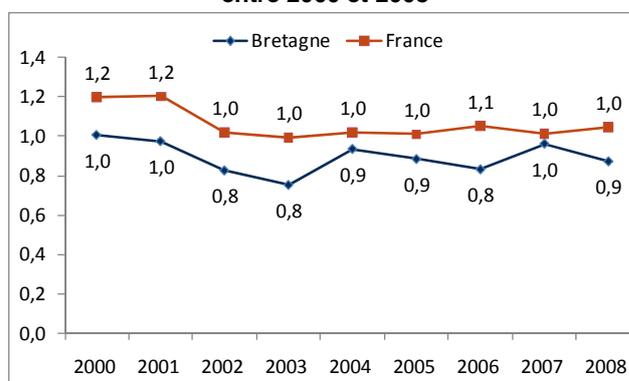
En 2008, on observe une sur-représentation des MP avant 45 ans en Bretagne.

Graphique 30 : Nombre et répartition en % selon le sexe des maladies professionnelles en Bretagne et en France en 2008



Source : MSA Bretagne Exploitation ORS Bretagne

Graphique 31 : Evolution du sex-ratio des maladies professionnelles en Bretagne et en France entre 2000 et 2008



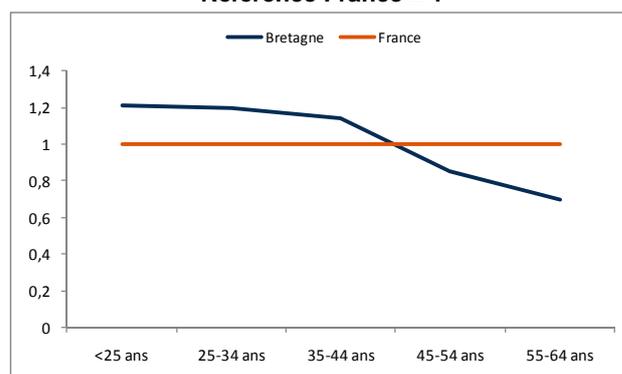
Source : MSA Bretagne Exploitation ORS Bretagne

Tableau 3 : Nombre et répartition en % des maladies professionnelles en Bretagne et en France en 2008

Tranche d'âge	Bretagne		France	
	Nombre de MP	%	Nombre de MP	%
<25 ans	24	5%	116	4%
25-34 ans	89	18%	435	15%
35-44 ans	184	38%	941	33%
45-54 ans	151	31%	1039	37%
55-64 ans	35	7%	292	10%
65 ans et +	0	0,0%	1	0,0%
Tous âges	483	100%	2824	100%

Source : MSA Bretagne Exploitation ORS Bretagne

Graphique 32 : Indice de répartition des maladies professionnelles selon l'âge en Bretagne en 2008 – Référence France = 1



Source : MSA Bretagne Exploitation ORS Bretagne

Approche par type de maladie

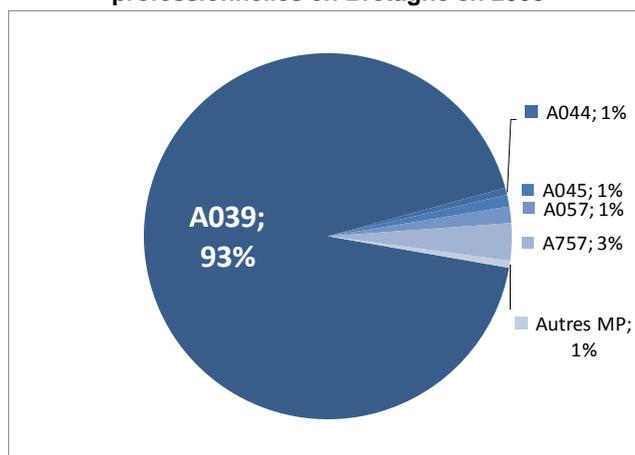
Large prédominance des affections péri-articulaires dues à des gestes et postures

En 2008 en Bretagne, les affections péri-articulaires dues à des gestes et postures représentent la 1^{ère} maladie professionnelle (MP) reconnue chez les salariés du régime agricole avec 449 MP soit 93% de l'ensemble des MP. Cette proportion est plus importante en Bretagne que celle relevée en France (87%). En 2nde position, les affections consécutives à la manipulation de charges lourdes représentent en Bretagne 3% de l'ensemble des MP ce qui correspond à 18 MP reconnues et indemnisées. Cette proportion est identique au niveau national. Pour toutes les autres MP, les effectifs correspondants sont inférieurs à 10, soit des proportions inférieures ou égales à 1%. A l'exception des affections consécutives aux vibrations (proportionnellement plus fréquentes en France que dans la région : 5% contre 1%), les autres MP se distribuent de façon comparable aux niveaux national et régional (graphiques 33 et 34).

Codes et libellés des principales MP chez les salariés du régime agricole

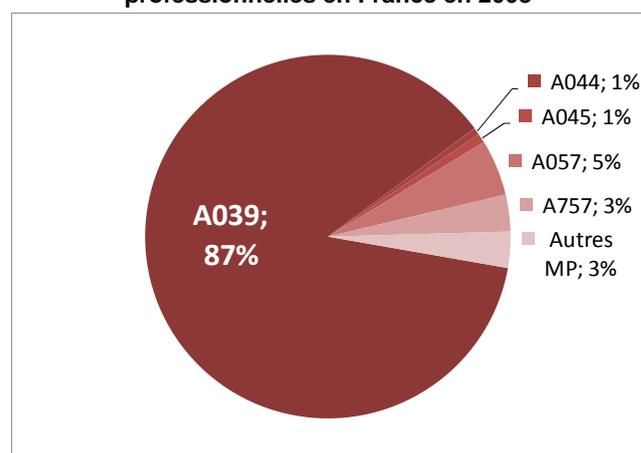
- A039 : Affections péri-articulaires dues à des gestes et postures
- A044 : Lésions eczématiformes de mécanisme allergique
- A045 : Affections respiratoires de mécanisme allergique
- A057 : Affections consécutives aux vibrations
- A757 : Affections consécutives à la manipulation de charges lourdes

Graphique 33 : Répartition en % des maladies professionnelles en Bretagne en 2008



Source : MSA Bretagne Exploitation ORS Bretagne

Graphique 34 : Répartition en % des maladies professionnelles en France en 2008



Source : MSA Bretagne Exploitation ORS Bretagne

Focus 6 : Les maladies professionnelles chez les élèves et apprentis du régime agricole en France

En 2007-2008, au total, 39 maladies professionnelles (MP) ont été reconnues chez des élèves (n=19) et apprentis (n=20) relevant du régime agricole en France. Comme pour l'ensemble des salariés du régime agricole, les affections péri-articulaires dues à des gestes et postures prédominent. Elles représentent 12 MP chez les élèves et 12 MP chez les apprentis.

Source : Diaporama MSA, « L'accidentologie des élèves et apprentis »

Approche par secteurs professionnels

La coopération : le secteur le plus touché par les maladies professionnelles, davantage en Bretagne qu'en France

En 2008, en Bretagne comme en France, le secteur de la coopération est le plus fréquemment touché par les maladies professionnelles avec l'indice de fréquence le plus élevé. Il est par contre environ deux fois plus élevé dans la région qu'en France (respectivement 10,13 MP pour 1 000 salariés contre 4,86 en France). Par ailleurs, en Bretagne, 3 secteurs d'activité se différencient fortement de la moyenne nationale en affichant des indices de fréquence nettement supérieurs à ceux observés au niveau national. Il s'agit :

- Des artisans avec 5,73 MP pour 1 000 salariés, soit une fréquence supérieure de +65% à celle observée en France,
- Des travaux agricoles avec 3,01 MP pour 1 000 salariés, soit une fréquence supérieure de +88%,
- De la culture et de l'élevage avec 2,07 MP pour 1 000 salariés, soit une fréquence supérieure de +45%.

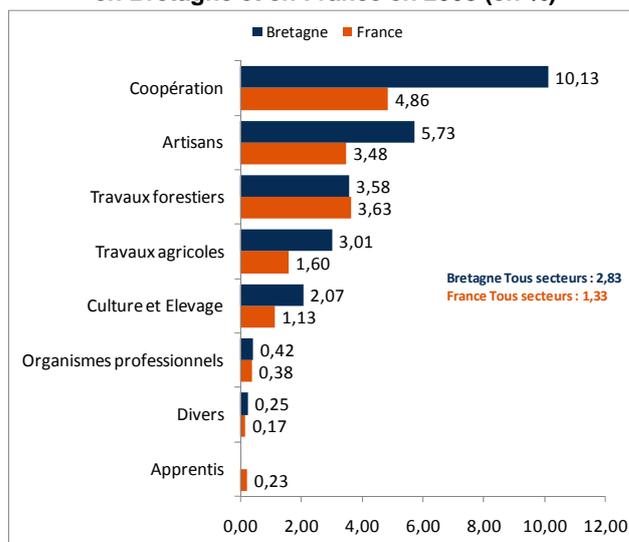
S'agissant des autres secteurs d'activité, la fréquence des MP en Bretagne est relativement proche de celle observée en France.

La Bretagne : des taux de gravité nettement plus élevés, notamment pour le secteur de la coopération

En 2008, à l'exception de 3 secteurs d'activité (Organismes professionnels, Apprentis et Divers), tous les autres secteurs d'activité affichent des taux de gravité nettement supérieurs à ceux observés au niveau national. Ainsi, en Bretagne comme en France si le secteur de la coopération arrive en 1^{ère} position des secteurs où le taux de gravité est le plus élevé, il est en région supérieur de +135% à celui observé au niveau national. Les travaux forestiers quant à eux, occupent la 2nde place et le taux de gravité breton est près de 2 fois supérieur à celui observé en France. Enfin, les secteurs de la culture et de l'élevage, des artisans et des travaux agricoles affichent des écarts variant d'un minimum de + 21% (travaux agricoles) à un maximum de + 55% (culture et élevage) avec les taux de gravité nationaux.

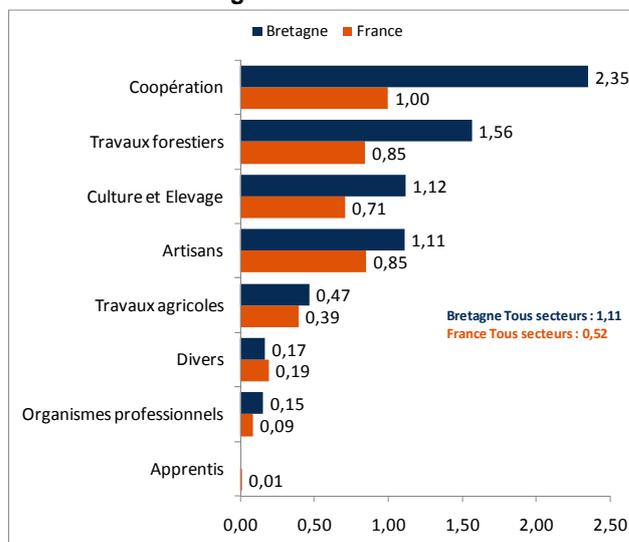
Au final, on peut remarquer que le secteur de la coopération est celui qui rassemble à la fois les indicateurs les plus défavorables et les écarts les plus importants avec le niveau français.

Graphique 35 : Indice de fréquence des maladies professionnelles selon les secteurs d'activité en Bretagne et en France en 2008 (en %)



Source : MSA Bretagne Exploitation ORS Bretagne

Graphique 36 : Taux de gravité des maladies professionnelles selon les secteurs d'activité en Bretagne et en France en 2008



Source : MSA Bretagne Exploitation ORS Bretagne

CONTEXTE ET OBJECTIFS

Le Réseau national de vigilance et de prévention des pathologies professionnelles (RNV3P) a été mis en place en 2001 et regroupe les données issues des Centres de consultation de pathologies professionnelles (CCPP) au nombre de 32 en France. Il a pour vocation de créer une base de données nationale concernant les pathologies professionnelles et environnementales. Les CCPP assurent de multiples missions dans le champ de la santé au travail contribuant ainsi à une meilleure connaissance et à la prévention des pathologies professionnelles. Ils offrent aux médecins quelle que soit leur appartenance « *un dispositif spécialisé de conseil et d'aide à la recherche de l'origine et de la cause professionnelles de pathologies constatées* ».

Dans ce cadre, les données issues du CCPP du CHU de Brest ont pu être prises en compte dans le diagnostic pour l'année 2009.

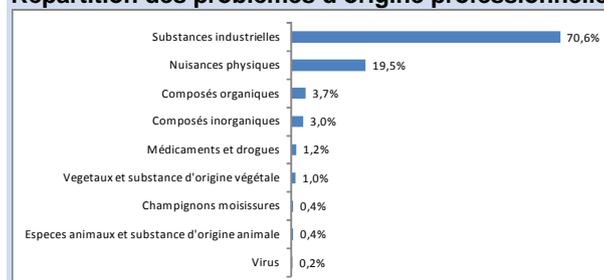
POPULATION CIBLE : Les patients adressés au CCPP par les médecins généralistes et spécialistes ou par les médecins du travail en 2009.

METHODE : Chaque consultation fait l'objet d'une saisie informatique la caractérisant.

PRINCIPAUX RESULTATS

- En 2009, le CCPP de Brest a réalisé un total de 916 consultations, générées par 851 patients, dont plus de la moitié sont venus pour la première fois.
- La population recensée est en majorité masculine (81 % des consultations concernent des hommes et 19 % des femmes). La moyenne d'âge est de 53 ans. Ils sont pour la plupart originaires du Finistère (724), ce qui paraît cohérent avec la localisation géographique du CCPP de Brest.
- La demande est dans 41,5 % des cas émise par un médecin du travail, suivis des médecins conseil (27 %). La pneumologie est la spécialité la plus sollicitée (536 consultations).
- En 2009, 848 problèmes ont été diagnostiqués dont 493 (58%) concernent des pathologies professionnelles. Les pathologies d'origine professionnelle les plus souvent rapportées par le CCPP de Brest sont par ordre décroissant, les plaques pleurales (53% des pathologies), les troubles anxieux (10%), les dermites irritantes de contact (5%) et les dermites allergiques de contact (4%).
- Les nuisances les plus fréquentes sont relatives aux substances d'origine industrielle avec 71% des problèmes diagnostiqués (dont 61% sont dus aux fibres inorganiques), suivies des nuisances physiques (20%), ces dernières renvoyant notamment à des facteurs organisationnels de l'entreprise (dans environ 15% des cas).

Répartition des problèmes d'origine professionnelle par nuisances principales



Sources : Rapport d'activité CCPP de Brest – Exploitation ORS Bretagne.

LIMITES

Ces éléments ne sont pas représentatifs des problèmes rencontrés par l'ensemble de la population salariée en Bretagne, ce qui n'est d'ailleurs pas leur vocation (du fait même de l'organisation du recrutement des consultants).

Par ailleurs, ces données ne concernent que le CCPP du CHU de Brest, les données issues du CCPP du CHU de Rennes n'ayant pu être prises en compte dans le cadre des contraintes calendaires liées à cette analyse à vocation régionale (à l'heure actuelle, les seules données disponibles concernent l'activité d'un CCPP en tant que tel ou l'activité agrégée des 32 CCPP gérée par le RNV3P).

PERSPECTIVES

La possibilité d'agrèger les données du CCPP des CHU de Brest et de Rennes constitue une perspective à prendre en compte (avec comparaison possible aux données agrégées des 32 CCPP), notamment et du fait de l'harmonisation des thesaurus entre chaque CCPP avec possibilité de suivi longitudinal.

Cette possibilité pourrait être exploitée (au-delà du suivi longitudinal), dans le cadre de la mise en œuvre d'un système de veille et d'alerte, notamment par exemple concernant les risques émergents.

²⁶ Centre de consultations de pathologies environnementales et professionnelles (UF 31-17) – CHU de Brest – Service de santé au travail et de maladies liées à l'environnement. Rapport d'activité – année 2009.

FOCUS 8 : Les maladies à caractère professionnel (MCP)

CONTEXTE ET OBJECTIFS

Les MCP concernent toutes les maladies dont l'origine professionnelle est vraisemblable, mais qui n'entrent pas dans le cadre juridique strictement défini des tableaux de réparation. Leur signalement, anonyme, doit servir à la veille sanitaire et déboucher, le cas échéant, sur la modification ou la création de tableaux de MP.

L'article L.451-6 du code de la sécurité sociale impose à tout médecin de signaler tout symptôme ou maladie qu'il estime être, à son avis, en relation avec une activité professionnelle. Ce signalement permet une vigilance sur les pathologies émergentes et les secteurs d'activité concernés.

POPULATION CIBLE : Les salariés des régimes général et agricole.

METHODOLOGIE

L'évaluation des MCP repose sur le signalement à l'inspection médicale régionale du travail des symptômes ou maladies apparaissant en milieu de travail, par un professionnel de santé.

PRINCIPAUX RESULTATS

Entre 2005 et 2009, au total 366 signalements ont été enregistrés et signalés par 108 médecins (des régimes général et agricole ; médecins libéraux ; des centres de consultation de pathologies professionnelles...) à l'inspection médicale en Bretagne. En tendance et sur la période, le nombre de MCP signalées décroît passant d'un maximum de 156 MCP signalées en 2005 à 50 en 2009.

On peut aussi remarquer que dans le cadre de ce faible nombre de MCP signalées, la répartition entre les 4 départements bretons est très inégale (environ la moitié des signalements sur la période concerne l'Ille-et-Vilaine, département pourtant dans la situation la moins défavorable vis-à-vis des indicateurs témoins du niveau de reconnaissance des maladies professionnelles : voir à ce propos les pages précédentes. A l'opposé, les Côtes d'Armor ne regroupent que 3% des signalements sur la période).

Parmi les pathologies signalées, la souffrance psychique (41% des signalements) et les troubles musculo-squelettiques (TMS) (36%) en sont les principales.

LIMITES

L'obligation réglementaire faite à tout médecin de signaler une MCP ne se traduit pas dans la réalité par une pratique partagée. Un manque d'information et de sensibilisation (notamment auprès des médecins libéraux alors que l'ensemble du corps médical est concerné par cette faible adhésion), un manque de motivation, voire de disponibilité et de compréhension des enjeux font probablement partie des éléments qui impactent sur le niveau de signalement. Le faible niveau de signalement ajouté à la diminution importante des signalements entre 2005 et 2009 sont les témoins de ce manque d'adhésion.

PERSPECTIVE

Les MCP constituent un outil à fort potentiel, notamment pour la veille sanitaire en complément des tableaux de reconnaissance. L'organisation d'une démarche plus structurée (via une campagne de sensibilisation auprès des médecins ou via l'adhésion de la région au programme inter-régional des quinzaines MCP) pourrait être envisagée.

5.2 Les Accidents du Travail (AT)

Chiffres-clés en Bretagne en 2008

	Régime général	MSA
Nombre de salariés	843 585	170 691
Nombre d'accidents du travail avec arrêt (AT)	37 130	3 669
Indice de fréquence	45,9	21,49
Taux de gravité	1,40	1,67

Définition de l'accident du travail

« Est considéré comme accident du travail, quelle qu'en soit la cause, l'accident survenu par le fait ou à l'occasion du travail à toute personne salariée ou travaillant, à quelque titre ou en quelque lieu que ce soit, pour un ou plusieurs employeurs ou chefs d'entreprise. »

Extrait Article L411-1 du Code de la Sécurité Sociale

L'estimation de la sous-déclaration des accidents du travail cf. Focus 1 page 7

Les principaux éléments du rapport de la DIRICQ déjà évoqués dans le focus n° 1 révèlent une sous-déclaration estimée à environ 5% de l'ensemble des accidents avec arrêt. Par contre cette estimation ne permet pas de différencier les accidents selon leur niveau de gravité ni selon les conséquences potentielles sur les incapacités qu'ils peuvent engendrer.



Suite à la première présentation des résultats au cours du comité de suivi du diagnostic du 4 octobre 2010, une partie des chiffres régionaux (indice de fréquence et taux de gravité globaux) se sont avérés erronés pour le régime général uniquement. Les chiffres corrigés et adressés par la suite par la Carsat n'ont concerné que les données régionales qui ont été élaborées à partir de méthodes précisées au fur et à mesure des chapitres concernés. Même si au final les écarts selon les méthodes de calcul sont peu différenciés, ceci explique l'impossibilité de mettre en miroir les chiffres régionaux et les chiffres départementaux présentés dans les graphiques ci-après.

5.2.1 Les accidents du travail avec arrêt (AT) chez les salariés du régime général

La Bretagne : une plus grande fréquence des accidents du travail avec arrêt...

En 2008, les statistiques d'accidents du travail avec arrêt traduisent une situation défavorable de la région avec 37 130 AT avec arrêt recensés dans la région, soit un indice de fréquence des AT avec arrêt supérieur de +21% à la moyenne française (respectivement 45,9 AT avec arrêt pour 1 000 salariés contre 38,0 en France).

...qui se confirme dans tous les départements mais qui occulte des situations départementales contrastées

En 2008, dans les 4 départements bretons, l'indice de fréquence des AT avec arrêt est supérieur à la moyenne nationale. Toutefois, des disparités se dégagent selon les départements. Le Finistère et les Côtes d'Armor présentent la situation la plus défavorable avec les indices les plus élevés, supérieurs de +32% à l'indice le plus faible détenu par le département d'Ille-et-Vilaine dont la situation à l'image de celle du Morbihan, est relativement proche de la moyenne nationale.

Une tendance régionale et nationale à la baisse...

Sur la période 2002-2008, bien que la Bretagne soit toujours en situation défavorable vis-à-vis de la France, la tendance générale est malgré tout à la baisse : -14% en Bretagne et -12% en France sur la période.

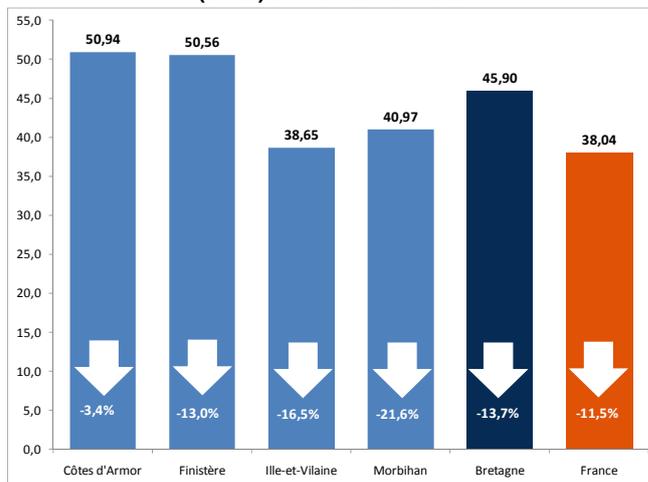
Par ailleurs, l'écart entre la Bretagne et la France s'est légèrement réduit puisqu'en 2002, l'indice de fréquence des AT bretons était supérieur de +24% à la moyenne nationale contre +21% en 2008.

...plus ou moins marquée selon les départements

Globalement, la tendance observée au niveau régional et national se retrouve dans les 4 départements bretons. En effet, entre 2002 et 2008, l'indice de fréquence des AT avec arrêt est partout en diminution mais cette baisse est plus ou moins marquée selon les départements. Le Finistère et les Côtes d'Armor sont les 2 départements qui profitent le moins de cette diminution (respectivement -13% et -3%) malgré le fait qu'ils présentent les situations départementales les plus défavorables. L'Ille-et-Vilaine et le Morbihan affichent quant à eux sur la période une baisse de -17% et -22%.

Les indices de fréquence pour les départements bretons ont été calculés pour les salariés travaillant dans des établissements domiciliés en Bretagne tandis que l'indice de fréquence régional a été calculé pour les salariés que leurs entreprises soient ou non domiciliés dans la région.

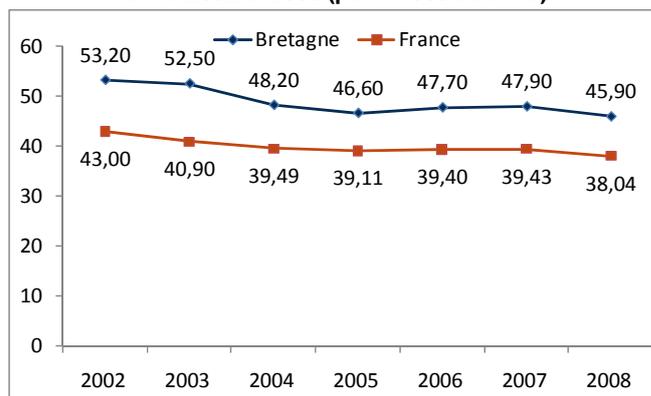
Graphique 37 : Indice de fréquence d'accidents du travail avec arrêt en 2008 (pour 1 000 salariés) et taux de variation (en %) entre 2002 et 2008



Source : Carsat Bretagne

Exploitation ORS Bretagne

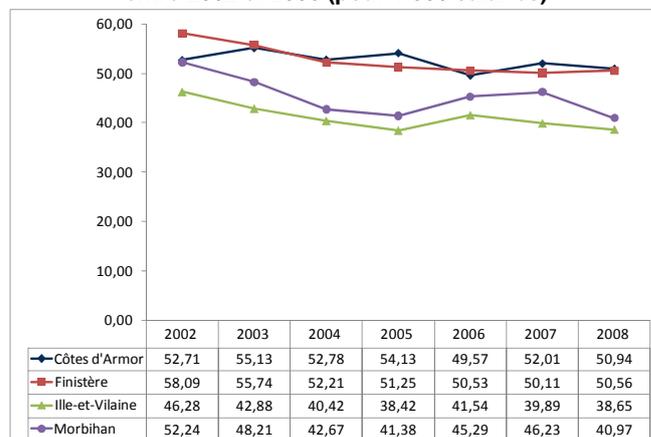
Graphique 38 : Indice de fréquence des accidents du travail avec arrêt en Bretagne et en France entre 2002 et 2008 (pour 1 000 salariés)



Source : Carsat Bretagne

Exploitation ORS Bretagne

Graphique 39 : Indice de fréquence des accidents du travail avec arrêt selon les départements bretons entre 2002 et 2008 (pour 1 000 salariés)



Source : Carsat Bretagne

Exploitation ORS Bretagne

En 2008, une part des accidents du travail avec incapacité permanente inférieure en Bretagne...

En 2008, parmi les 37 130 accidents du travail avec arrêt recensés en Bretagne au sein du régime général, 1 639 ont entraîné une incapacité permanente (IP), soit une proportion de 4,4% inférieure à celle observée en France (6,3%).

...se traduisant par une situation départementale relativement homogène

La proportion d'AT avec IP varie peu selon les départements avec une variabilité inférieure à 1% entre le maximum (Morbihan) et le minimum (Côtes d'Armor).

Une diminution de la proportion des accidents du travail avec incapacité permanente depuis 2005 au niveau régional comme en France

En Bretagne comme en France, la proportion d'AT avec IP a augmenté jusqu'en 2005 avant de diminuer par la suite. Les courbes régionales et nationales sont de fait quasiment parallèles traduisant des tendances évolutives similaires en Bretagne et en France.

La Bretagne et ses départements en situation favorable avec des accidents du travail moins fréquemment responsables d'incapacité permanente qu'en France

En 2008, la situation bretonne apparaît plus favorable que celle observée en France. L'indice de fréquence (indicateur indirect de la gravité des accidents du travail) atteint en effet 1,95 en Bretagne contre 2,38 en France. La situation des départements est aussi plus favorable que la situation française. Toutefois, des disparités existent au niveau départemental. Ainsi, l'Ille-et-Vilaine est le département le moins concerné avec l'indice de fréquence le plus faible (1,64 pour 1 000 salariés) suivi par les Côtes d'Armor et le Morbihan qui affichent une situation intermédiaire proche de la moyenne régionale. Le Finistère quant à lui occupe la situation la plus défavorable de la région avec l'indice de fréquence le plus élevé (2,27 pour 1 000 salariés), supérieur de +38% à celui de l'Ille-et-Vilaine. Enfin, s'agissant des AT entraînant une incapacité supérieure à 10%, la Bretagne et les 4 départements affichent également une fréquence inférieure à celle de la France.

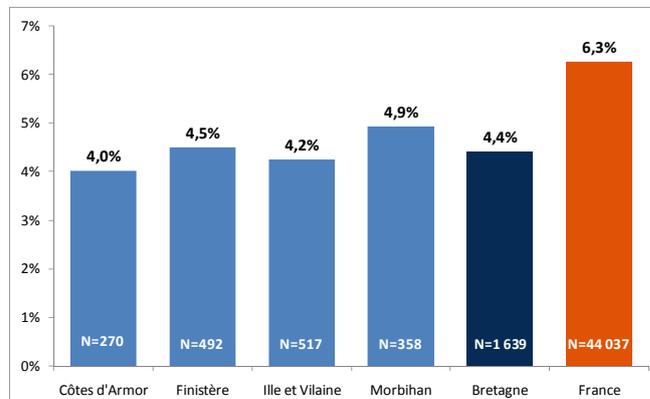
Des décès en proportion moins fréquents en Bretagne qu'en France

En 2008, 22 décès ont été recensés en Bretagne suite à un accident du travail, soit 6 décès pour 10 000 AT, proportion inférieure à celle enregistrée en France (8 décès pour 10 000 AT). Toutefois, ces données doivent être interprétées avec une relative prudence du fait de la faiblesse des effectifs et des règles de gestion impliquant la comptabilisation d'un décès l'année de son imputation et non pas l'année de sa survenue (en 2009, au niveau national, 23% des décès ont eu lieu l'année précédant l'année d'imputation)²⁷.

²⁷ Rapport de gestion de l'Assurance maladie – Risques professionnels, données nationales AT-MP issues des bases annuelles SGE TAPR sur les 9 Comités Techniques Nationaux, non compris : bureaux et sièges sociaux et autres catégories particulières, année 2009.

Les nombres, parts et indices de fréquence des accidents du travail avec IP ont été calculés pour les salariés travaillant dans des établissements domiciliés en Bretagne.

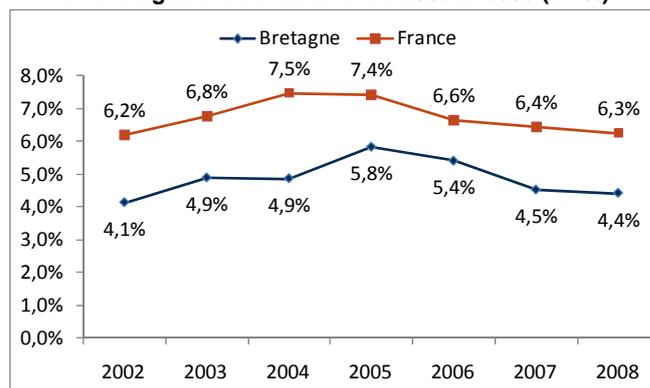
Graphique 40 : Nombre et part (en %) des accidents du travail avec incapacité permanente parmi l'ensemble des accidents du travail en 2008



Source : Carsat Bretagne

Exploitation ORS Bretagne

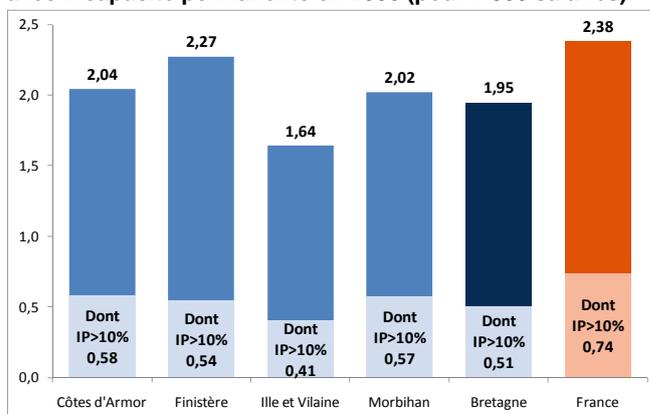
Graphique 41 : Evolution de la part des accidents du travail avec incapacité parmi l'ensemble des accidents du travail en Bretagne et en France entre 2002 et 2008 (en %)



Source : Carsat Bretagne

Exploitation ORS Bretagne

Graphique 42 : Indice de fréquence des accidents du travail avec incapacité permanente en 2008 (pour 1 000 salariés)



Source : Carsat Bretagne

Exploitation ORS Bretagne

Les taux de gravité pour les départements bretons ont été calculés pour les salariés travaillant dans des établissements domiciliés en Bretagne tandis que le taux de gravité régional a été calculé pour les salariés, que leurs entreprises soient ou non domiciliées dans la région.

En Bretagne : un taux de gravité des accidents du travail plus élevé qu'en France

En 2008, le taux de gravité des accidents du travail (AT) en Bretagne est supérieur de +7% à la moyenne nationale (respectivement 1,4 journée perdue pour 1 000 heures travaillées contre 1,31 en France).

De fortes disparités selon les départements

En 2008, l'Ille-et-Vilaine (suivi de près par le Morbihan) affiche la situation la plus favorable avec le taux le plus faible (1,03 journée perdue pour 1 000 heures travaillées). À l'opposé, le Finistère présente la situation la plus défavorable (1,40) avec un taux supérieur de +36% à celui de l'Ille-et-Vilaine. Les Côtes d'Armor occupent pour leur part une situation intermédiaire proche de la moyenne nationale.

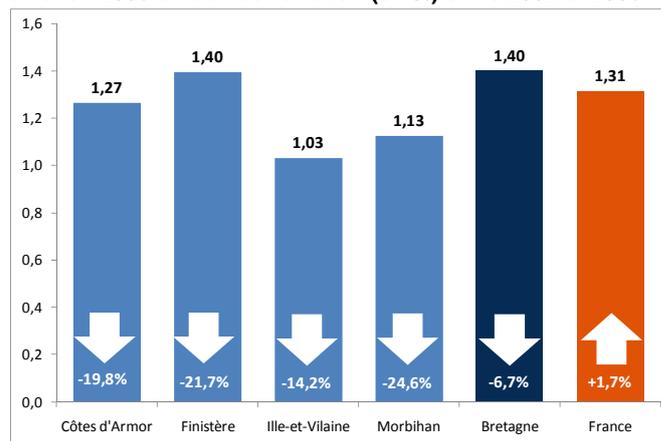
Une légère tendance à la baisse au niveau régional et une quasi-stagnation en France

Globalement, entre 2002 et 2008, les taux de gravité, toujours supérieurs en Bretagne, ont diminué dans la région tandis qu'en France, ils accusent une légère augmentation (- 6,7% contre + 1,7%).

Une tendance à la baisse observable dans les 4 départements

Globalement, les taux de gravité ont diminué entre 2002 et 2008 dans les 4 départements bretons. Le Morbihan présente la baisse la plus forte (-24,6%) suivi de près par le Finistère (-21,7%) puis les Côtes d'Armor (-19,8%) et enfin l'Ille-et-Vilaine avec -14,2%. Toutefois, au fil du temps, les évolutions ont été contrastées selon les départements. Les Côtes d'Armor affichent une tendance continue à la baisse sur l'ensemble de la période 2002-2008, présentant pour la première fois un niveau inférieur à la moyenne nationale en 2008. Bien qu'affichant une forte baisse jusqu'en 2006, la situation du Finistère se stabilise ensuite et reste en position défavorable par rapport à la moyenne nationale. Dans le Morbihan, après une tendance à la hausse entre 2004 et 2007, le taux de gravité diminue fortement en 2008, le plaçant dans une situation plus favorable que la moyenne nationale. Avec les taux de gravité les plus faibles de la région sur l'ensemble de la période 2002-2008, l'Ille-et-Vilaine affiche parallèlement la baisse la moins importante (-14,2%).

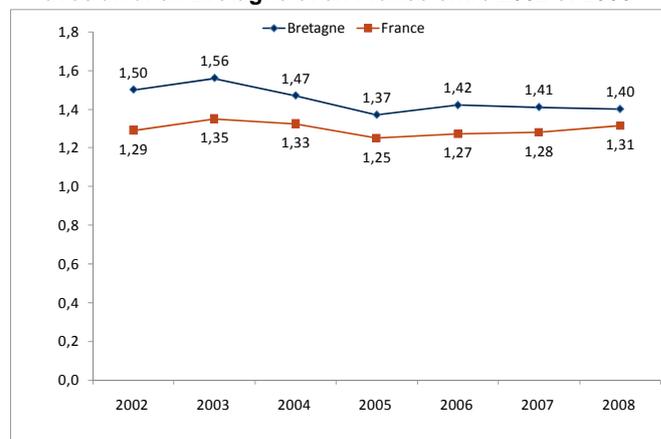
Graphique 43 : Taux de gravité des accidents de travail avec arrêt en 2008 et taux de variation (en %) entre 2002 et 2008



Source : Carsat Bretagne

Exploitation ORS Bretagne

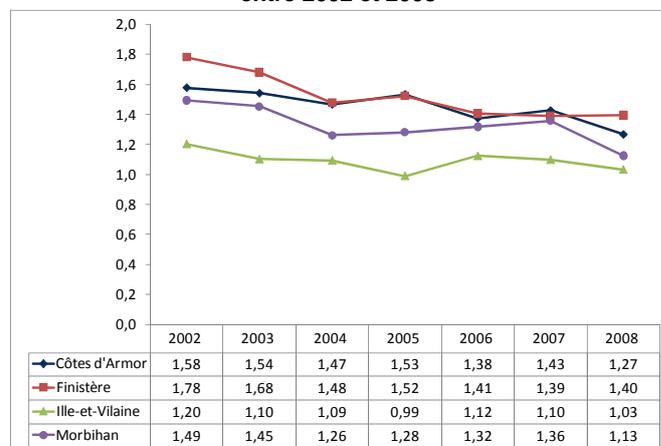
Graphique 44 : Taux de gravité des accidents de travail (AT) avec arrêt en Bretagne et en France entre 2002 et 2008



Source : Carsat Bretagne

Exploitation ORS Bretagne

Graphique 45 : Taux de gravité des accidents de travail (AT) avec arrêt selon les départements bretons entre 2002 et 2008



Source : Carsat Bretagne

Exploitation ORS Bretagne

Approche par sexe, par âge et par ancienneté

Les résultats qui suivent doivent être interprétés avec prudence : en l'absence de données sur les effectifs de salariés par sexe, par âge et par ancienneté, les taux n'ont pu être calculés.

Une prédominance masculine des accidents du travail

En 2008, en Bretagne, 73% des AT avec arrêt ont concerné des hommes, soit une large prédominance masculine. En Bretagne comme en France, les hommes sont en effet surreprésentés dans les AT avec arrêt ce qui paraît cohérent avec leur surreprésentation dans les secteurs d'activité les plus accidentogènes.

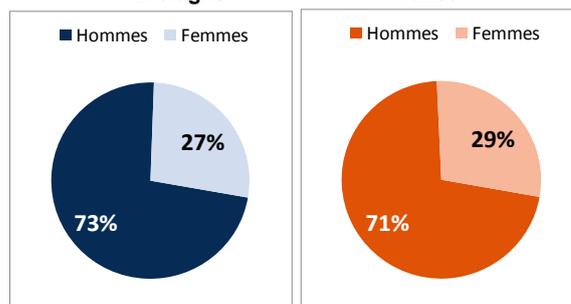
Une prédominance des accidents du travail aux âges où les taux d'activité sont les plus élevés

En 2008, logiquement, la tranche d'âge des 25-49 ans regroupe le plus grand nombre d'accidents de travail avec arrêt, soit près des deux tiers en Bretagne comme en France. Ceci paraît cohérent d'une part avec l'étendue plus importante de cette tranche d'âge, d'autre part avec les taux d'activité qui sont plus élevés chez les 25-49 ans.

Plus du tiers des accidents concernent des nouveaux embauchés

Les personnes recrutées depuis moins d'un an représentent en effet 35% de l'ensemble des accidents du travail.

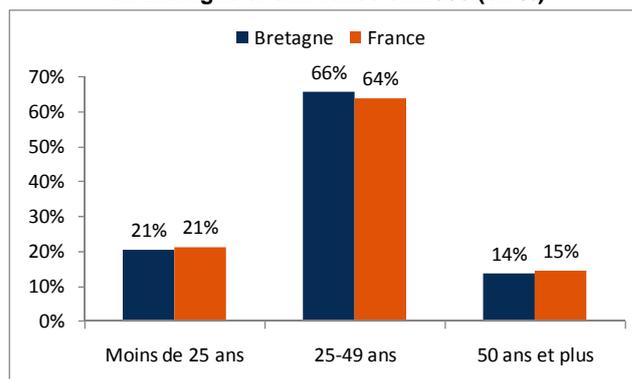
Graphique 46 : Répartition des AT avec arrêt selon le sexe en Bretagne et en France en 2008 (en %)



Source : Carsat Bretagne

Exploitation ORS Bretagne

Graphique 47 : Répartition des AT avec arrêt selon l'âge en Bretagne et en France en 2008 (en %)



Source : Carsat Bretagne

Exploitation ORS Bretagne

FOCUS 9: La sinistralité des jeunes salariés du régime général en Bretagne

CONTEXTE ET OBJECTIFS

En Bretagne, on estime que 15 à 20 000 jeunes entrent sur le marché du travail par an. Ces derniers constituent une population à risque en termes de sinistralité, notamment du fait de leur manque d'expérience, d'une méconnaissance de leur environnement professionnel ainsi que d'une sensibilisation insuffisante à la prévention, voire d'un niveau de précarité élevé de leurs emplois. Selon la CNAMTS, les salariés âgés de moins de 26 ans ont deux fois plus de risque d'avoir un accident de travail que le reste de la population active.

Une étude réalisée par la Carsat de Bretagne en 2007 regroupant les données de l'Insee et la base régionale SGE-TAPR a été réalisée, permettant l'évaluation et la quantification de la sinistralité de ces jeunes salariés (moins de 26 ans).

POPULATION CIBLE

L'étude porte sur les jeunes salariés (moins de 26 ans) relevant du régime général de la sécurité sociale en 2005.

METHODOLOGIE

La base de données issue du réseau prévention des CRAM et de la CNAMTS a été exploitée. Elle contient des données relatives notamment aux accidents du travail (AT) et aux accidents de trajets, l'ensemble étant ventilé par tranches d'âge. Par rapprochement des données Insee relatives à la répartition des populations salariées par tranches d'âge et par codes Naf, une comparaison a pu être effectuée concernant la sinistralité des jeunes de moins de 26 ans au reste de la population salariée.

PRINCIPAUX RESULTATS

Le nombre de salariés affiliés au régime général en Bretagne s'élève en 2005 à près de 840 000 personnes, dont 11,5 % sont âgés de 25 ans et moins. La part des jeunes salariés victimes d'un AT avec arrêt atteint 22% ce qui correspond à

un indice de fréquence de 84,3‰, contre 46,6‰ pour l'ensemble de la population active. Ce constat d'un indice de fréquence plus élevé se vérifie quel que soit le Comité technique national (CTN) considéré. Toutefois, les 2 secteurs les plus accidentogènes chez les jeunes sont le secteur du BTP et le secteur du travail temporaire et des activités de service II avec 126 AT avec arrêt pour 1 000 salariés âgés de moins de 26 ans.

Accidents du travail (AT) en Bretagne en 2005

	25 ans et moins		26 ans et plus	
	Nombre	%	Nombre	%
Salariés	96399	12%	740589	89%
AT avec arrêt	7872	22%	28471	78%
Dont				
AT graves (avec IP)	165	8%	1929	92%
Décès	2	8%	23	92%

Source : Carsat Bretagne, données 2005.

Enfin, on observe une surexposition des jeunes au risque trajet, l'indice de fréquence accident de trajet de ces derniers est de 11,4 ‰, soit plus de 3 fois supérieur à celui de l'ensemble de la population salariée (3,5 ‰).

LIMITES

Dans le cadre d'un regard posé sur l'ensemble de la population des jeunes salariés, la principale limite de l'étude concerne sa restriction au seul champ du régime général.

PERSPECTIVES

Selon les conclusions mêmes de l'étude, ces premiers résultats appellent une deuxième phase d'étude qui ciblerait davantage les jeunes salariés intérimaires et ceux du secteur de la construction dans une perspective de suivi des travaux nationaux en cours dans le cadre des champs coordonnés de prévention. Par ailleurs, il apparaît nécessaire d'envisager les moyens de pouvoir estimer la sinistralité des jeunes salariés en ne se limitant pas au seul champ du régime général.

Approche par branche d'activité (CTN)

Les résultats qui suivent reposent sur le nombre d'AT avec arrêt pour l'ensemble des salariés, quelle que soit la domiciliation de leur entreprise et selon les branches d'activités telles que définies par les Comités techniques nationaux (CTN) hors CTN Z.

Près de deux tiers des accidents du travail avec arrêt concernent des salariés du BTP, du secteur alimentation et des activités de service II et travail temporaire

Bien que représentant moins de la moitié des salariés du régime général, le Bâtiment et les travaux publics (BTP), le secteur alimentation et le secteur des services II – travail temporaire comptent le plus grand nombre d'AT avec arrêt, soit 63% de l'ensemble des AT en Bretagne. A l'inverse, le secteur des activités de services I (Banque, assurance, recherche, éducation et administration) avec 19% des salariés bretons du régime général ne représentent que 5% des AT avec arrêt (soit 1 766 AT).

Le BTP : le secteur proportionnellement le plus touché par les accidents du travail

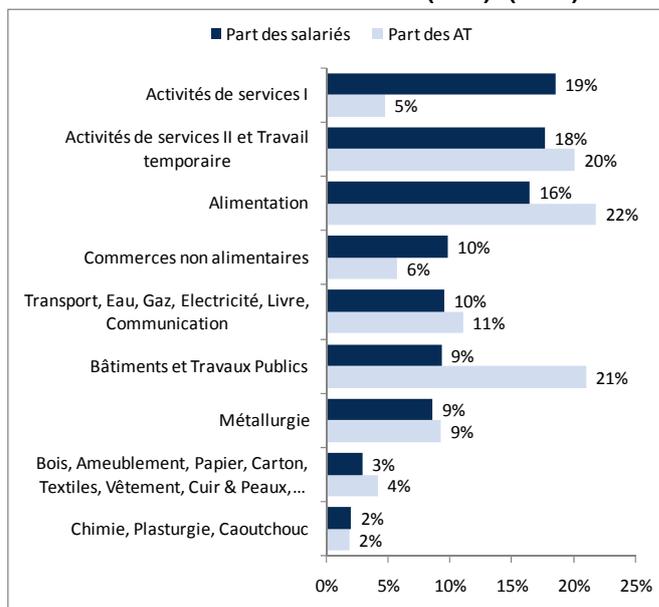
En 2008, en Bretagne, le risque d'AT avec arrêt varie très fortement selon la branche d'activité. Le Bâtiment et les travaux publics se classe à la première place des secteurs les plus accidentogènes avec un indice de fréquence de 99 AT pour 1 000 salariés. Les industries du bois, ameublement, papier carton, textiles, vêtements, cuir et peaux, pierres et terres à feu arrivent en deuxième position avec 63 AT pour 1 000 salariés. A l'exclusion de la catégorie Autres, le secteur des banques, assurances, administration (services I) présentent la fréquence des AT la plus faible avec un taux de 11 AT pour 1 000 salariés, soit un risque près de 9 fois inférieur à celui observé dans le secteur du Bâtiment et des travaux publics.

La Bretagne : Une plus grande fréquence des accidents du travail dans tous les secteurs d'activité

Tous les secteurs d'activité en Bretagne présentent des indices de fréquence des AT supérieurs à ceux observés en France. Les quatre secteurs qui affichent les écarts les plus importants avec la moyenne nationale sont :

- le secteur de la chimie, de la plasturgie et du caoutchouc avec une fréquence des AT supérieure de +43%,
- les secteurs du BTP et de la métallurgie : +31%,
- le secteur du « Bois, ameublement, papier-carton, textile, cuirs et peaux,... » avec +28%.

Graphique 48 : Répartition en Bretagne en 2008 des salariés et des accidents du travail avec arrêt selon les branches d'activité (CTN)* (en %)



Source : Carsat Bretagne Exploitation ORS Bretagne
*Triée par ordre de fréquence décroissant (non compris la CTN Z)

Graphique 49 : Indice de fréquence des accidents du travail avec arrêt selon la branche d'activité en Bretagne en 2008 (pour 1000 salariés)*



Sources : Carsat Bretagne et CNAMTS (statistiques nationales technologiques AT-MP) – 2009, Exploitation ORS Bretagne
*Trié par ordre de fréquence décroissant (non compris la CTN Z)

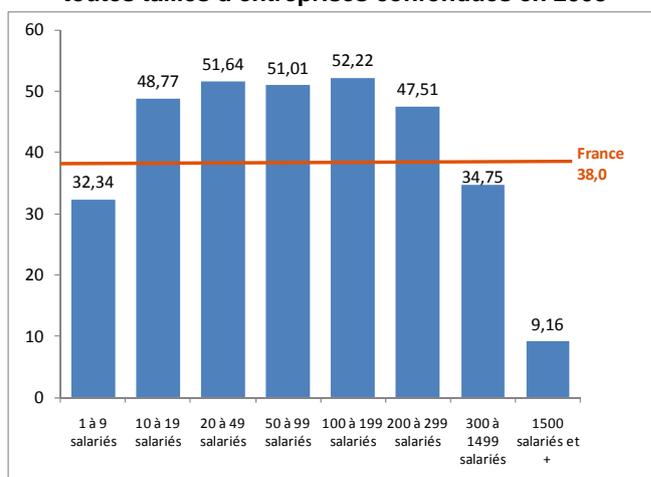
Approche par taille d'établissements et par zone d'emploi

Les indicateurs selon la taille des entreprises et selon les zones d'emploi ont été calculés sur l'ensemble des accidents du travail avec arrêt pour les salariés travaillant dans des établissements domiciliés en Bretagne.

Une plus grande fréquence des accidents du travail dans les entreprises de taille « moyenne »

En 2008, comparativement au niveau de l'accidentologie observé en France (concernant l'ensemble des entreprises quelle que soit leur taille), on observe une fréquence plus élevée des accidents du travail dans les entreprises ayant entre 10 et 299 salariés. A l'inverse, les entreprises de moins de 10 salariés et celles de plus de 300 salariés sont en situation plus favorable, particulièrement les très grandes entreprises de 1 500 salariés ou plus qui présentent un indice de fréquence (9,16) plus de 5 fois inférieur à celui observé dans les entreprises ayant entre 100 et 199 salariés (52,22).

Graphique 50 : Indice de fréquence des accidents de travail avec arrêt selon la taille de l'entreprise en Bretagne et niveau national de l'indice de fréquence toutes tailles d'entreprises confondues en 2008



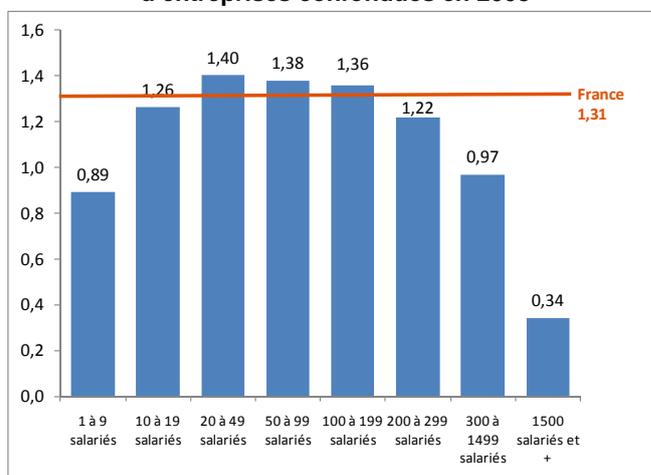
Source : Carsat Bretagne

Exploitation ORS Bretagne

Un taux de gravité proportionnellement plus élevé dans les entreprises ayant entre 20 et 199 salariés

En 2008, comparativement au niveau du taux de gravité en France (concernant l'ensemble des entreprises quelle que soit leur taille), les entreprises comprenant entre 20 et 199 salariés présentent des taux plus élevés. A l'opposé, les entreprises de moins de 20 salariés et celles de 200 salariés ou plus affichent des taux de gravité inférieurs au taux moyen national, particulièrement les très grandes entreprises de 1 500 salariés ou plus avec un taux plus de 4 fois inférieur à celui-ci. Par ailleurs, le taux de gravité selon la taille des entreprises semble corrélé à l'indice de fréquence des accidents de travail puisque selon la taille, les entreprises les plus accidentogènes sont également celles pour lesquelles le taux de gravité est le plus élevé.

Graphique 51 : Taux de gravité des accidents du travail avec arrêt selon la taille de l'entreprise en Bretagne et niveau national du taux de gravité toutes tailles d'entreprises confondues en 2008



Source : Carsat Bretagne

Exploitation ORS Bretagne

Les zones d'emploi en Bretagne



Ce découpage est basé sur le critère d'attraction maximale entre communes de résidence et communes de travail. Les 18 zones ainsi constituées expriment d'une certaine façon les espaces de vie et de circulation de la population et constitue une partition du territoire adaptée aux études locales sur l'emploi et son environnement.

Le tableau de bord des zones d'emploi de Bretagne a été réactualisé par l'Insee au mois d'octobre 2010, il permet de disposer de données de référence les plus récentes sur plusieurs thèmes : chiffres-clés, emploi salarié, chômage et marché du travail, appareil productif et démographie des entreprises.

Cette publication est disponible en ligne sur le site de l'Insee à l'adresse suivante :

http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?reg_id=2&ref_id=16267

Les accidents du travail avec arrêt dans les zones d'emploi

En 2008, les trois zones d'emploi où la fréquence des AT avec arrêt est la plus élevée sont :

- Carhaix avec 59,61 AT avec arrêt pour 1 000 salariés,
- Morlaix (57,86),
- Guingamp (54,21).

A l'opposé, deux zones d'emploi sont relativement épargnées avec une fréquence des AT avec arrêt inférieure à la moyenne nationale, il s'agit de :

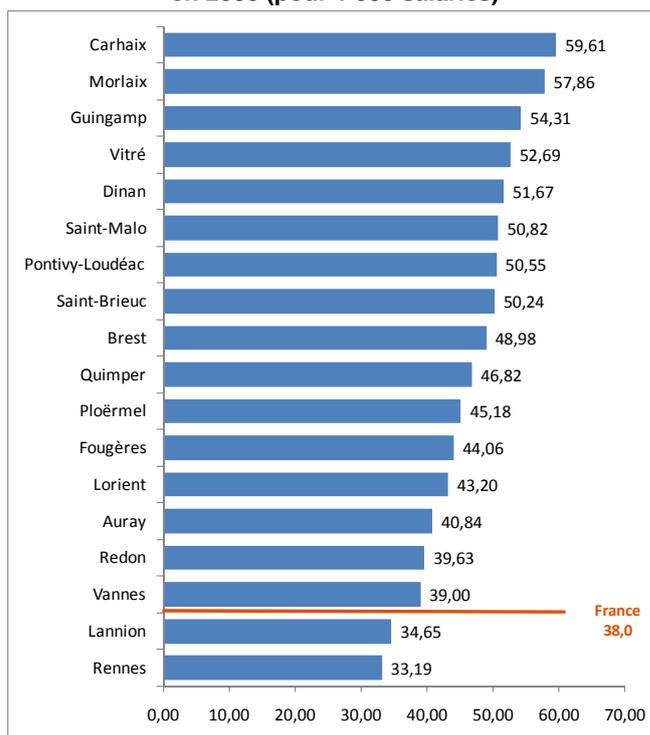
- Lannion (34,65),
- Rennes (33,19).

On peut aussi remarquer l'importance de l'écart entre la zone d'emploi en situation la plus favorable (Rennes) et celle en situation la plus défavorable (Carhaix) : +80%.

L'analyse des zones d'emploi selon le taux de gravité confirme le constat précédent réalisé sur la fréquence des AT et met en évidence les mêmes secteurs comme étant soit les plus épargnés, soit les plus concernés.

Au final, on peut constater que les zones d'emploi les plus accidentogènes sont aussi celles où la gravité des accidents est la plus élevée (indicateur indirect).

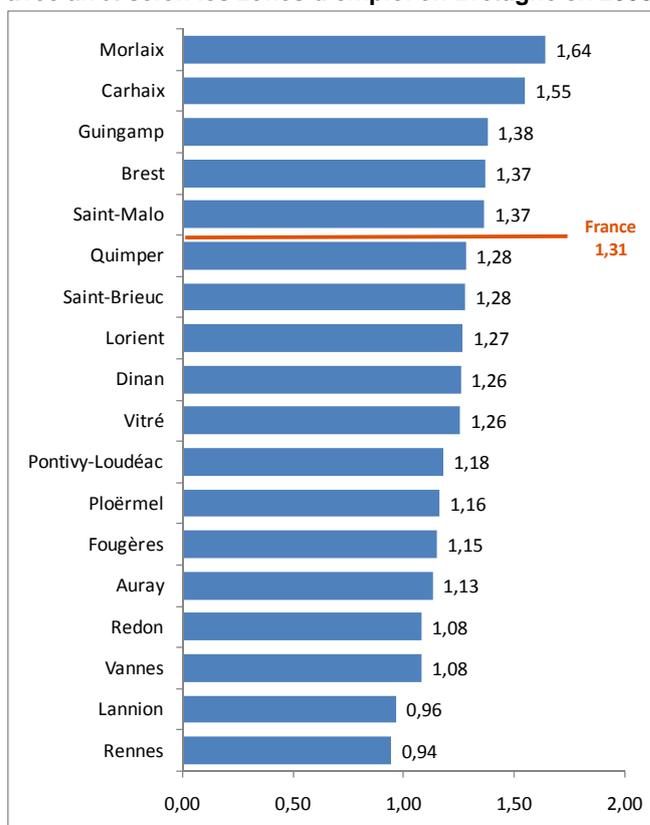
Graphique 52 : Indice de fréquence des accidents du travail avec arrêt selon les zones d'emploi en Bretagne en 2008 (pour 1 000 salariés)



Source : Carsat Bretagne

Exploitation ORS Bretagne

Graphique 53 : Taux de gravité des accidents du travail avec arrêt selon les zones d'emploi en Bretagne en 2008



Source : Carsat Bretagne

Exploitation ORS Bretagne

5.2.2 Les accidents du travail (AT) chez les salariés du régime agricole

Une situation légèrement défavorable en Bretagne...

En 2008, les statistiques d'accidents du travail avec arrêt du régime agricole témoignent d'une situation légèrement défavorable de la Bretagne (3 669 AT avec arrêt recensés), soit un indice de fréquence des AT supérieur de +11% à la moyenne nationale.

...masquant de fortes disparités selon les départements

En 2008, l'indice de fréquence varie fortement selon les départements bretons. Le Morbihan occupe la position la plus favorable avec l'indice le plus faible (18,1 AT avec arrêt pour 1 000 salariés), inférieur à la moyenne nationale. Le Finistère et l'Ille-et-Vilaine affichent une situation intermédiaire avec des taux proches ou inférieurs à la moyenne régionale. Enfin, les Côtes d'Armor présentent la situation la plus défavorable avec un taux supérieur de +49% à celui du Morbihan.

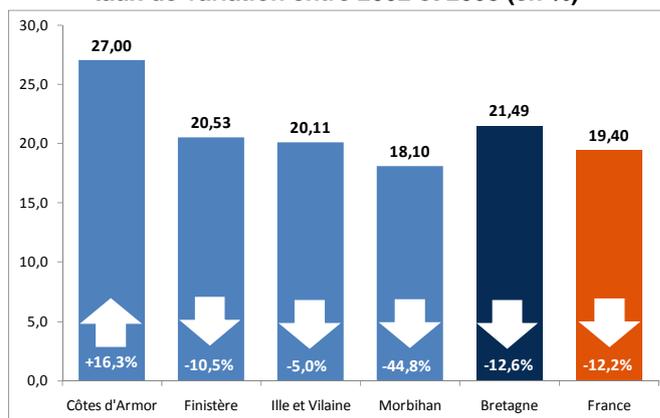
Globalement, une tendance régionale et nationale à la baisse...

Sur l'ensemble de la période 2000-2008, la Bretagne présente une situation défavorable par rapport à la moyenne nationale avec un indice de fréquence toujours supérieur à celui de la France (+11% en 2008). Parallèlement et sur la période, la baisse des taux est équivalente en Bretagne et en France (respectivement -13% et -12%). Toutefois, la diminution s'est accélérée en Bretagne à partir de 2004 entraînant une réduction significative de l'écart avec la moyenne nationale, notamment entre 2004 et 2006.

...Observée à des niveaux différents dans tous les départements à l'exception des Côtes d'Armor

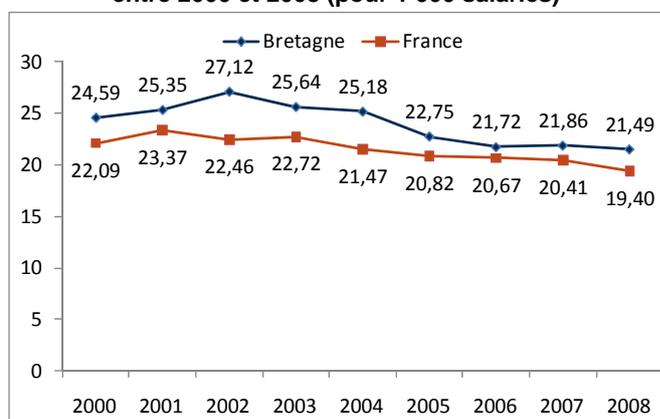
Alors que le département des Côtes d'Armor affiche la situation la plus défavorable de la région depuis 2004, il est aussi le seul à accuser une croissance sur l'ensemble de la période 2000-2008 (+16%). A l'inverse, les trois autres départements affichent une tendance à la baisse sur l'ensemble de la période.

Graphique 54 : Indice de fréquence d'accidents du travail avec arrêt en 2008 (pour 1 000 salariés) et taux de variation entre 2002 et 2008 (en %)



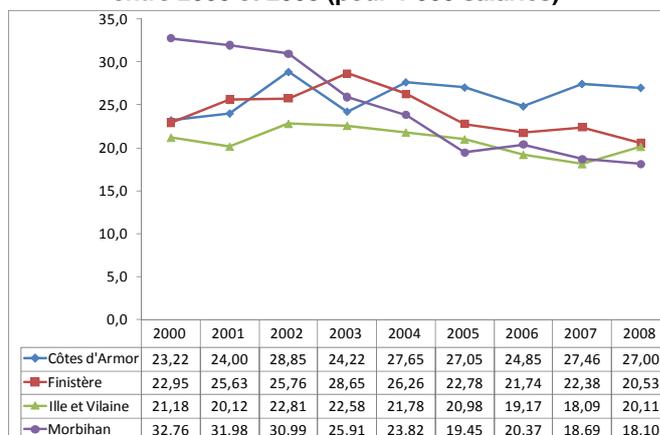
Source : MSA Exploitation ORS Bretagne

Graphique 55 : Indice de fréquence des accidents du travail avec arrêt en Bretagne et en France entre 2000 et 2008 (pour 1 000 salariés)



Source : MSA Exploitation ORS Bretagne

Graphique 56 : Indice de fréquence des accidents du travail avec arrêt selon les départements bretons entre 2000 et 2008 (pour 1 000 salariés)



Source : MSA Exploitation ORS Bretagne

Une situation régionale équivalente à la moyenne nationale concernant les incapacités permanentes...

En 2008, le taux moyen d'incapacité permanente partielle (IPP) est comparable entre la Bretagne et la France (respectivement 9,4 contre 9,6).

...masquant de fortes disparités entre les départements

En 2008, le taux moyen d'IPP varie fortement selon les départements bretons où deux cas de figure s'opposent. Le Finistère et l'Ille-et-Vilaine occupent une situation favorable avec des taux nettement inférieurs aux moyennes régionale et nationale (respectivement 7,2% et 7% contre 9,4% en Bretagne et 9,6% en France). A l'inverse, les Côtes d'Armor et le Morbihan sont en position défavorable avec les taux moyens d'IPP les plus élevés (respectivement 11,2% et 10,4%). L'écart entre le département en situation la plus favorable (Ille-et-Vilaine) et celui en situation la plus défavorable (Côtes d'Armor) est au final de + 60%.

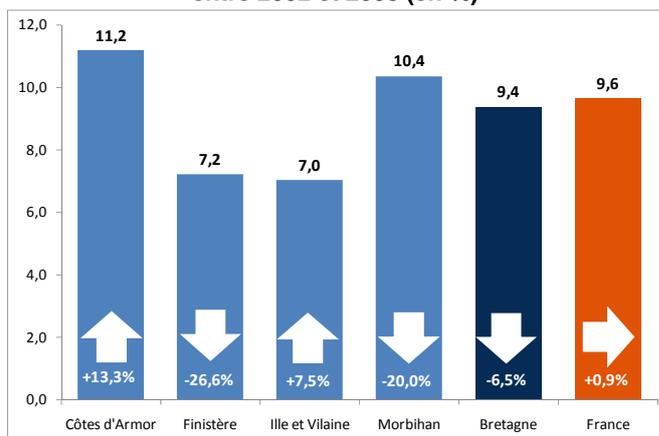
Depuis 2005, une tendance continue à la baisse, beaucoup plus marquée en Bretagne qu'en France...

En Bretagne comme en France, le taux moyen d'IPP a augmenté jusqu'en 2005, et il affiche ensuite une décroissance nettement plus forte dans la région qu'au niveau national, permettant ainsi à la Bretagne de passer pour la première fois en 2008 sous le taux français.

...qui n'est pas observable dans les différents départements

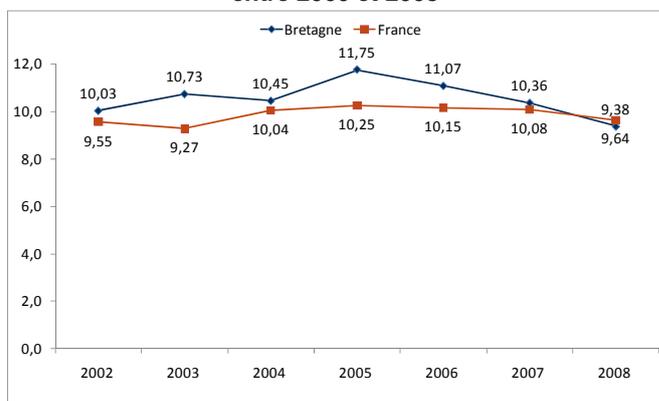
En effet, sur la période 2002-2008, au niveau départemental, aucune tendance nette ne se dégage des courbes d'évolutions du taux moyen d'IPP. Toutefois, globalement et sur l'ensemble de la période 2002-2008, deux départements affichent une croissance (Côtes d'Armor : + 13,3% et Ille-et-Vilaine : + 7,5%). A l'inverse, le Finistère et le Morbihan présentent une forte diminution (respectivement - 26,6% et - 20%).

Graphique 57 : Taux moyen d'incapacité permanente partielle en 2008 et taux de variation entre 2002 et 2008 (en %)



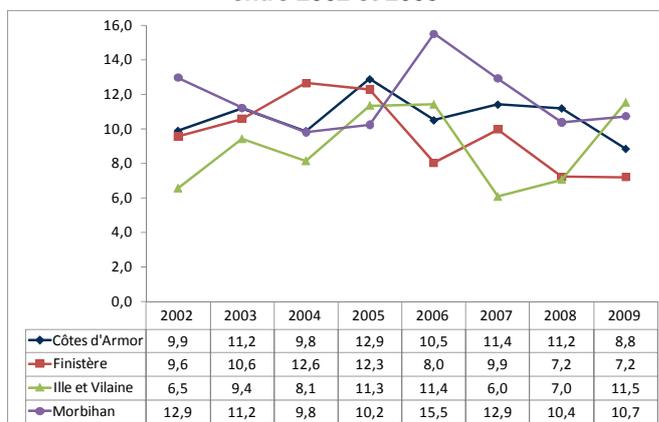
Source : MSA Exploitation ORS Bretagne

Graphique 58 : Evolution du taux moyen d'incapacité permanente partielle en Bretagne et en France entre 2000 et 2008



Source : MSA Exploitation ORS Bretagne

Graphique 59 : Evolution du taux moyen d'incapacité permanente partielle selon les départements bretons entre 2002 et 2008



Source : MSA Exploitation ORS Bretagne

Concernant le taux de gravité, une situation équivalente en Bretagne et en France...

En 2008, le taux de gravité des accidents du travail avec arrêt (AT) chez les salariés du régime agricole est équivalent en Bretagne et en France. Il représente 1,67 journée indemnisée par million d'heures travaillées.

...masquant là aussi de fortes disparités départementales

Toutefois, le taux de gravité des AT varie fortement selon les départements. Ainsi, l'Ille-et-Vilaine présente en 2008 la situation la plus favorable avec le taux de gravité le plus faible (1,14 journée indemnisée par million d'heures travaillées). À l'opposé, les Côtes d'Armor et le Morbihan sont proches affichant une situation défavorable avec les taux de gravité les plus élevés (respectivement 1,91 et 1,88 journée indemnisée par million d'heures travaillées). Le Finistère, quant à lui, occupe en 2008 une position intermédiaire semblable à la moyenne régionale et nationale. On peut aussi remarquer en 2008 l'importance de l'écart entre le département en situation la plus favorable (Ille-et-Vilaine) et celui en situation la plus défavorable (Côtes d'Armor) : +68%.

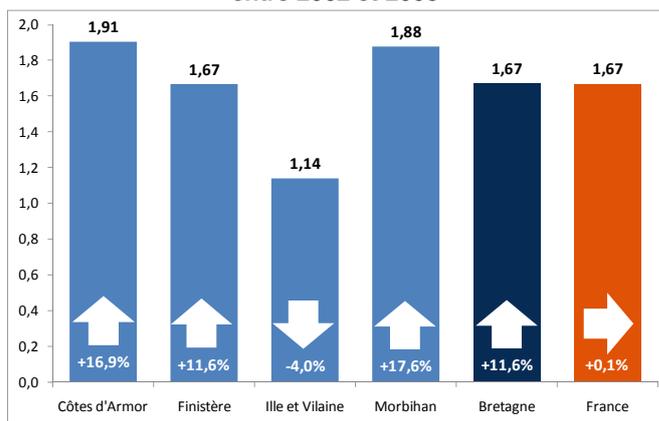
Depuis 2005, une dégradation de la situation bretonne par rapport à la France

Sur la période 2000-2005, le taux de gravité a évolué de façon proche en Bretagne et en France, cette dernière étant toujours en situation défavorable. A partir de 2005, la situation témoigne d'une relative stabilité des taux de gravité en France tandis que la Bretagne affiche une progression lente et continue. La Bretagne qui occupait ainsi une position favorable par rapport à la moyenne nationale (taux de gravité inférieur de -10% en 2000), a donc vu sa situation se dégrader au fil du temps pour rejoindre le niveau national en 2008.

L'Ille-et-Vilaine : l'exception départementale bretonne

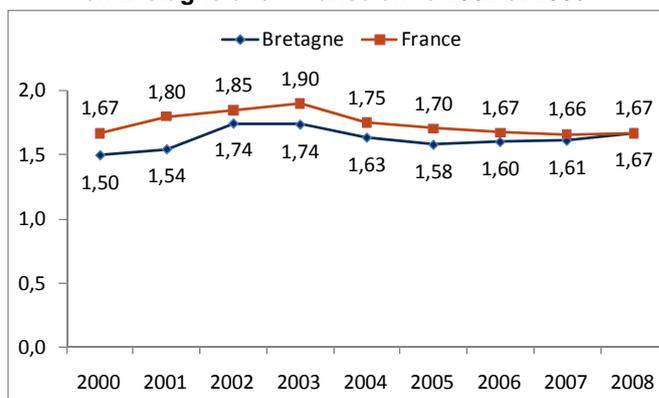
Sur l'ensemble de la période 2000-2008, l'Ille-et-Vilaine se démarque des trois autres départements bretons en occupant toujours la situation la plus favorable avec le taux de gravité le plus faible. Il affiche par ailleurs globalement une tendance à la baisse sur la période (-4%) malgré la hausse récente observée entre 2007 et 2008. A l'inverse les trois autres départements bretons affichent une tendance à la hausse. Toutefois, en 2008, le Finistère se distingue et présente un taux de gravité en baisse par rapport à 2007.

Graphique 60 : Taux de gravité des accidents de travail avec arrêt en 2008 et taux de variation (en %) entre 2002 et 2008



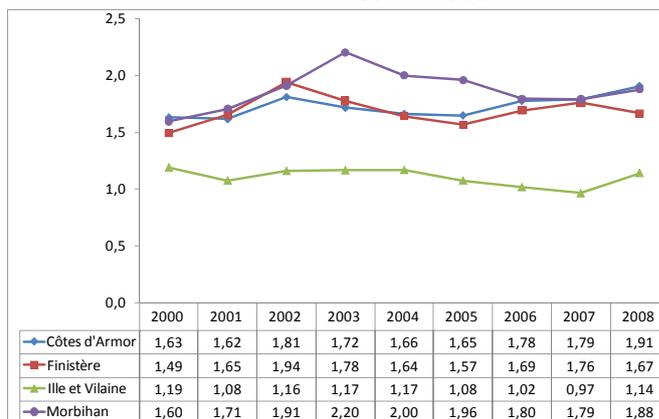
Source : MSA Exploitation ORS Bretagne

Graphique 61 : Evolution du taux de gravité des accidents du travail avec arrêt en Bretagne et en France entre 2002 et 2008



Source : MSA Exploitation ORS Bretagne

Graphique 62 : Evolution du taux de gravité des accidents du travail avec arrêt selon les départements bretons entre 2002 et 2008



Source : MSA Exploitation ORS Bretagne

Approche par sexe et âge

Les résultats qui suivent doivent être interprétés avec prudence : en l'absence de données sur les effectifs de salariés par sexe et par âge, les taux n'ont pu être calculés.

Une prédominance masculine des accidents de travail...

En 2008, parmi les salariés du régime agricole, 2 760 AT avec arrêt ont concerné des hommes et 909 des femmes résidant en Bretagne, soit une large prédominance masculine (75%). Ce constat est également partagé au niveau national, la surreprésentation masculine étant même légèrement plus marquée (78%).

...qui s'amenuise dans le temps

Globalement, sur l'ensemble de la période 2000-2008, en Bretagne comme en France, le sex-ratio (rapport du nombre d'AT masculins sur le nombre d'AT féminins) a diminué, même si cette diminution a été plus modérée en Bretagne. L'écart entre la Bretagne et la France s'est réduit sur l'ensemble de la période, le sex-ratio breton reste inférieur à celui observé en France traduisant une prédominance masculine plus forte des AT avec arrêt au niveau national.

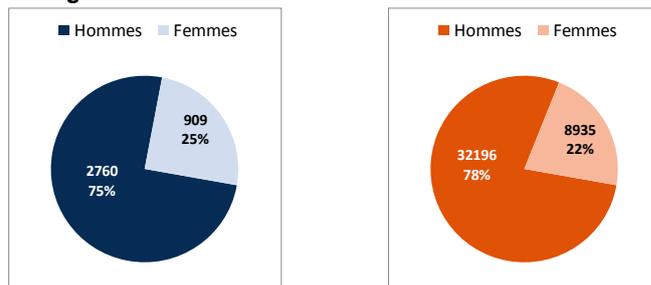
Près de la moitié des accidents du travail avec arrêt (48%) ont concerné des personnes âgées de moins de 35 ans en Bretagne

En 2008, les salariés du régime agricole concernés par un accident du travail avec arrêt sont relativement jeunes puisque 48% d'entre eux étaient âgés de moins de 35 ans en Bretagne pour 50% en France. Les personnes de 55 ou plus sont par contre moins concernées, cette tranche d'âge étant proportionnellement moins représentée parmi l'ensemble des salariés du régime agricole.

Légère surreprésentation des accidents du travail entre 25 et 54 ans en Bretagne

Le graphique ci-contre permet de visualiser les tranches d'âges où les AT avec arrêt sont sur ou sous représentés en Bretagne par rapport à la France. En 2008, on observe une légère surreprésentation des AT avec arrêt entre 25 et 54 ans en Bretagne.

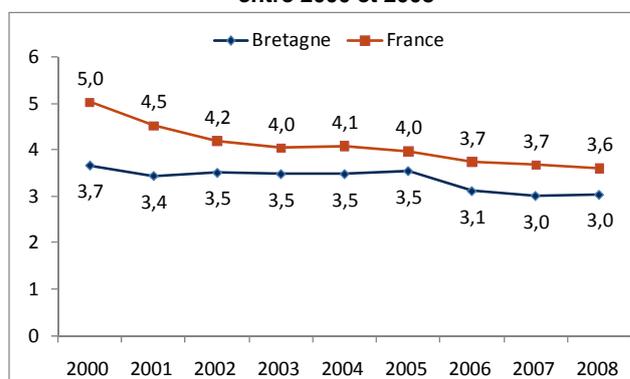
Graphique 63 : Nombre et proportion d'accidents du travail avec arrêt selon le sexe en Bretagne et en France en 2008



Source : MSA

Exploitation ORS Bretagne

Graphique 64 : évolution du sex-ratio des accidents du travail avec arrêt en Bretagne et en France entre 2000 et 2008



Source : MSA

Exploitation ORS Bretagne

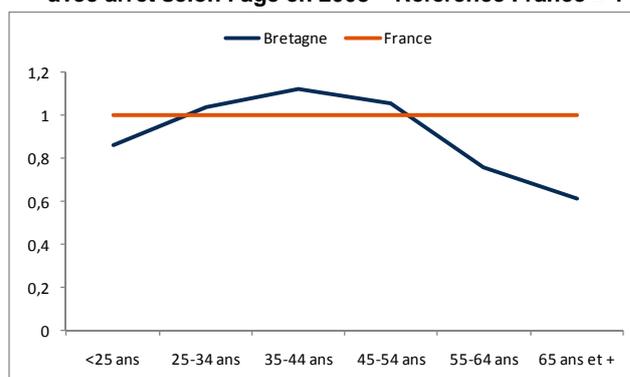
Tableau 4 : Nombre et répartition en % des accidents du travail avec arrêt en Bretagne et en France en 2008

Tranche d'âge	Bretagne		France	
	Nombre d'AT avec arrêt	%	Nombre d'AT avec arrêt	%
<25 ans	800	22%	10396	25%
25-34 ans	956	26%	10288	25%
35-44 ans	990	27%	9864	24%
45-54 ans	735	20%	7795	19%
55-64 ans	184	5%	2715	7%
65 ans et +	4	0,1%	73	0,2%
Tous âges	3669	100%	41131	100%

Source : MSA

Exploitation ORS Bretagne

Graphique 65 : Indice de répartition des accidents du travail avec arrêt selon l'âge en 2008 – Référence France = 1



Source : MSA

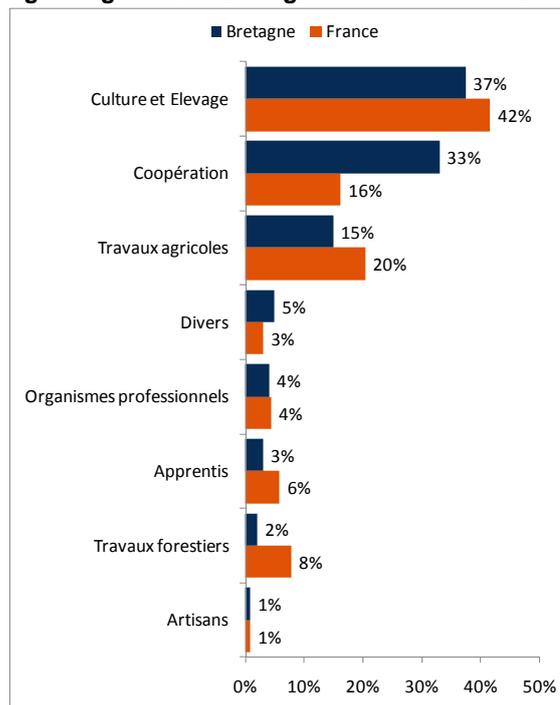
Exploitation ORS Bretagne

Approche selon le secteur d'activité

La coopération : un secteur qui rassemble proportionnellement deux fois plus d'accidents en Bretagne qu'en France

En 2008, en Bretagne comme en France, bien que le secteur de la culture et de l'élevage rassemble la proportion la plus élevée d'AT avec arrêt (respectivement 37% et 42%), une particularité bretonne se dégage pour le secteur de la coopération en Bretagne qui regroupe 2 fois plus d'AT avec arrêt que la France (33% contre 16%). Les trois secteurs les plus impactés (culture et élevage, coopération, travaux agricoles) représentent 83% des AT avec arrêt en Bretagne et 78% en France. La part des autres secteurs est donc très minoritaire.

Graphique 66 : Répartition en % des accidents du travail avec arrêt par secteurs d'activité chez les salariés du régime agricole en Bretagne et en France en 2008*



Source : MSA
Exploitation ORS Bretagne
*Triés par ordre décroissant

Les travaux forestiers : le secteur le plus accidentogène en Bretagne comme en France...

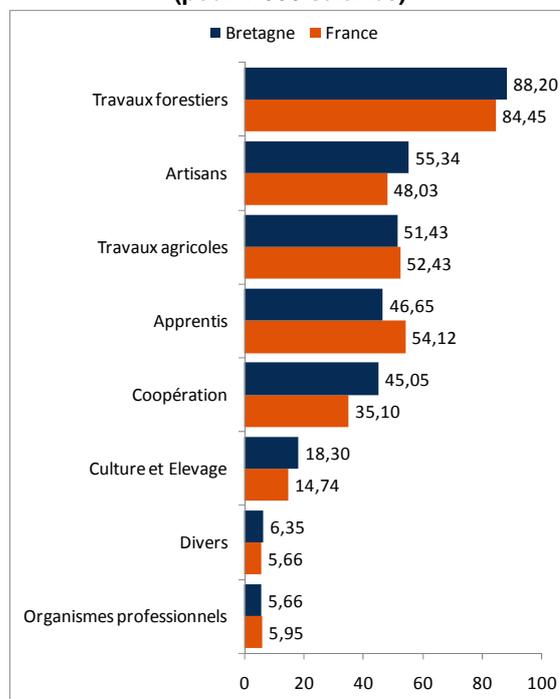
En 2008, en Bretagne comme en France, le secteur des travaux forestiers apparaît comme le secteur d'activité le plus à risque avec l'indice de fréquence des AT avec arrêt le plus élevé (88,2 AT avec arrêt pour 1 000 salariés en Bretagne contre 84,5 en France).

Outre ce secteur, trois secteurs (Artisans, Travaux agricoles et Apprentis) affichent des niveaux de risque proches et se classent selon le niveau géographique considéré entre le 2^{ème} et le 4^{ème} rang des secteurs les plus accidentogènes.

...mais une fréquence des AT avec arrêt dans le secteur de la coopération en Bretagne supérieure de +28% à celle observée en France

Arrivant en 5^{ème} position des secteurs les plus accidentogènes en Bretagne comme en France, ce secteur accuse pour la Bretagne une fréquence des AT avec arrêt supérieure de +28% à celle observée en France. Par ailleurs, bien qu'affichant un indice de fréquence des AT avec arrêt moindre, le secteur de la culture et de l'élevage dans la région se distingue aussi par une surreprésentation vis-à-vis du niveau national de + 24%.

Graphique 67 : Indice de fréquence des accidents de travail avec arrêt par secteurs d'activité chez les salariés du régime agricole en Bretagne et en France en 2008* (pour 1 000 salariés)



Source : MSA
Exploitation ORS Bretagne
*Triés par ordre décroissant

Le secteur de la coopération : un taux de gravité des accidents du travail plus élevé en Bretagne qu'en France

En 2008, en Bretagne comme en France, les trois secteurs les plus accidentogènes sont également, les trois secteurs affichant les taux de gravité les plus élevés : Travaux forestiers, Artisans et Travaux agricoles. Toutefois, pour ces trois secteurs, les taux de gravité sont inférieurs dans la région à ceux observés en France, particulièrement pour les travaux forestiers (-22%). A l'opposé, en Bretagne, le secteur de la coopération est le seul secteur d'activité (non compris le secteur Divers) qui présente un taux de gravité nettement supérieur à celui observé en France (+36%).

Approche selon la taille de l'entreprise

Une plus grande fréquence des accidents du travail dans les « grandes » entreprises du secteur agricole

En 2008, en Bretagne, les entreprises de 250 salariés ETP et plus occupent la 1^{ère} place des entreprises les plus accidentogènes avec l'indice de fréquence le plus élevé (40,97 AT avec arrêt pour 1 000 salariés) contrairement à la France où celles-ci n'arrivent qu'au second rang avec un indice de fréquence de 23,05, soit une fréquence des AT avec arrêt supérieure de +44% en Bretagne dans les entreprises de cette taille.

Par ailleurs, les entreprises de moins de 5 ETP occupent le second rang en Bretagne avec un indice de fréquence proche du niveau français faisant ainsi les deux extrêmes des tailles d'entreprises les plus accidentogènes parmi l'ensemble des entreprises.

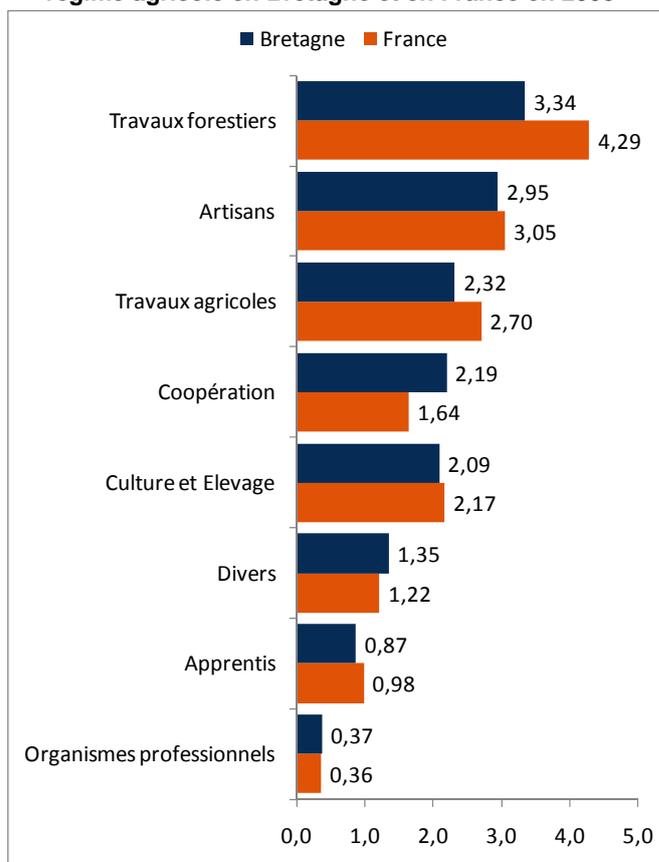
Focus 10 : Les accidents du travail chez les élèves et les apprentis du régime agricole en France

En 2007-2008, au total, 9 035 accidents du travail (avec ou sans arrêt) sont survenus chez les élèves et apprentis relevant du régime agricole en France. Les 2/3 des AT ont concerné des élèves (5 933) et un tiers (3 102) des apprentis. 271 AT ont été qualifiés d'accidents graves (179 AT chez des élèves et 92 chez des apprentis) et 6 AT ont été mortels.

Logiquement, les AT des élèves surviennent plus fréquemment dans les établissements scolaires et lors de l'utilisation des équipements sportifs (terrains et salles) tandis que chez les apprentis, les AT sont proportionnellement plus nombreux lors d'activités en lien avec la production animale et végétale ou en lien avec les travaux publics et espaces verts. La répartition des AT selon l'élément matériel en cause lors de l'AT diffère entre élèves et apprentis. Les outils et machines, les véhicules et les animaux sont les éléments les plus fréquemment en cause chez les apprentis alors que chez les élèves ce sont les accessoires de sport et le sol. Plus que le lieu, c'est l'activité pratiquée qui peut être à l'origine des AT.

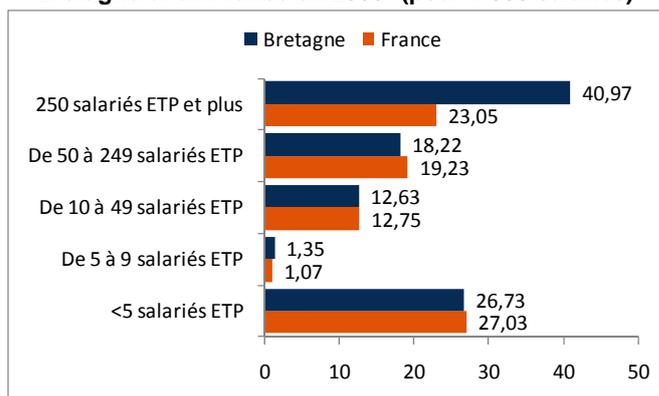
Source : Diaporama MSA, « L'accidentologie des élèves et apprentis »

Graphique 68 : Taux de gravité des accidents du travail avec arrêt par secteurs d'activité chez les salariés du régime agricole en Bretagne et en France en 2008*



Source MSA
*triés par ordre décroissant

Graphique 69 : Indice de fréquence des accidents du travail avec arrêt selon la taille des entreprises en Bretagne et en France en 2008* (pour 1 000 salariés)



Source : MSA
*la taille des entreprises est exprimée en nombre de salariés en équivalent temps plein (ETP) et non pas en nombre de personnes

5.3 Les Accidents de Trajet

Chiffres-clés en Bretagne en 2008

	Régime général	MSA
<i>Nombre de salariés</i>	843 585	170 691
Nombre d'accidents de trajet	3 026	219
Dont accidents mortels	16	0
Indice de fréquence	3,56	1,28
Taux de gravité	0,13	0,09

Définition de l'accident de trajet

« est également considéré comme accidents du travail, [...] l'accident survenu à un travailleur, [...], pendant le trajet d'aller et de retour entre :

- La résidence principale, une résidence secondaire présentant un caractère de stabilité ou tout autre lieu où le travailleur se rend de façon habituelle pour des motifs d'ordre familial et le lieu du travail. Ce trajet peut ne pas être le plus direct lorsque le détour effectué est rendu nécessaire dans le cadre d'un covoiturage régulier ;
- Le lieu du travail et le restaurant, la cantine ou, d'une manière plus générale, le lieu où le travailleur prend habituellement ses repas, et dans la mesure où le parcours n'a pas été interrompu ou détourné pour un motif dicté par l'intérêt personnel et étranger aux nécessités essentielles de la vie courante ou indépendant de l'emploi. »

Extrait Article L411-2 du code de la sécurité sociale

5.3.1 Les accidents de trajet chez les salariés du régime général

La Bretagne : une moindre fréquence des accidents de trajet

En 2008, les statistiques d'accidents de trajet témoignent d'une situation favorable de la région avec un indice de fréquence inférieur de - 25% à la moyenne française (respectivement 3,56 accidents de trajet pour 1 000 salariés contre 4,75 en France).

...qui se retrouve dans tous les départements de façon plus ou moins marquée

En 2008, les 4 départements bretons affichent une situation plus favorable qu'au niveau national avec des indices de fréquence des accidents de trajet inférieurs à la moyenne nationale. Toutefois, des disparités départementales apparaissent au sein de la région. Les Côtes d'Armor présentent la situation la plus défavorable avec l'indice le plus élevé, supérieur de +35% à l'indice le plus faible détenu par le département du Morbihan. Le Finistère et l'Ille-et-Vilaine occupent pour leur part une position intermédiaire proche de la moyenne régionale.

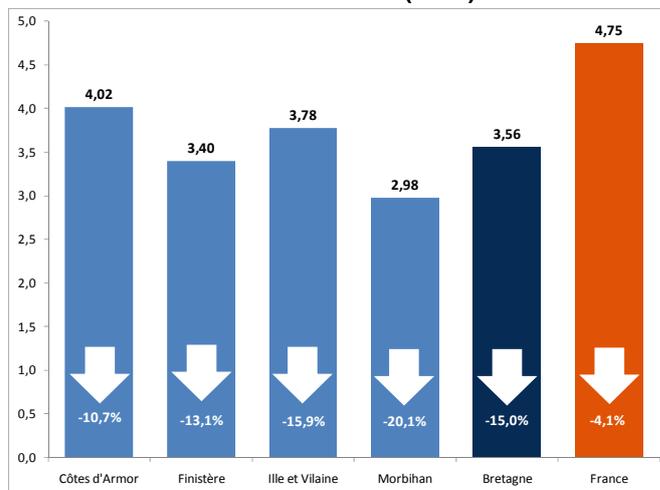
Sur la période, une tendance nationale et régionale à la baisse...

Sur la période 2002-2008, en Bretagne comme en France, la tendance globale à la baisse est essentiellement due à la diminution de la fréquence des accidents de trajet survenue entre 2002 et 2004. Au-delà de cette date, on observe une relative stabilité de la fréquence des accidents de trajet. Par ailleurs, on peut remarquer que sur la totalité de la période, la Bretagne occupe une position plus favorable que celle de la France.

...observable aussi en tendance dans les départements bretons

La tendance observée aux niveaux régional et national d'évolution de l'indice de fréquence des accidents de trajet se retrouve dans les 4 départements bretons. Si les variations d'une année sur l'autre paraissent plus marquées que dans la région, ceci peut s'expliquer par la faiblesse des effectifs dont une faible variation modifie de façon significative la valeur de l'indice.

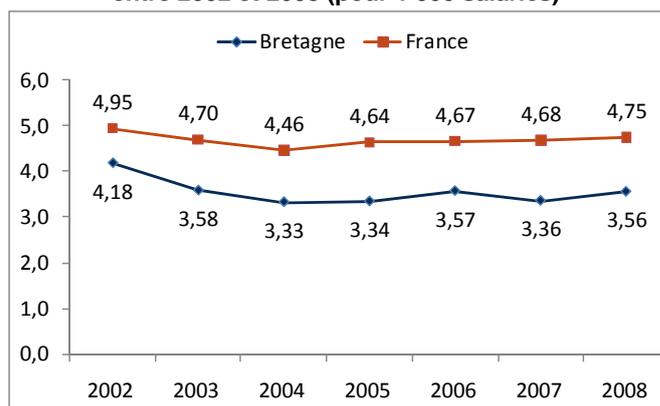
Graphique 70 : Indice de fréquence (pour 1 000 salariés) des accidents de trajet en 2008 et taux de variation entre 2002 et 2008(en %)



Source : Carsat Bretagne

Exploitation ORS Bretagne

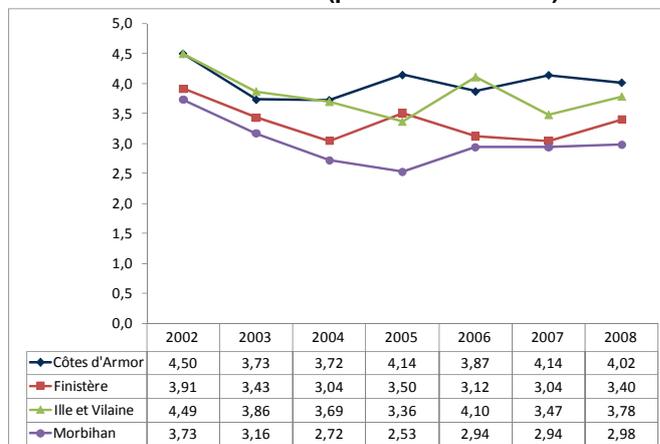
Graphique 71 : Evolution de l'indice de fréquence des accidents de trajet en Bretagne et en France entre 2002 et 2008 (pour 1 000 salariés)



Source : Carsat Bretagne

Exploitation ORS Bretagne

Graphique 72 : Evolution de l'indice de fréquence des accidents de trajet selon les départements bretons entre 2002 et 2008 (pour 1 000 salariés)



Source : Carsat Bretagne

Exploitation ORS Bretagne

Une part des accidents de trajet avec incapacité permanente inférieure en Bretagne...

En 2008, parmi les 3 038 accidents de trajet recensés en Bretagne au sein des salariés du régime général, 197 ont entraîné une incapacité permanente (IP), soit 6,5% contre 9,1% en France.

...Observable aussi dans les départements

La proportion des accidents de trajet avec IP varie peu selon les départements. Elle est comprise dans une fourchette allant de 5,4% dans les Côtes d'Armor à 7,5% dans le Morbihan ; situant ainsi tous les départements à un niveau inférieur au niveau national.

Depuis 2005, une tendance à la baisse de la proportion des accidents de trajet avec incapacité permanente en Bretagne comme en France

Globalement entre 2002 et 2008, en Bretagne comme en France, la proportion d'accidents de trajet avec IP a diminué : respectivement -28% contre -16% en France. Toutefois, en Bretagne comme en France, cette baisse n'a véritablement démarré qu'à partir de 2005.

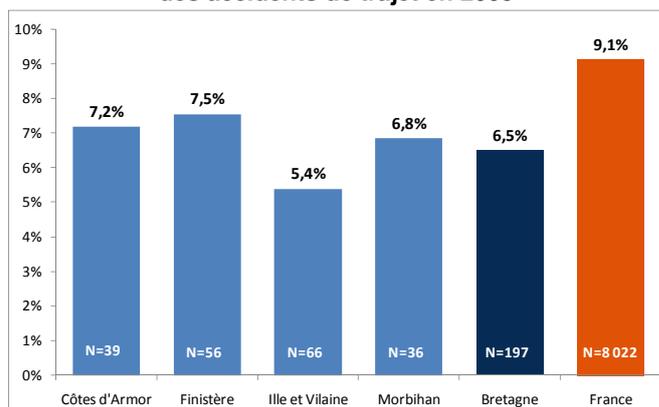
Une fréquence des accidents de trajet avec incapacité permanente près de 2 fois moins élevée en Bretagne

En 2008, la situation bretonne apparaît plus favorable que celle observée au niveau national puisque la fréquence des accidents de trajet avec IP est près de 2 fois inférieure à la moyenne française (respectivement 0,23 contre 0,43 accident de trajet avec IP pour 1 000 salariés). Toutefois, des disparités départementales existent mais celles-ci sont peu marquées. Les Côtes d'Armor affichent la fréquence la plus élevée (0,29 accident de trajet avec IP pour 1 000 salariés), suivi par le Finistère (0,26) tandis que l'Ille-et-Vilaine et le Morbihan affichent des valeurs relativement proches et légèrement inférieures à la moyenne régionale. Enfin, s'agissant des accidents de trajet ayant entraîné une incapacité supérieure à 10%, la Bretagne occupe également une situation favorable avec une fréquence inférieure à la moyenne nationale.

Une proportion d'accidents de trajet mortels comparable en Bretagne et en France

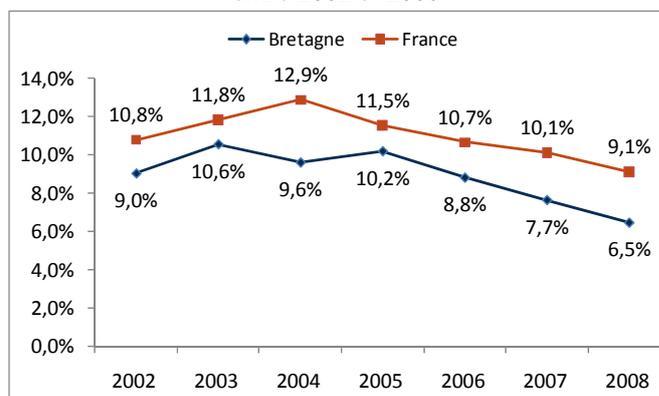
En 2008, 16 décès sont survenus suite à un accident de trajet, soit 1,9 décès dû à un accident de trajet pour 100 000 salariés contre 2,1 en France.

Graphique 73 : Nombre et part (en %) des accidents de trajet avec incapacité permanente parmi l'ensemble des accidents de trajet en 2008



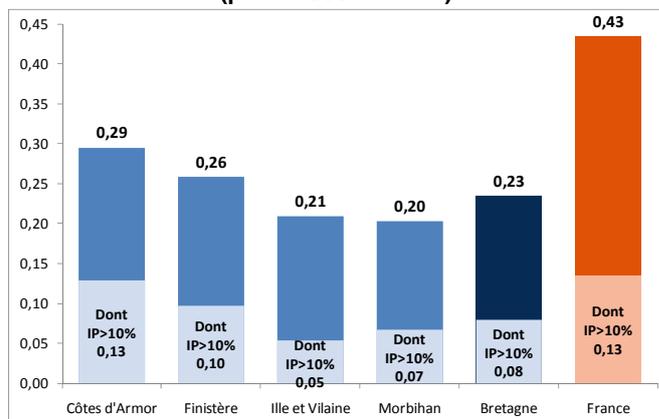
Source : Carsat Bretagne Exploitation ORS Bretagne

Graphique 74 : Evolution de la part des accidents de trajet avec incapacité permanente parmi l'ensemble des accidents de trajet en Bretagne et en France entre 2002 et 2008



Source : Carsat Bretagne Exploitation ORS Bretagne

Graphique 75 : Indice de fréquence des accidents de trajet avec incapacité permanente en 2008 (pour 1 000 salariés)



Source : Carsat Bretagne Exploitation ORS Bretagne

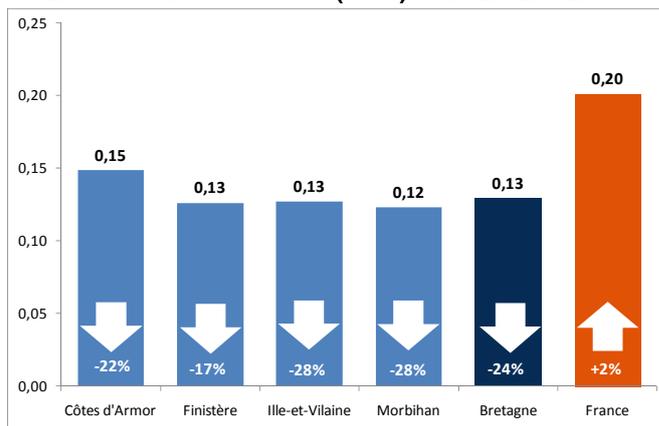
En Bretagne, un taux de gravité des accidents de trajet plus faible qu'en France...

En 2008, le taux de gravité des accidents de trajet en Bretagne est inférieur de -35% à la moyenne nationale (respectivement 0,13 journée perdue pour 1 000 heures travaillées contre 0,2 en France).

...qui se retrouve dans tous les départements sans variation forte inter-départementale

La situation apparaît relativement homogène au sein de la région puisqu'hormis les Côtes d'Armor qui présentent un taux sensiblement plus élevé qu'au niveau régional, les trois autres départements ont des taux proches voir égaux à la moyenne régionale.

Graphique 76 : Taux de gravité des accidents de trajet en 2008 et taux de variation (en %) entre 2002 et 2008

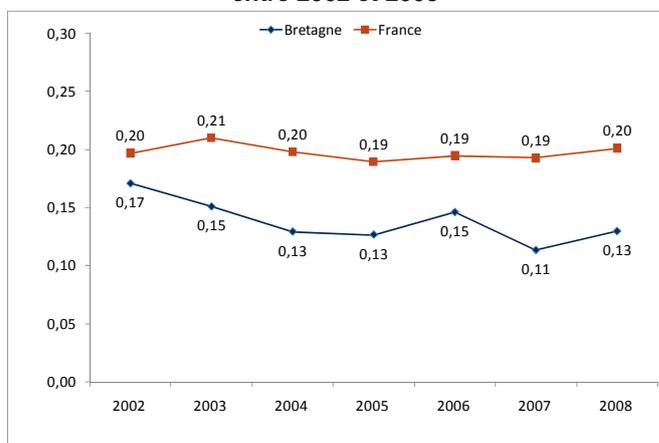


Source : Carsat Bretagne Exploitation ORS Bretagne

Entre 2002 et 2008, une tendance à la baisse au niveau régional face à une stabilité en France

Globalement, sur la période 2002-2008, le taux de gravité des accidents de trajet avec IP est resté stable en France tandis qu'il a diminué de façon importante en Bretagne (-24%). Toutefois, au vue de la faiblesse des taux de gravité, cette variation reste minime.

Graphique 77 : Evolution du taux de gravité des accidents de trajet en Bretagne et en France entre 2002 et 2008

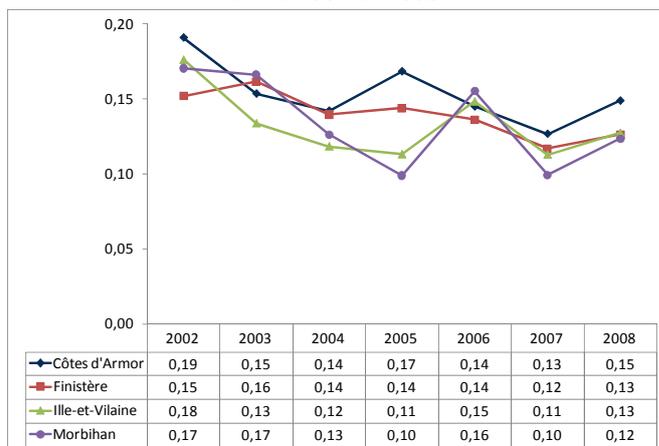


Source : Carsat Bretagne Exploitation ORS Bretagne

Des variations départementales difficiles d'interprétation

Globalement et comme au niveau régional, les taux de gravité ont aussi diminué entre 2002 et 2008 dans les 4 départements bretons. Le Morbihan et l'Ille-et-Vilaine présentent la baisse la plus importante (-28%) suivis par les Côtes d'Armor (-22%) et enfin par le Finistère (-17%). De même qu'au niveau régional, en raison de la faiblesse des taux de gravité et des effectifs concernés, les variations sont relativement marginales et de fait difficiles d'interprétation.

Graphique 78 : Evolution du taux de gravité des accidents de trajet selon les départements bretons entre 2002 et 2008



Source : Carsat Bretagne Exploitation ORS Bretagne

Approche par sexe, âge et ancienneté

Les résultats qui suivent doivent être interprétés avec prudence : en l'absence de données sur les effectifs de salariés par sexe, âge et ancienneté, les taux n'ont pu être calculés.

Prédominance masculine des accidents de trajet

En 2008, en Bretagne, les hommes sont plus fréquemment concernés par les accidents de trajet que les femmes (54% contre 46%).

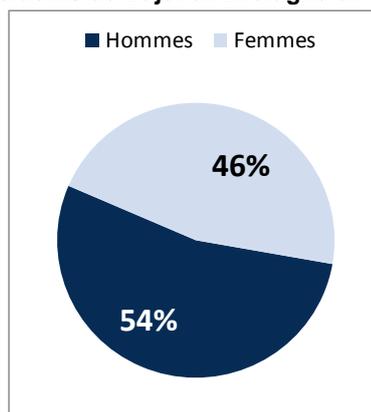
Un tiers des accidents de trajet concerne des jeunes de moins de 25 ans

En 2008, les jeunes de moins de 25 ans représentent le tiers des accidents de trajet alors que les taux d'activité de cette tranche d'âge sont parmi les plus faibles.

Les personnes nouvellement embauchées ont été impliquées dans 4 accidents de trajet sur 10

En 2008, les personnes recrutées depuis moins d'1 an représentent 40% des accidents de trajet.

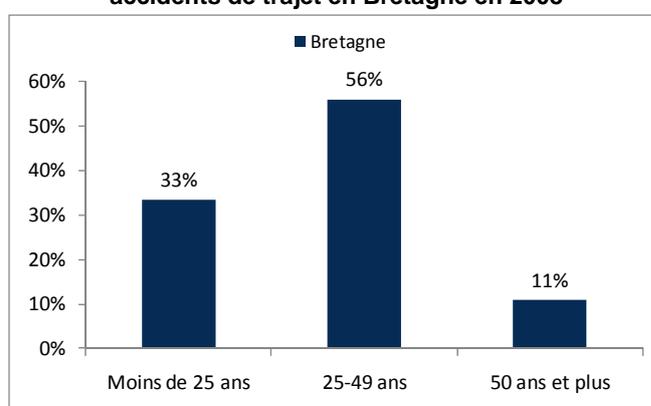
Graphique 79 : Répartition en % selon le sexe des accidents de trajet en Bretagne en 2008



Source : Carsat Bretagne

Exploitation ORS Bretagne

Graphique 80 : Répartition en % selon l'âge des accidents de trajet en Bretagne en 2008



Source : Carsat Bretagne

Exploitation ORS Bretagne

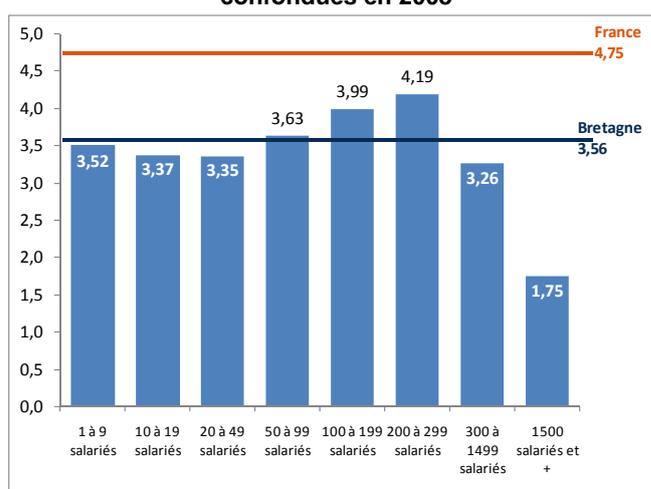
Approche par taille d'établissements et par zone d'emploi

Les indicateurs selon la taille des entreprises et selon les zones d'emploi ont été calculés sur l'ensemble des accidents du trajet avec arrêt ayant concerné des salariés travaillant dans des entreprises domiciliées en Bretagne tandis que les indicateurs régionaux ont été calculés sur l'ensemble des accidents de trajet pour les salariés que leurs entreprises soient ou non domiciliés dans la région.

Des accidents de trajet deux fois moins fréquents dans les entreprises de 1 500 salariés ou plus que dans l'ensemble des entreprises bretonnes

En 2008, comparativement à la moyenne régionale (ensemble des entreprises quelle que soit leur taille), on observe une fréquence plus élevée des accidents du trajet dans les entreprises ayant entre 50 salariés et 299 salariés. A l'inverse, les entreprises de moins de 50 salariés et celles de 300 salariés ou plus sont en situation plus favorable, particulièrement les très grandes entreprises de 1500 salariés ou plus avec l'indice de fréquence le plus faible (1,75 accidents de trajet pour 1 000 salariés), indice inférieur de - 51% à la moyenne régionale.

Graphique 81 : Indice de fréquence (pour 1 000 salariés) des accidents de trajet selon la taille de l'entreprise en Bretagne et niveaux régional et national de l'indice de fréquence toutes tailles d'entreprises confondues en 2008



Source : Carsat Bretagne

Exploitation ORS Bretagne

Les zones d'emploi en Bretagne



Ce découpage est basé sur le critère d'attraction maximale entre communes de résidence et communes de travail. Les 18 zones ainsi constituées expriment d'une certaine façon les espaces de vie et de circulation de la population et constituent une partition du territoire adaptée aux études locales sur l'emploi et son environnement.

Le tableau de bord des zones d'emploi de Bretagne a été réactualisé par l'Insee au mois d'octobre 2010, il permet de disposer de données de référence les plus récentes sur plusieurs thèmes : chiffres-clés, emploi salarié, chômage et marché du travail, appareil productif et démographie des entreprises.

Cette publication est disponible en ligne sur le site de l'Insee à l'adresse suivante :

http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?reg_id=2&ref_id=16267

Les accidents de trajet dans les zones d'emploi

En 2008, les 2 zones d'emploi où la fréquence des MP est la plus élevée et supérieure à la moyenne nationale sont :

- Saint-Malo avec 5,10 accidents de trajet pour 1 000 salariés,
- Dinan (5,04).

A l'opposé, les 2 zones d'emploi les plus épargnées avec la fréquence la plus faible sont :

- Ploërmel (2,94),
- Auray (2,88).

On peut aussi remarquer l'importance de l'écart entre la zone d'emploi en situation la plus favorable (Auray) et celle en situation la plus défavorable (Saint-Malo) : +77%.

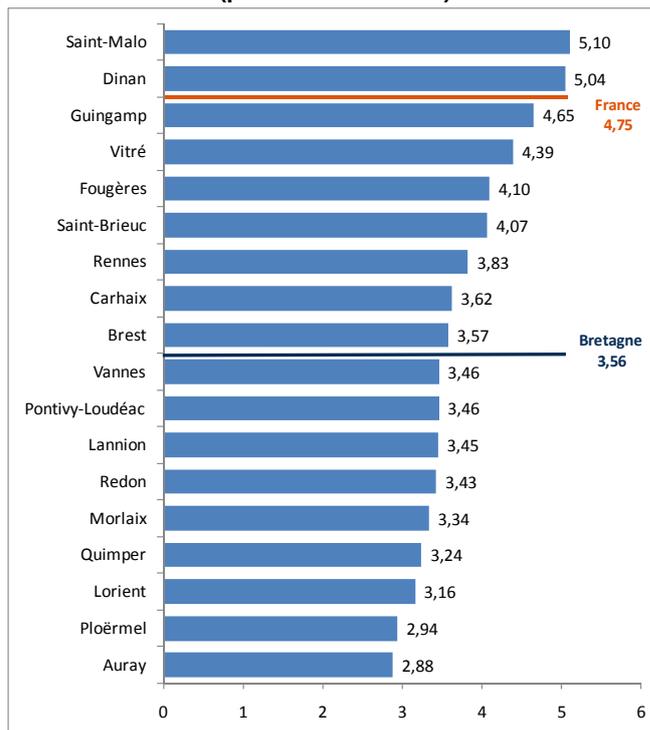
L'analyse des zones d'emploi selon le taux de gravité est plus délicate du fait de la concentration de la majorité des valeurs autour de la moyenne régionale. Cependant, les 3 zones d'emploi où le taux de gravité est le plus élevé sont :

- Pontivy-Loudéac avec 0,17 journée de travail perdue pour 1 000 heures travaillées
- Saint-Malo (0,16),
- Fougères (0,16).

A l'opposé, les zones d'emploi de Morlaix, Redon et Ploërmel affichent les taux les plus faibles.

Au final, on peut constater que toutes les zones d'emploi (à l'exception de Saint-Malo et Dinan concernant la fréquence) présentent un indice de fréquence et un taux de gravité inférieurs à la moyenne nationale.

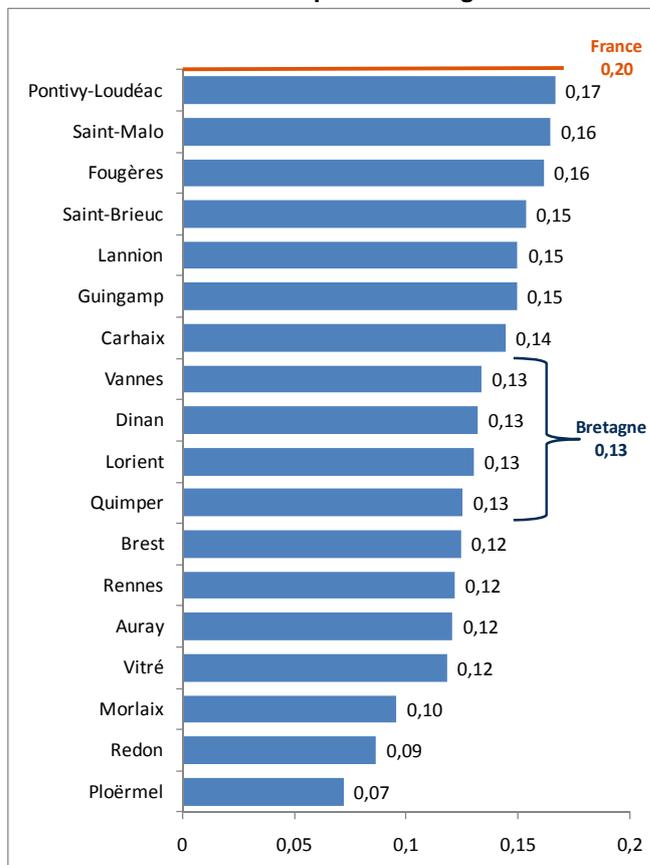
Graphique 82 : Indice de fréquence des accidents de trajet selon les zones d'emploi en Bretagne en 2008 (pour 1 000 salariés)



Source : Carsat Bretagne

Exploitation ORS Bretagne

Graphique 83 : Taux de gravité des accidents de trajet selon les zones d'emploi en Bretagne en 2008



Source : Carsat Bretagne

Exploitation ORS Bretagne

5.3.2 Les accidents de trajet chez les salariés du régime agricole

La Bretagne : une moindre fréquence des accidents de trajet...

En 2008, les statistiques d'accidents du travail avec arrêt du régime agricole attestent d'une situation plus favorable de la Bretagne avec 219 accidents de trajet (dont aucun n'a été mortel), soit un indice de fréquence des accidents de trajet inférieur de -13% à la moyenne nationale.

...occultant des disparités départementales

En 2008, l'indice de fréquence des accidents de trajet varie selon les départements bretons. Le Finistère (ainsi que le Morbihan dans une moindre mesure) présente la situation la plus favorable avec l'indice le plus faible (1,11 accident de trajet pour 1 000 salariés). A l'opposé, l'Ille-et-Vilaine affiche la situation la plus défavorable avec l'indice de fréquence le plus élevé (1,65 accident de trajet pour 1 000) supérieur de + 49% à celui du Finistère. Les Côtes d'Armor occupent pour leur part une situation intermédiaire proche de la moyenne régionale.

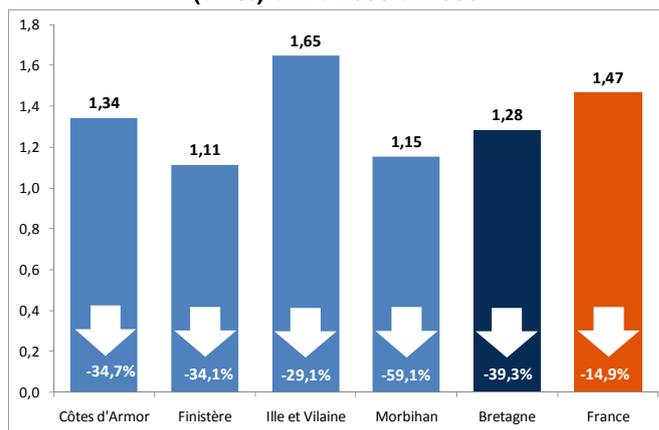
Une tendance à la baisse, plus marquée en région qu'en France...

Sur l'ensemble de la période 2000-2008, en Bretagne comme en France, l'indice de fréquence des accidents de trajet a diminué, de façon plus marquée en région qu'en France (respectivement -39,3% contre -14,9% en France). Par ailleurs, la Bretagne occupe depuis 2003 une situation plus favorable que la France avec un indice de fréquence des accidents de trajet inférieur à la moyenne nationale. L'écart entre la Bretagne et la France s'accroît ainsi au fil des années et atteint un maximum de -15% en 2007.

...qui se retrouve globalement dans tous les départements

Globalement, la tendance observée au niveau régional et national se retrouve dans les 4 départements bretons. En effet, entre 2000 et 2008, l'indice de fréquence des accidents de trajet est en diminution mais cette baisse est plus ou moins marquée selon les départements. L'Ille-et-Vilaine est le département qui profite le moins de cette diminution (- 29,1%). Dans le Finistère et les Côtes d'Armor, la fréquence des accidents de trajet a baissé dans des niveaux comparables (respectivement - 34,1% et - 34,7%) de façon similaire au niveau régional. Le Morbihan présente quant à lui la baisse globale la plus marquée sur la période (- 59%), malgré des variations importantes au fil des années.

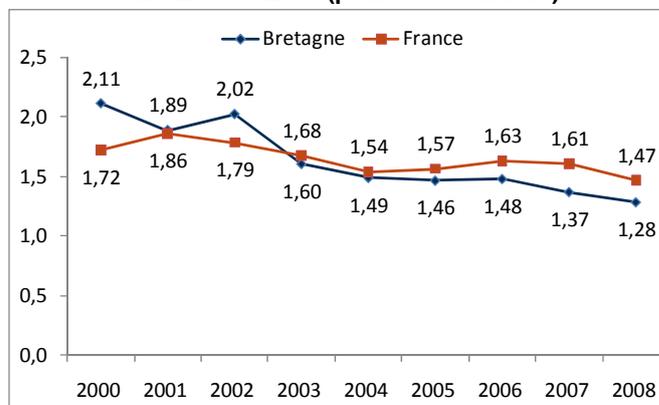
Graphique 84 : Indice de fréquence (pour 1 000 salariés) des accidents de trajet en 2008 et taux de variation (en %) entre 2000 et 2008



Source : MSA

Exploitation ORS Bretagne

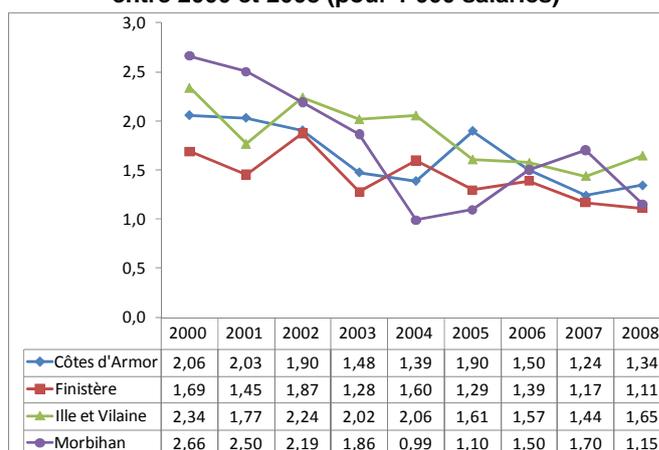
Graphique 85 : Evolution de l'indice de fréquence des accidents de trajet en Bretagne et en France entre 2000 et 2008 (pour 1 000 salariés)



Source : MSA

Exploitation ORS Bretagne

Graphique 86 : Evolution de l'indice de fréquence des accidents de trajet selon les départements bretons entre 2000 et 2008 (pour 1 000 salariés)



Source : MSA

Exploitation ORS Bretagne

La Bretagne : un taux moyen d'IPP légèrement supérieur au taux national

En 2008, le taux moyen d'incapacité permanente partielle (IPP) est légèrement supérieur (+ 4%) en Bretagne par rapport à celui observé en France.

Des situations particulièrement contrastées selon les départements

En 2008, le taux moyen d'IPP varie fortement selon les départements. Les Côtes d'Armor occupent une situation particulièrement défavorable au sein de la région avec le taux moyen d'IPP le plus élevé de la région supérieur de +375% au taux le plus faible détenu par le Finistère (dont le taux est deux fois plus faible que la moyenne régionale).

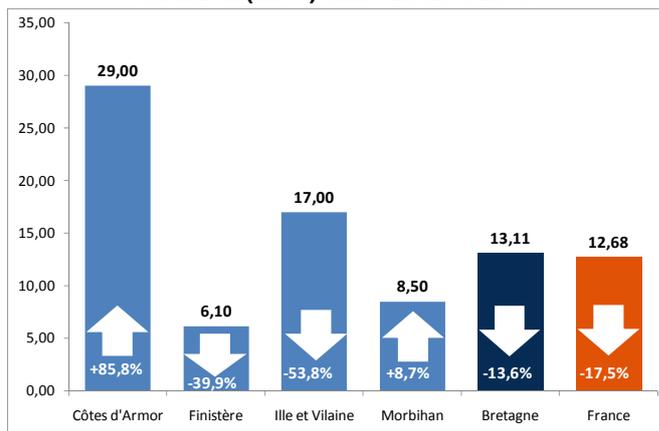
Des évolutions régionales dans le temps difficiles d'interprétation...

En France, le taux moyen d'IPP a diminué entre 2002 et 2008 en enregistrant une baisse de - 17,5% sur la période (baisse remarquable à partir de 2005). En Bretagne, l'évolution sur la période est au final relativement proche (-13,6%) même si la région accuse de fortes variations entre 2002 et 2008. Ceci peut s'expliquer par la faiblesse des effectifs concernés (entre 1 et 14 accidents de trajet graves selon les années). Il suffit ainsi d'1 ou 2 accidents très graves entraînant un fort taux d'IPP pour faire varier de manière significative le taux moyen.

...qui s'amplifient dans les départements

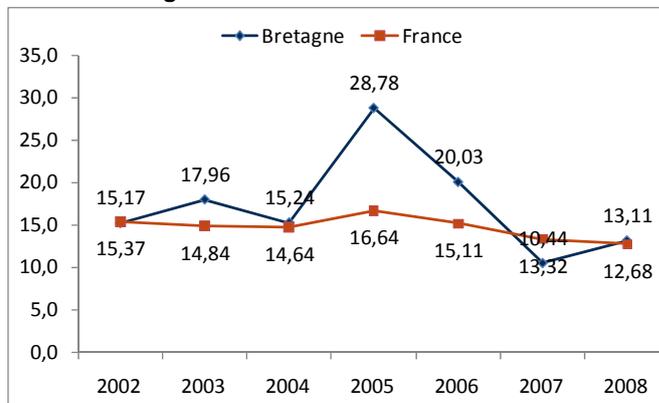
Au vue des remarques précédentes concernant le niveau régional, la situation dans les départements bretons est de fait encore plus accentuée.

Graphique 87 : Taux moyen d'IPP en 2008 et taux de variation (en %) entre 2002 et 2008



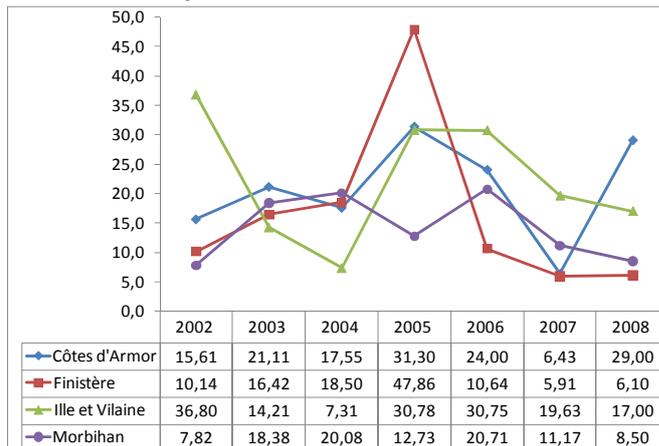
Source : MSA Exploitation ORS Bretagne

Graphique 88 : Evolution du taux moyen d'IPP en Bretagne et en France entre 2002 et 2008



Source : MSA Exploitation ORS Bretagne

Graphique 89 : Evolution du taux moyen d'IPP selon les départements bretons entre 2002 et 2008



Source : MSA Exploitation ORS Bretagne

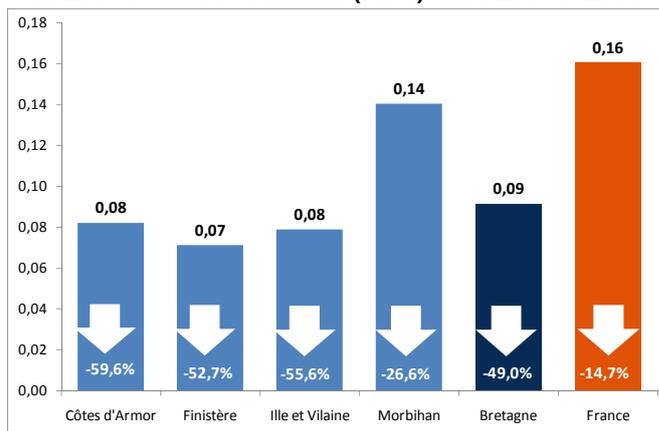
La Bretagne : un taux de gravité nettement inférieur...

En 2008, le taux de gravité des accidents de trajet du régime agricole en Bretagne est inférieur de - 44% à la moyenne nationale (respectivement 0,09 journée indemnisée par million d'heures travaillées contre 0,16 en France).

...qui se retrouve dans les départements à l'exception du Morbihan

A l'exception du Morbihan, la situation est plutôt homogène en 2008 dans les autres départements de la région puisqu'ils affichent tous des taux de gravité proches de la moyenne régionale. En revanche, le département du Morbihan se distingue avec un taux de gravité nettement supérieur, proche de la moyenne nationale.

Graphique 90 : Taux de gravité des accidents de trajet en 2008 et taux de variation (en %) entre 2000 et 2008

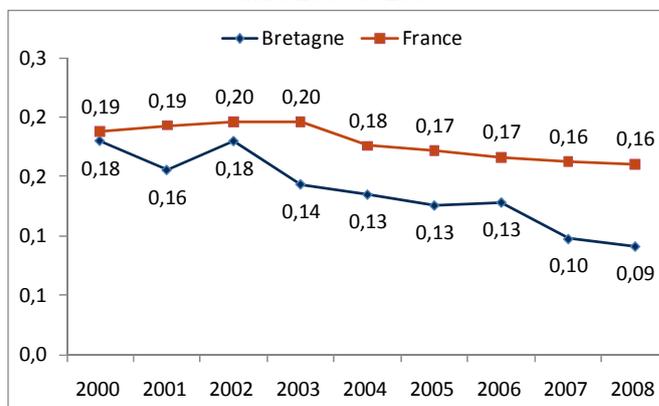


Source : MSA Exploitation ORS Bretagne

Une tendance nationale et régionale à la baisse...

Globalement, entre 2000 et 2008, les taux de gravité ont diminué, de manière plus accentuée en Bretagne qu'en France. Dans la région, le taux de gravité a en effet été divisé par 2 sur la période alors qu'en France, les taux de gravité n'ont diminué que de -14,7%. De fait, l'écart entre la région et la France s'est creusé au fil du temps, positionnant la Bretagne dans une situation nettement plus favorable en 2008.

Graphique 91 : Evolution du taux de gravité des accidents de trajet en Bretagne et en France entre 2000 et 2008

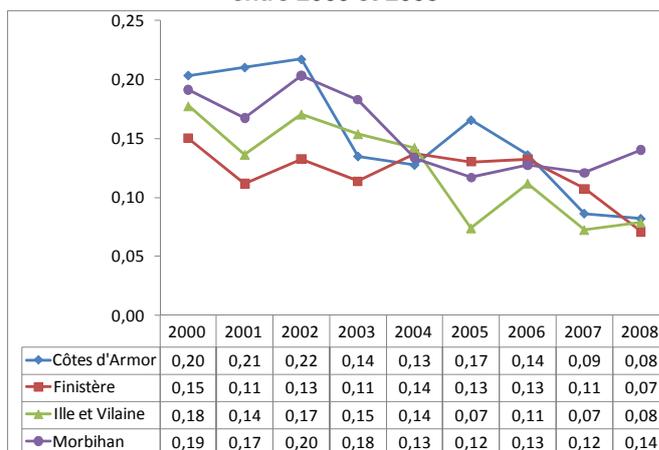


Source : MSA Exploitation ORS Bretagne

...qui se retrouve globalement dans tous les départements

Globalement, la tendance observée au niveau national et régional se retrouve dans les 4 départements bretons. Entre 2000 et 2008, le taux de gravité a diminué même si cette baisse a été plus ou moins forte selon les départements. Le département du Morbihan profite le moins de cette diminution (-26,6%). A l'inverse, les Côtes d'Armor et l'Ille-et-Vilaine sont les départements qui bénéficient le plus de cette baisse (respectivement -59,6% et -55,6% sur la période). Le Finistère affiche également une forte diminution du taux de gravité (- 53%) même si celle-ci est plus récente et particulièrement remarquable depuis 2006.

Graphique 92 : Evolution du taux de gravité des accidents de trajet selon les départements bretons entre 2000 et 2008



Source : MSA Exploitation ORS Bretagne

Approche par sexe et âge

Les résultats qui suivent doivent être interprétés avec prudence : en l'absence de données sur les effectifs de salariés par sexe et par âge, les taux n'ont pu être calculés.

Une prédominance masculine des accidents de trajet...

En 2008, parmi les salariés du régime agricole, 139 accidents de trajet ont concerné des hommes et 80 des femmes, soit une nette prédominance masculine (63%). Ce constat se retrouve également au niveau national avec 61% des accidents de trajet attribuables à des hommes.

...qui perdure depuis l'année 2000

Globalement, sur l'ensemble de la période 2000-2008, le sex-ratio (nombre d'accident de trajet masculin rapporté au nombre d'accident de trajet féminin) est relativement constant au niveau national tandis qu'il accuse des variations plus marquées au niveau régional, notamment depuis 2005. Toutefois, compte tenu de la faiblesse des effectifs observés en Bretagne, ces variations sont à interpréter avec prudence.

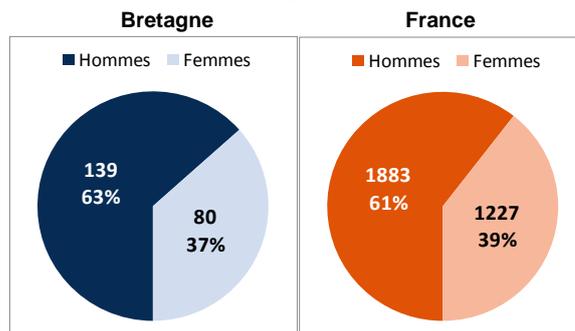
Six accidents de trajet sur 10 ont concerné des personnes de moins de 35 ans en Bretagne...

En 2008, les salariés du régime agricole concernés par un accident de trajet sont relativement jeunes puisqu'en Bretagne comme en France, 6 accidents du trajet sur 10 ont impliqué des personnes de moins de 35 ans. A mesure que l'âge augmente, les accidents de trajet semblent de moins en moins fréquents. Cependant, en l'absence de calcul de taux rapporté à la population salariée du même âge, cette constatation est à considérer avec prudence.

...Avec une légère surreprésentation des accidents de trajet entre 25 et 44 ans en Bretagne

En 2008, on observe une faible surreprésentation des accidents de trajet en Bretagne entre 25 et 44 ans. A l'inverse, une légère sous représentation des accidents de trajet est observable chez les plus jeunes et chez les 45-54 ans.

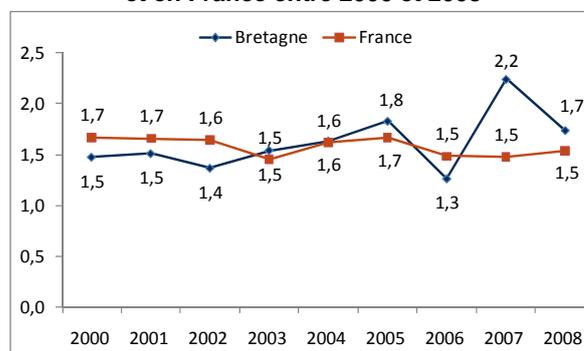
Graphique 93 : Nombre et répartition (en %) selon le sexe des accidents de trajets en Bretagne et en France en 2008



Source : MSA

Exploitation ORS Bretagne

Graphique 94 : Evolution du sex-ratio en Bretagne et en France entre 2000 et 2008



Source : MSA

Exploitation ORS Bretagne

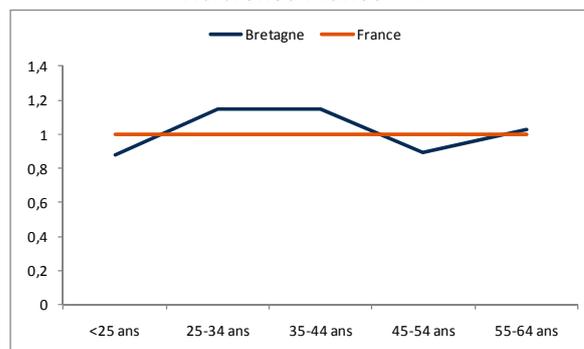
Tableau 5 : Nombre et répartition en % selon l'âge des accidents de trajet en Bretagne et en France en 2008

	Bretagne		France	
	Nombre d'accident de trajet	%	Nombre d'accident de trajet	%
<25 ans	74	34%	1191	38%
25-34 ans	57	26%	707	23%
35-44 ans	45	21%	557	18%
45-54 ans	29	13%	462	15%
55-64 ans	14	6%	193	6%
65 ans et +	0	0,0%	0	0,0%
Tous âges	219	100%	3110	100%

Source : MSA

Exploitation ORS Bretagne

Graphique 95 : Indice de répartition du nombre d'accidents de trajet en Bretagne selon l'âge en 2008 – Référence France = 1



Source : MSA

Exploitation ORS Bretagne

Approche selon le secteur d'activité

Les apprentis : le secteur le plus touché par les accidents de trajet, notamment en Bretagne

En 2008, en Bretagne comme en France, le secteur d'activité le plus accidentogène est celui des apprentis avec les indices de fréquence les plus élevés. En Bretagne, les apprentis ont en effet été par exemple près de 4 fois plus souvent victimes d'un accident de trajet que les salariés du secteur de la coopération. Par ailleurs, si dans le secteur de la coopération la fréquence des accidents de trajet est également plus élevée en Bretagne qu'en France, pour tous les autres secteurs, l'indice breton est nettement inférieur à celui observé au niveau national.

Des taux de gravité plus faibles en Bretagne qu'en France dans tous les secteurs d'activité

En 2008, quel que soit le secteur d'activité concerné, le taux de gravité est nettement inférieur en Bretagne à celui observé en France. On peut remarquer que, à l'instar du taux de fréquence, les apprentis présentent le taux de gravité le plus élevé dans la région comme au niveau national.

Remarque : Les secteurs d'activité, une analyse délicate

L'analyse des accidents de trajet répartis selon les secteurs d'activité met en évidence la faiblesse des effectifs concernés dans certains secteurs, entraînant ainsi une difficulté dans l'analyse et l'interprétation des indicateurs et de leur évolution dans le temps. En 2008, pour information, aucun accident de trajet n'a été recensé dans le secteur des artisans ni dans le secteur de l'enseignement public.

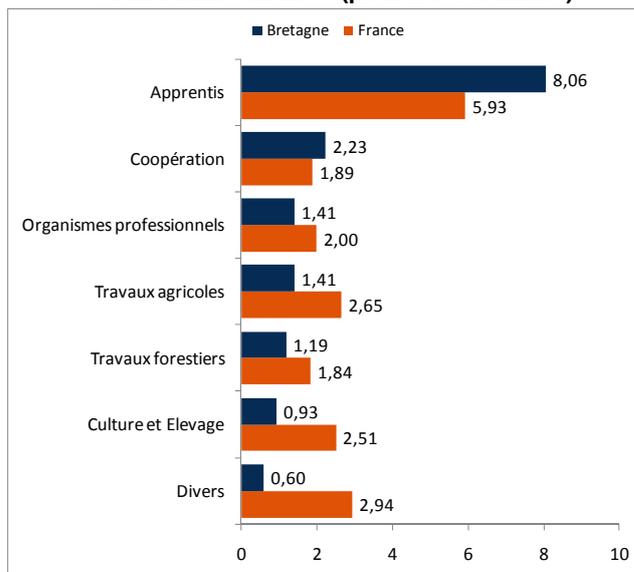
De fait et concernant les accidents de trajet, il conviendrait dans l'optique d'un futur tableau de bord de la santé au travail de cumuler les effectifs sur plusieurs années afin d'analyser les tendances qui se dégagent au cours de période, par exemple en comparant les indicateurs de la période 2000-2004 à ceux de la période 2005-2009.

Focus 11 : Les accidents de trajet chez les élèves et les apprentis du régime agricole en France

En 2007-2008, au total, 594 accidents de trajet avec ou sans arrêt ont concerné des élèves et apprentis relevant du régime agricole en France. Près des trois quarts de ces accidents de trajet se rapportent à des apprentis (430) et un peu plus du quart (164) à des élèves. 41 accidents ont été qualifiés d'accidents graves (23 chez des élèves et 18 chez des apprentis) et 12 accidents de trajet ont été mortels.

Source : Diaporama MSA, « L'accidentologie des élèves et apprentis »

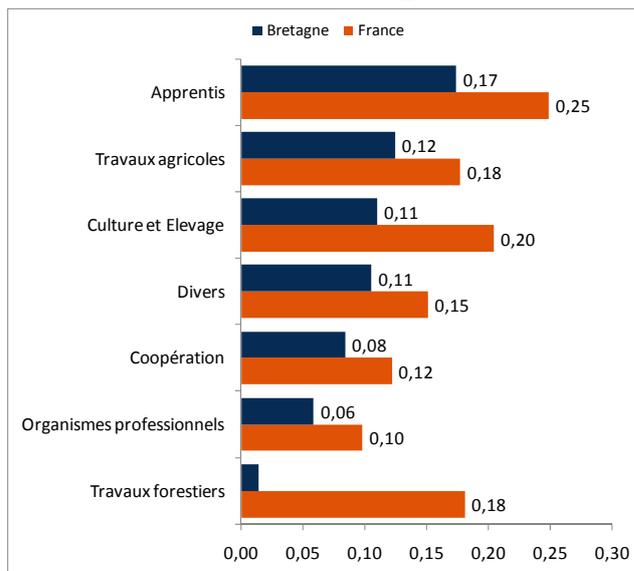
Graphique 96 : Indice de fréquence des accidents de trajet selon les secteurs d'activité en Bretagne et en France en 2008 (pour 1 000 salariés)



Source : MSA

Exploitation ORS Bretagne

Graphique 97 : Taux de gravité des accidents de trajet selon les secteurs d'activité en Bretagne et en France en 2008



Source : MSA

Exploitation ORS Bretagne

5.4 Les inaptitudes

L'analyse des inaptitudes a fait l'objet de deux focus présentés ci-après.

FOCUS 12 : L'enquête réalisée par le Gref Bretagne pour l'année 2007²⁸

CONTEXTE ET OBJECTIFS

Le GREF de Bretagne a été sollicité par la Direccte et la Direction régionale de l'AGEFIPH afin d'exploiter les résultats d'une enquête sur les inaptitudes totales et définitives prononcées en Bretagne en 2007. L'objectif de l'enquête consiste à caractériser les déterminants ayant conduit à l'inaptitude.

POPULATION CIBLE : Les salariés du régime général et de la MSA.

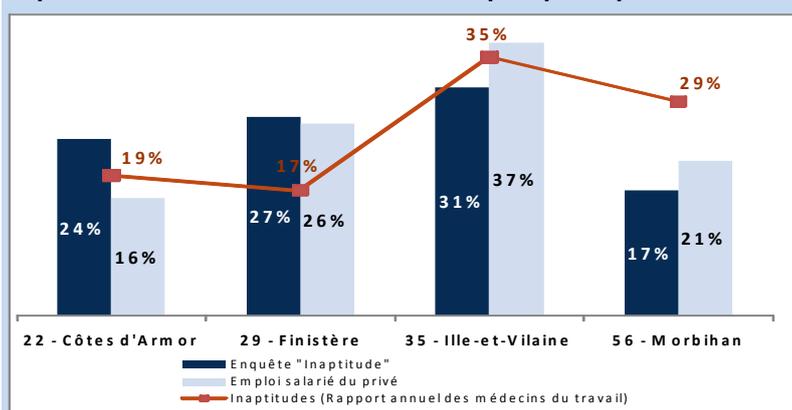
METHODOLOGIE

Les résultats sont issus des questionnaires remplis par les médecins du travail suite à une procédure de mise en inaptitude totale et définitive au poste de travail.

PRINCIPAUX RESULTATS

- Les données présentées portent sur 1 964 questionnaires reçus et exploités pour l'année 2007 (soit un taux de réponse de moins de 70%) pour le régime général. De plus, 157 questionnaires MSA ont fait l'objet d'un traitement spécifique.
 - Vis-à-vis de la répartition de l'emploi salarié (régime général) en Bretagne (voir à ce propos le graphique ci-dessous), on observe une surreprésentation des inaptitudes, notamment dans les Côtes d'Armor ainsi qu'une sous-représentation en Ille-et-Vilaine et dans une moindre mesure dans le Morbihan. Plusieurs facteurs sont susceptibles de participer à ces écarts : des différences de pratiques médicales selon le lieu géographique, la structure socio-économique spécifique à chaque département,...
- Par contre et pour la même année, on peut aussi observer des écarts importants entre les résultats de l'enquête et les chiffres issus des rapports annuels des médecins du travail. Les éléments d'explication relatifs aux écarts observés entre les deux sources de données concernent notamment la représentativité des répondants à l'enquête (taux de retour d'environ 70%) mais aussi la qualité des données enregistrées via les rapports annuels des médecins du travail sans que l'on puisse faire la part des choses entre ces deux facteurs.

Répartition en % des salariés déclarés inaptes par département bretons



Source : GREF Bretagne, Etude "Inaptitudes totales et définitives"- Exploitation ORS Bretagne

²⁸ Source : « Inaptitudes totales et définitives en région Bretagne. Données 2007 » - GREF de Bretagne – octobre 2008.

- La moyenne d'âge des salariés déclarés inaptes est de 46 ans.
- Plus de la moitié des personnes déclarées inaptes travaillent dans une petite entreprise (moins de 50 salariés).
- Une surreprésentation d'inaptitudes dans les secteurs de la construction et des industries agricoles et alimentaires.
- 59 % des salariés déclarés inaptes sont ouvriers.
- Deux pathologies sont principalement à l'origine de l'inaptitude : celles qui touchent l'appareil locomoteur (60 %) ; celles qui relèvent de la sphère psychologique (25 %). Dans 16 % des cas, le salarié présente plusieurs pathologies associées.
- L'inaptitude est dans 81 % des cas due à une maladie ; 16 % des cas à un accident et dans 3 % des cas à une maladie et un accident.
- Près d'un quart des salariés déclarés inaptes sont reconnus travailleurs handicapés dans leur entreprise.
- Dans 15 % des cas d'inaptitude, une structure de « maintien dans l'emploi » est sollicitée. Ce recours a principalement lieu pour les salariés souffrant de l'appareil locomoteur.

LIMITES DE L'ENQUÊTE

- Le taux de participation des médecins est relativement bas (<70 %), ce qui pose le problème de la représentativité des résultats et peut par là même expliquer les écarts observés avec les résultats des rapports annuels des médecins du travail.
- Il n'existe d'ailleurs pas de variable d'ajustement permettant de caractériser les répondants ou non-répondant, de manière à ajuster si besoin.
- Au-delà de pratiques médicales différenciées selon le lieu géographique, les résultats de l'enquête ne sont pas pondérés selon le profil socio-économique spécifique à chaque département. De fait, les comparaisons interdépartementales ne sont pas véritablement réalisables.
- Il est regrettable de ne pouvoir observer le lien entre les expositions aux risques et les pathologies engendrant l'inaptitude.
- Des populations sont peu ou pas suivies, notamment les intérimaires, sous traitants et les personnes en CDD. Il en va de même pour certain régimes (maritime,..).
- Il n'y a pas de vision longitudinale sur les actions menées et leur efficacité (l'intérêt d'un suivi longitudinal de ces données au cours des années suivantes est de permettre de dégager des tendances, des évolutions et d'engager des actions plus ciblées)

PERSPECTIVES

Voir à ce propos les résultats de l'enquête qualitative ainsi que les propositions – préconisations.

FOCUS 13 : Les inaptitudes déclarées dans les rapports annuels des médecins du travail

Les éléments concernant le contexte, les objectifs, la méthodologie et les limites des données reposant sur l'analyse des rapports annuels des médecins du travail sont présentés dans le focus 5 intégré dans le chapitre 3 « Données de cadrage sur les expositions-risques professionnels ».

Principaux résultats portant sur les inaptitudes déclarées par les médecins du travail

Ces résultats sont issus des 325 rapports des médecins du travail ayant suivi des salariés du secteur privé (régime général). En 2009, les médecins du travail ont déclaré 10 782 inaptitudes, ce qui représente 2,2 % de l'ensemble des conclusions professionnelles et concerne 1,5 % de l'ensemble des salariés pris en charge. Il s'agit pour une grande majorité d'inaptitudes temporaires (41 %), suivis d'inaptitudes au poste (34 %) et inaptitudes à tous poste (26 %).

Répartition des inaptitudes déclarées en Bretagne en 2009*

	22 - Côtes d'Armor		29 - Finistère		35 - Ille-et-Vilaine		56 - Morbihan		Total	
Inapte au poste	7%	707	13%	1 353	9%	932	5%	498	34%	3 490
Inapte temporairement	6%	609	10%	1 086	14%	1 522	11%	1 233	41%	4 450
Inapte à tous postes	5%	572	3%	365	8%	862	10%	1 043	26%	2 842
Total	18%	1 888	26%	2 804	31%	3 316	26%	2 774	100%	10 782

Sources : Rapports annuels des médecins du travail, Direccte Bretagne – Exploitation ORS Bretagne

* Du fait des arrondis, les totaux peuvent légèrement excéder 100%

6. Approche par secteur : IAA, BTP, services à la personne

Dans le cadre du cahier des charges défini par la DIRECCTE de Bretagne, un regard spécifique a été porté sur trois secteurs présentés ci-après.

6.1 Le secteur de l'industrie agro-alimentaire

6.2 Le secteur du bâtiment et des travaux publics

6.3 Les services à la personne

6.1 Le secteur de l'industrie agroalimentaire (IAA)

6.1.1 L'emploi dans le secteur de l'IAA

6.1.2 Les conditions de travail et les expositions professionnelles dans le secteur de l'IAA

6.1.3 La sinistralité chez les salariés du régime général de l'IAA

6.1.4 La sinistralité chez les salariés du régime agricole du secteur de la coopération

6.1.1 L'emploi dans le secteur de l'IAA

L'IAA en Bretagne : un secteur qui résiste à la crise économique²⁹

Malgré un contexte économique et social difficile en 2009 et après avoir perdu beaucoup d'emplois depuis 2001 (5 000 postes supprimés), le secteur de l'industrie agroalimentaire fait partie des quelques secteurs en Bretagne à résister avec les secteurs de la pharmacie et de l'énergie-eau-gestion des déchets. En 2009, seulement 400 emplois ont été perdus sur 68 000 au total, soit une baisse de - 0,6% comme au niveau national. En parallèle à cette légère diminution de l'emploi, le recours à l'intérim a aussi été un peu plus limité. Toutefois, ce secteur reste sous la pression d'une forte concurrence et d'une faible valeur ajoutée dégagée qui l'oblige à s'adapter par une diversification et une modernisation constante. De fait, les établissements agroalimentaires bretons se sont lancés dans une dynamique de développement important qui leur permet de créer ou de garantir les emplois (par exemple : Mix Buffet, Altho ou encore le pôle de compétitivité « Valorial – l'aliment de demain »). Cependant, il ne faut pas négliger que des effets indirects de la crise sont susceptibles d'affecter les entreprises agroalimentaires comme par exemple les difficultés de trésorerie rencontrées par leurs clients ou encore les difficultés d'obtention de financements pour soutenir leurs programmes de développement.

L'IAA : premier employeur régional de l'industrie...

En 2008 en Bretagne, le secteur agroalimentaire représente un tiers des établissements industriels et 39% des salariés industriels en Bretagne³⁰. Les industries agroalimentaires les plus représentées sont les industries laitières et d'abattage et il s'agit plus fréquemment qu'en France d'établissements de taille importante : près de 30% emploient plus de 50 salariés (contre moins de 20% en France). Par ailleurs, les emplois de ce secteur se répartissent sur l'ensemble du territoire breton y compris dans les zones plus urbanisées. Les salariés de l'IAA sont en effet fortement représentés dans de nombreuses zones d'emploi. Trois zones se distinguent particulièrement avec des proportions dépassant les 60% : Guingamp, Pontivy-Loudéac et Carhaix (71%).

...et d'une main-d'œuvre ouvrière peu qualifiée, davantage féminine que dans l'ensemble de l'industrie³¹

La forte implantation de l'IAA en Bretagne a concouru au recrutement massif d'une main-d'œuvre peu qualifiée jusqu'à la fin des années 1990. L'IAA présente ainsi une forte proportion d'ouvriers avec une faible qualification : plus du tiers des ouvriers (34,3%) ne sont pas qualifiés dans l'IAA contre 23,8% dans l'ensemble du secteur industriel breton. Parallèlement, le secteur de l'IAA emploie également en 2005, 45% des ouvrières et 60% des ouvriers non qualifiés de Bretagne.

L'IAA : principal utilisateur des intérimaires dans l'industrie³⁰

En 2005, avec 58% des contrats d'intérim et 41% du volume d'emploi intérimaire de l'industrie en Bretagne (soit plus de 240 000 contrats), le secteur de l'agroalimentaire est le premier utilisateur des intérimaires dans l'industrie et présente le taux de recours le plus élevé de la région tous secteurs confondus (respectivement le volume d'heures « intérimaires » représente 12,6% du volume d'heures total effectuées par les salariés de l'agroalimentaire contre 3,8% en moyenne régionale) et concerne un peu plus les femmes que les hommes (14,3% contre 11,3%). Dans le secteur de l'agroalimentaire, les postes d'intérim sont occupés davantage par des personnes jeunes. En effet, le part des moins de 25 ans est relativement élevée et concerne près de 40% de salariés. Par ailleurs, les industries agroalimentaires proposent des missions courtes, en moyenne d'une durée de 1,4 semaine contre 2 semaines tous secteurs confondus.

²⁹ « Bilan économique et social 2009 » - Insee Bretagne – Octant analyses n° 3 – 04-2010.

³⁰ Panorama de l'industrie agroalimentaire en 2010 : <http://panorama-iaa.alimentation.gouv.fr/>

³¹ « L'industrie bretonne » - Insee Bretagne, Octant n°114 – Octobre 2008

6.1.2 Les conditions de travail et les expositions professionnelles dans le secteur de l'IAA

Les résultats présentés ci-après reposent sur une exploitation nationale des données de l'enquête Sumer en 2003 (Cf. Chapitre 4 « Données de cadrage expositions et risques professionnels »).

Rappelons qu'une nouvelle édition de cette enquête est actuellement en cours dont les résultats devront être pris en compte afin d'actualiser les éléments présentés ci-après, notamment si ces résultats permettent une exploitation régionale non réalisable à partir de l'édition 2003.

Une organisation du travail plus contraignante

Comparativement aux salariés de l'ensemble des secteurs d'activité, les salariés de l'IAA subissent plus souvent des contraintes de rythme de travail. En effet, ils sont davantage assujettis à des normes ou délais de production à respecter en une journée et à des surveillances permanentes de la hiérarchie (respectivement 28% et 31,8% contre 19,9% et 26,1% pour l'ensemble des secteurs). Ils sont également plus nombreux à ne pas pouvoir faire varier les délais fixés et à subir des cadences ou déplacement automatique de pièces (respectivement 47,1% et 28,8% contre 36,4% et 7,8% dans l'ensemble des secteurs). Par ailleurs, les salariés de IAA affichent une autonomie plus faible que les salariés de l'ensemble des secteurs puisqu'ils sont plus fréquemment dépendants du travail de leurs collègues et dans l'obligation de faire appel à d'autres en cas d'incidents (respectivement 37,5% et 27,4% contre 29,7% et 22,4%).

Des contraintes physiques plus fréquentes

Les salariés de l'IAA sont soumis à des contraintes physiques plus importantes que les salariés de l'ensemble des secteurs d'activité. En effet, ils sont 83,2% à subir des contraintes posturales et articulaires et la moitié d'entre eux (50,7%) manipulent manuellement des charges (contre respectivement 71,8% et 42,8% dans l'ensemble des secteurs). Les gestes répétitifs à cadence élevée sont aussi plus fréquents : ils concernent 3 salariés de l'IAA sur 10 contre 21,2% dans l'ensemble des secteurs.

Par ailleurs, les salariés de l'IAA se retrouvent exposés aux intempéries 2 fois plus souvent (6,2% contre 2,8%).

L'exposition au bruit est également plus répandue dans l'IAA : 31,8% des salariés de ce secteur sont exposés à des bruits de plus de 85 décibels contre 20,8% pour l'ensemble des secteurs.

Des salariés deux fois plus souvent exposés à des agents biologiques...

L'exposition à des agents biologiques concerne 31% des salariés de l'IAA (contre 14,9% dans l'ensemble des secteurs d'activité). Le secteur de la viande est le plus touché représentant la moitié des salariés exposés suivis par celui du fromage avec 15%. Pour 60% des salariés exposés, il s'agit d'expositions longues (plus de 20 heures par semaine). Toutefois, une protection cutanée est mise à disposition dans 61% des cas et les moyens d'hygiène sont jugés adaptés dans 68% des situations.

...mais des pratiques de prévention mieux maîtrisée

Les mesures et consignes d'hygiène strictes visant à protéger le consommateur dans les industries agro-alimentaires ainsi que les actions mises en œuvre par les préventeurs et promues par les partenaires sociaux ont eu pour effet d'améliorer également la sécurité des salariés. La mise à disposition de protections est relativement répandue et concerne la moitié des salariés. Le niveau de protection s'accroît avec la taille de l'entreprise : 44% des salariés du traitement de la viande sont protégés dans les entreprises de moins de 50 salariés contre 79% dans ceux de plus de 200 salariés. Les médecins qui ont réalisé l'enquête Sumer 2003 ont jugé que des moyens d'hygiène adaptés étaient présents dans la moitié des cas dans l'agroalimentaire et seulement 13% des postes ont été jugés « mauvais pour la prévention du risque biologique ».

Davantage d'exposition à des agents chimiques

Dans l'IAA, près de la moitié des salariés (46,9%) sont exposés à au moins un agent chimique contre 37,5% pour l'ensemble des secteurs d'activité. Les principaux agents chimiques relevés dans le secteur de l'IAA sont : les poussières végétales (18,4% de salariés exposés contre 2,1% dans l'ensemble des secteurs). Parmi ces salariés, 15,4% le sont lors d'épisodes de longue durée (plus de 2 heures par semaine). Viennent ensuite les agents tensio-actifs avec 13,1% de salariés exposés (contre 9,5% dans l'ensemble des secteurs), les bases fortes (7,9% contre 2,6%) et les acides minéraux (7,6% contre 4,7%). Tous les autres agents chimiques recueillent 5% ou moins de salariés exposés à l'exception des autres oxydants (8% contre 5%).

6.1.3 La sinistralité chez les salariés du régime général de l'IAA

Remarque méthodologique

Les données concernant le secteur de l'industrie agro-alimentaire ont été obtenues à partir d'une sélection sur les codes NAF et non pas sur les codes CTN qui regroupent les activités de services, de commerces et les industries alimentaires. Ainsi, la sélection des codes risqués à partir des codes NAF a permis d'exclure les activités de services et de commerces alimentaires et de ne conserver que les industries agro-alimentaires. Les chiffres présentés ici diffèrent de fait de ceux publiés par la Carsat Bretagne et n'ont pas pu être rapprochés des chiffres nationaux portant eux aussi sur l'ensemble des CTN DD « Alimentation ».

Les maladies professionnelles avec arrêt

L'IAA : une situation plus défavorable que l'ensemble des secteurs

Globalement, en Bretagne, tous les indicateurs de la sinistralité concernant le secteur de l'IAA témoignent d'une surexposition des salariés de ce secteur par rapport à l'ensemble des salariés du régime général.

L'IAA : une reconnaissance des maladies professionnelles beaucoup plus fréquentes...

En 2008, le secteur de l'IAA présente en Bretagne une fréquence des maladies professionnelles supérieure de +78% par rapport à l'ensemble des salariés du régime général tous secteurs d'activités confondus. En effet, l'indice de fréquence dans le secteur de l'IAA atteint 18,04 MP pour 1 000 salariés contre 4,05 chez l'ensemble des salariés du régime général.

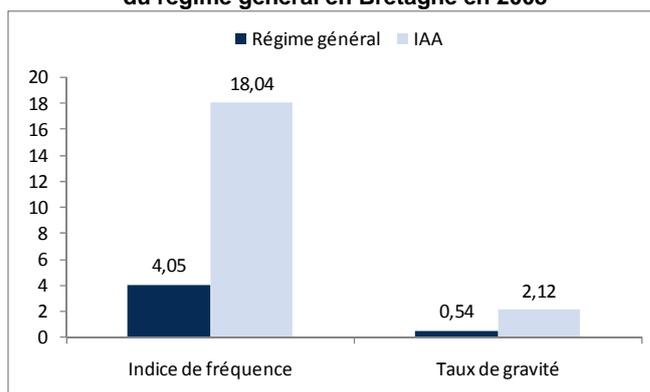
...associée à un taux de gravité plus de 4 fois supérieur à celui de l'ensemble des secteurs d'activité

Parallèlement à cette reconnaissance des MP plus importante dans le secteur de l'IAA, le taux de gravité est aussi plus élevé, plus de 4 fois supérieur au taux de gravité observé chez l'ensemble des salariés du régime général (2,12 journées perdues pour 1 000 heures travaillées dans l'IAA en 2008 contre 0,54 pour l'ensemble des salariés du régime général).

Une reconnaissance des maladies professionnelles et de leur gravité qui s'accroît plus fortement que dans l'ensemble des secteurs

Globalement en Bretagne, entre 2002 et 2008, la fréquence et la gravité des MP se sont accrues plus fortement dans l'IAA que dans l'ensemble des secteurs (respectivement +20,1% contre +10,7% pour la fréquence et +60,5% contre +14,9% pour la gravité). Toutefois, s'agissant du taux de gravité, l'accroissement a été particulièrement remarquable entre 2002 et 2004 (+70%) avant d'amorcer une baisse lente mais progressive qui ne s'est néanmoins pas confirmée en 2008.

Graphique 98 : Indice de fréquence (pour 1 000 salariés) et taux de gravité des maladies professionnelles pour le secteur de l'IAA et pour l'ensemble des salariés du régime général en Bretagne en 2008



Source : Carsat Bretagne

Exploitation ORS Bretagne

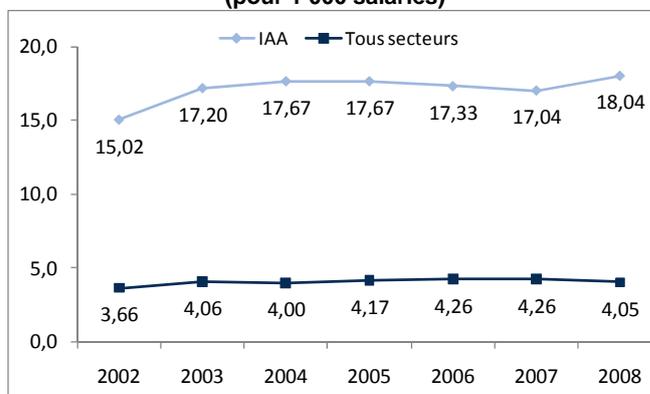
Tableau 6 : Chiffres-clés sur les maladies professionnelles dans l'IAA en Bretagne entre 2002 et 2008

	2002	2008	évolution en % 2002-2008
Effectifs	54580	57750	+5,8%
Nombre d'arrêt	820	1042	+27,1%
Indice de fréquence	15,02	18,04	+20,1%
Taux de gravité	1,32	2,12	+60,5%

Source : Carsat Bretagne

Exploitation ORS Bretagne

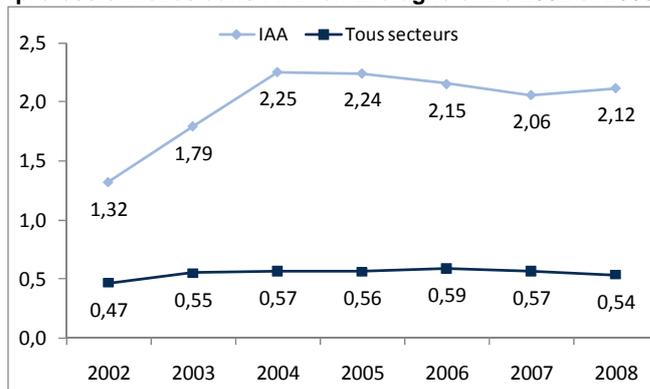
Graphique 99 : Evolution de l'indice de fréquence des maladies professionnelles dans l'IAA et dans l'ensemble des secteurs d'activité en Bretagne entre 2002 et 2008 (pour 1 000 salariés)



Source : Carsat Bretagne

Exploitation ORS Bretagne

Graphique 100 : Evolution du taux de gravité des maladies professionnelles dans l'IAA en Bretagne entre 2002 et 2008



Source : Carsat Bretagne

Exploitation ORS Bretagne

Les accidents du travail avec arrêt

L'industrie agro-alimentaire : un secteur plus accidentogène

Globalement en Bretagne en 2008, le secteur de l'IAA affiche une fréquence plus élevée des accidents du travail avec arrêt qui s'accompagne d'un taux de gravité lui-aussi supérieur à celui observé dans l'ensemble des secteurs. En effet, avec 72,97 AT pour 1 000 salariés dans l'IAA contre 45,9 pour l'ensemble des salariés du régime général tous secteurs d'activité confondus, l'indice de fréquence des AT avec arrêt est supérieur de + 59% dans l'IAA à celui de l'ensemble des secteurs. Parallèlement, le taux de gravité est aussi supérieur de + 46% dans l'IAA à celui de l'ensemble des salariés du régime général.

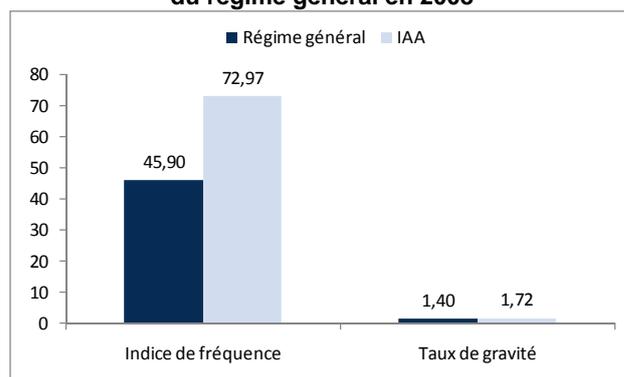
Une situation qui s'améliore plus vite dans le secteur de l'agro-alimentaire...

Entre 2002 et 2008, la fréquence des AT avec arrêt a diminué de -25% dans le secteur de l'IAA en Bretagne, ceci de façon continue tout au long de la période. Cette baisse a été plus importante que celle relevée pour l'ensemble des secteurs d'activité dans la région (-14%).

...accompagnée d'une diminution du taux de gravité également plus forte

Entre 2002 et 2008, le taux de gravité des AT avec arrêt a également baissé de - 29% dans le secteur de l'IAA en Bretagne. Comme pour l'indice de fréquence, la diminution du taux de gravité dans l'IAA a aussi été 4 fois plus importante que celle relevée pour l'ensemble des secteurs (- 7%).

Graphique 101 : Indice de fréquence (pour 1 000 salariés) et taux de gravité des accidents du travail pour le secteur de l'IAA et pour l'ensemble des salariés du régime général en 2008



Source : Carsat Bretagne

Exploitation ORS Bretagne

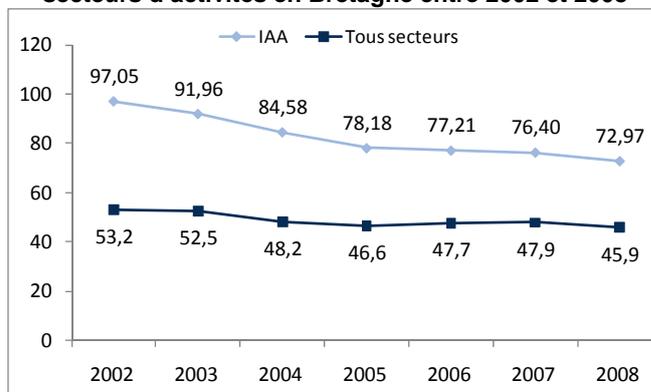
Tableau 7 : Chiffres-clés sur les accidents du travail avec arrêt dans l'IAA en Bretagne entre 2002 et 2008

	2002	2008	évolution en % 2002-2008
Effectifs de salariés	54580	57750	+5,8%
Nombre d'AT avec arrêt	5297	4214	-20,4%
Indice de fréquence	97,05	72,97	-24,8%
Taux de gravité	2,42	1,72	-28,7%

Source : Carsat Bretagne

Exploitation ORS Bretagne

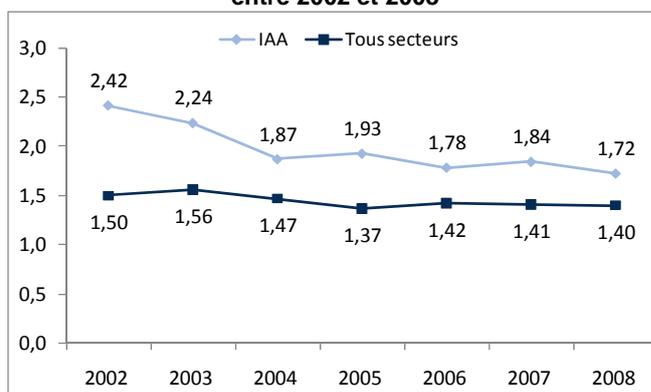
Graphique 102 : Evolution de l'indice de fréquence des accidents de travail dans l'IAA et dans l'ensemble des secteurs d'activités en Bretagne entre 2002 et 2008



Source : Carsat Bretagne

Exploitation ORS Bretagne

Graphique 103 : Evolution du taux de gravité des accidents du travail dans l'IAA en Bretagne entre 2002 et 2008



Source : Carsat Bretagne

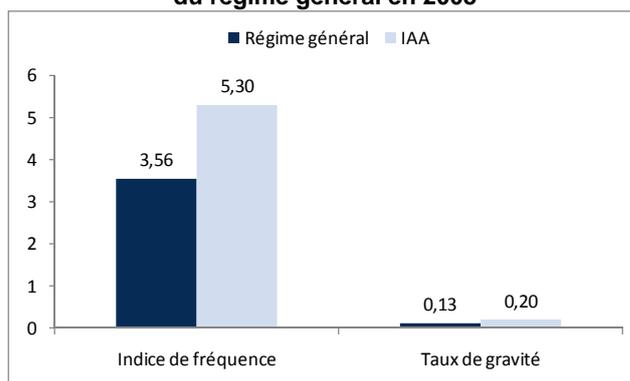
Exploitation ORS Bretagne

Les accidents du trajet

L'IAA : une plus grande fréquence des accidents de trajet associée à une gravité elle aussi plus élevée que dans l'ensemble des secteurs d'activité

Globalement, en 2008, le secteur de l'IAA présente une fréquence des accidents de trajet supérieure de + 49% à l'ensemble des secteurs (5,30 accidents de trajet pour 1 000 salariés dans l'IAA contre 3,56 dans l'ensemble des secteurs d'activité). Parallèlement, le taux de gravité dans l'IAA est supérieur de + 54% à celui relevé dans l'ensemble des secteurs.

Graphique 104 : Indice de fréquence (pour 1 000 salariés) et taux de gravité des accidents de trajet pour le secteur de l'IAA et pour l'ensemble des salariés du régime général en 2008



Source : Carsat Bretagne

Exploitation ORS Bretagne

Tableau 8 : Chiffres-clés sur les accidents de trajet dans l'IAA en Bretagne entre 2002 et 2008

	2002	2008	évolution en % 2002-2008
Effectifs	54580	57750	+5,8%
Nombre d'accidents de trajet	346	306	-11,6%
Indice de fréquence	6,34	5,30	-16,4%
Taux de gravité	0,22	0,20	-7,8%

Source : Carsat Bretagne

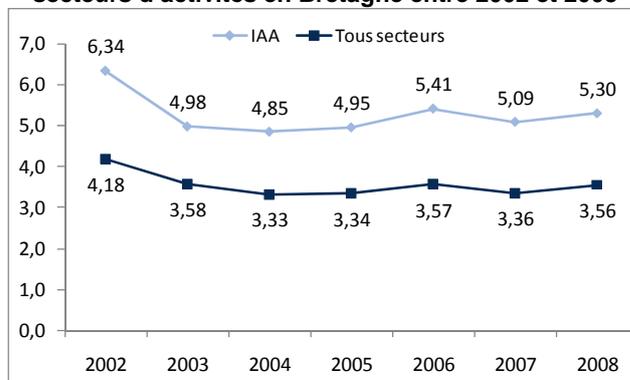
Exploitation ORS Bretagne

Une relative stabilité de la fréquence des accidents de trajet depuis 2004

Hormis, la forte diminution de la fréquence des accidents de trajet observé entre 2002 et 2003 en Bretagne, la tendance est à une relative stabilité des indices, exception faite des années 2006 et 2008 où l'on note une légère augmentation de l'indice de fréquence.

L'évolution est comparable entre le secteur de l'IAA et l'ensemble des secteurs, traduisant ainsi l'absence de spécificité sectorielle impactant l'évolution de la fréquence des accidents de trajet.

Graphique 105 : Evolution de l'indice de fréquence des accidents de trajet dans l'IAA et dans l'ensemble des secteurs d'activités en Bretagne entre 2002 et 2008



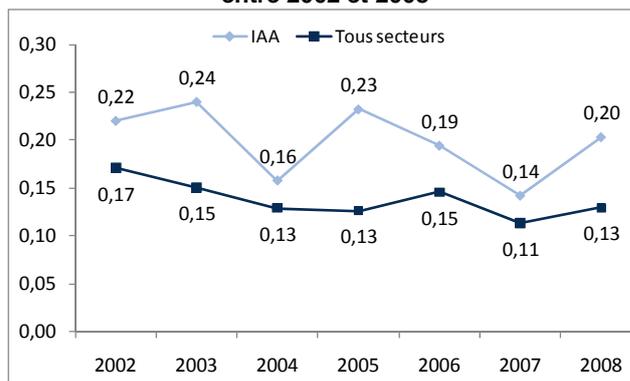
Source : Carsat Bretagne

Exploitation ORS Bretagne

Une forte variabilité du taux de gravité de l'IAA au cours du temps

Entre 2002 et 2008, bien que le taux de gravité de l'IAA ait baissé de -7,8% en Bretagne, il ne se dégage pas de réelle tendance dans l'évolution du taux de gravité dans le secteur de l'IAA, celui étant tantôt en hausse tantôt en baisse contrairement à la courbe du taux de gravité pour l'ensemble des secteurs d'activité qui traduit quant à elle une tendance globale à la baisse (bien que celle-ci ne se soit pas confirmée en 2008). Cette forte variabilité régionale selon les années s'explique probablement par la faiblesse des effectifs concernés.

Graphique 106 : Evolution du taux de gravité des accidents du trajet dans l'IAA en Bretagne entre 2002 et 2008



Source : Carsat Bretagne

Exploitation ORS Bretagne

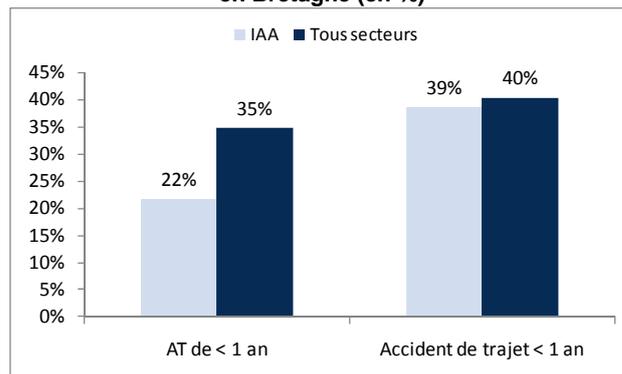
Approche des accidents du travail et de trajet par ancienneté des salariés

Les résultats qui suivent doivent être interprétés avec prudence : en l'absence de données sur les effectifs de salariés par sexe et par élément matériel, les taux n'ont pu être calculés.

Une fréquence moindre des accidents de travail chez les nouveaux embauchés dans l'IAA (< 1 an)

En 2008 en Bretagne, les nouveaux embauchés dans le secteur de l'IAA ont moins fréquemment des AT que ceux de l'ensemble des secteurs (22% contre 35%). En revanche, le risque d'être impliqué dans un accident de trajet est similaire chez les nouveaux embauchés de l'IAA vis-à-vis de ceux de l'ensemble des secteurs d'activité.

Graphique 107 : Proportion des accidents du travail et des accidents de trajet chez les nouveaux embauchés en Bretagne (en %)



Source : Carsat Bretagne Exploitation ORS Bretagne

Approche des accidents du travail selon le sexe, l'activité et l'élément matériel en cause

Les données présentées selon le sexe, l'activité et l'élément matériel en cause ont été obtenues par une sélection à partir des comités techniques nationaux (CTN), contrairement aux données précédentes qui reposent sur une sélection des codes NAF. Ainsi, l'ensemble de la CTN DD « Alimentation » est pris en compte.

Par ailleurs, les résultats qui suivent doivent être interprétés avec prudence : en l'absence de données sur les effectifs de salariés par sexe et par élément matériel, les taux n'ont pu être calculés.

Une majorité d'AT concerne des hommes dans le secteur alimentation

En 2008, 56% des accidents du travail ont concerné des hommes et 46% des femmes

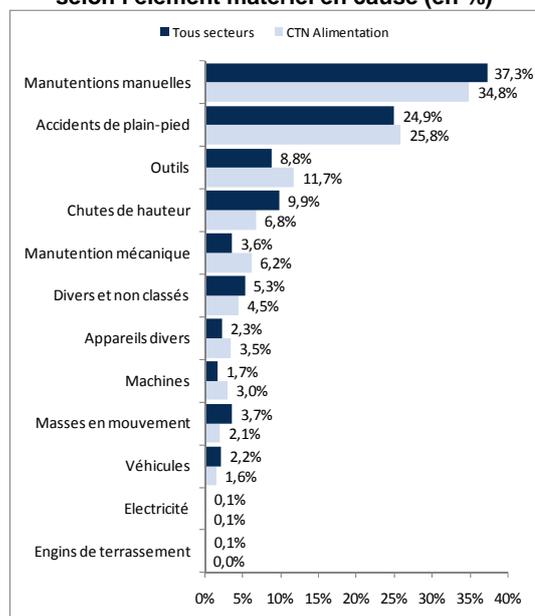
Les principales causes d'AT dans le secteur alimentation

En 2008, comme pour l'ensemble des secteurs, les éléments matériels les plus fréquemment en cause dans les AT avec arrêt du secteur de l'alimentation sont les manutentions manuelles, les accidents de plain-pied, les outils et les chutes de hauteur. Notons que la proportion d'AT avec arrêt est plus élevée dans le secteur de l'alimentation que pour l'ensemble des secteurs d'activité notamment pour les outils (11,7% contre 8,8%), la manutention mécanique (6,2% contre 3,6%) et les machines (3,0% contre 1,7%).

Les accidents du travail le plus souvent en lien avec le traitement des viandes

Les activités en lien avec le traitement de la viande (abattage, découpe, préparation industrielle et production de viande de volailles) sont les plus fréquemment responsables d'AT avec arrêt représentent 24% de l'ensemble des AT avec arrêt.

Graphique 108 : Répartition des accidents du travail selon l'élément matériel en cause (en %)



Source : Carsat Bretagne Exploitation ORS Bretagne

Tableau 9 : Nombre d'accidents du travail par activités selon le sexe et répartition (en %) dans le secteur alimentation

Activités détaillées	Hommes	Femmes	Ensemble	% du total
Commerces de détail, hypermarchés, supermarchés, supérettes	663	1088	1751	22%
Restaurants, cantines	522	607	1129	14%
Préparation industrielle de produits à base de viande (y compris boyanderie)	475	275	750	9%
Fabrication d'aliments y compris fabrication industrielle de pain et pâtisserie	488	206	694	9%
Abattage de viande	422	135	557	7%
Hébergement (Hôtels, foyers, colonies, auberge)	229	256	485	6%
Commerces de gros	373	88	461	6%
Production de viandes de volailles	251	184	435	5%
Industrie du poisson	179	198	377	5%
Abattage du bétail	208	71	279	3%
Biscotterie, biscuiterie, pâtisserie de conservation et cuisson de produits de boulangerie	103	116	219	3%
Traiteurs et Transformation (café, fruits,	123	84	207	3%
Boulangerie-pâtisserie (seule, avec ou sans vente confiserie)	96	57	153	2%
Expédition de produits de la mer et d'eau douce, mareyeur	91	42	133	2%
Débites de boisson (brasserie, cafés)	32	36	68	1%
Charcuterie artisanale	26	22	48	1%
Pâtisserie artisanale	18	27	45	1%
Autres activités	240	83	323	4%
TOTAL	4539	3575	8114	100%

Source : Carsat Bretagne

6.1.4 La sinistralité chez les salariés du régime agricole du secteur de la coopération

Le régime agricole distingue 8 grands secteurs d'activité parmi lesquels le secteur de la coopération qui regroupe les activités de services liées à l'industrie agro-alimentaire (voir en annexe 4 la liste des activités incluses dans le secteur de la coopération).

Ainsi, le secteur de la coopération permet d'approcher la sinistralité du travail chez les salariés du régime agricole dans l'industrie agro-alimentaire.

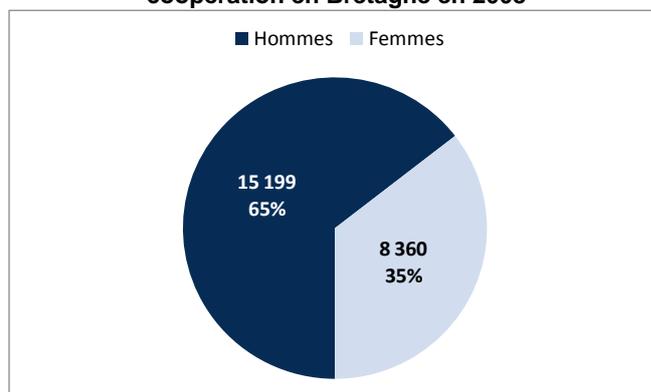
Un salarié du régime agricole sur cinq travaille dans le secteur de la coopération

En 2008, avec 23 559 salariés, le secteur de la coopération représente 21% des salariés du régime agricole. Ce sont majoritairement des hommes (65%).

Les activités d'approvisionnement regroupent plus du tiers des salariés de la coopération

Quatre types d'activités regroupent à elles seules plus des trois quarts (76%) des salariés du secteur de la coopération. En premier lieu, l'activité d'approvisionnement (36% des salariés de ce secteur). Viennent ensuite les activités de traitement de la viande (y compris le traitement des viandes de volaille) qui regroupent 26% des salariés. Si le traitement de la viande hors volailles concerne autant d'hommes que de femmes, en revanche le traitement des viandes de volailles est une activité qui prédomine chez les femmes. En troisième position se classent les activités de stockage, conditionnement de fleurs, fruits et légumes, suivies en quatrième position par le traitement des viandes de volaille, activité à prédominance féminine forte.

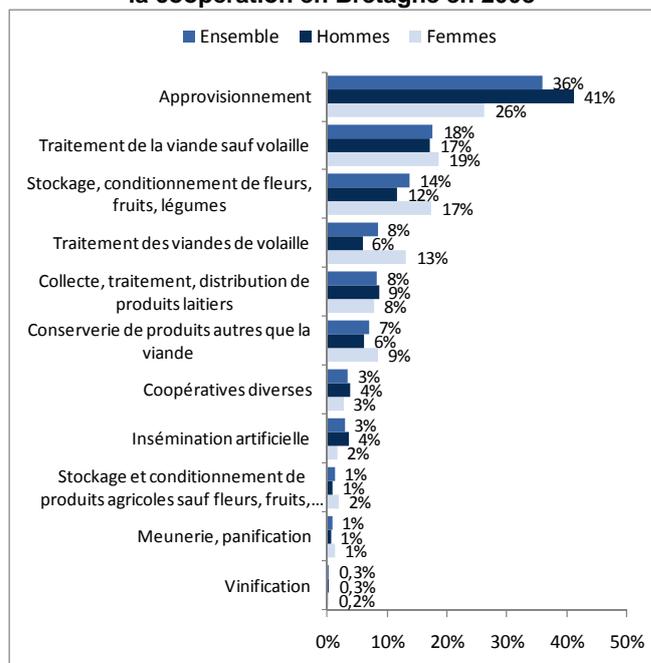
Graphique 109 : Nombre et répartition (en %) selon le sexe des salariés employés dans le secteur de la coopération en Bretagne en 2008



Source : MSA

Exploitation ORS Bretagne

Graphique 110 : Répartition (en %) des effectifs de salariés selon le sexe et le type d'activités du secteur de la coopération en Bretagne en 2008*



Source : MSA

Exploitation ORS Bretagne

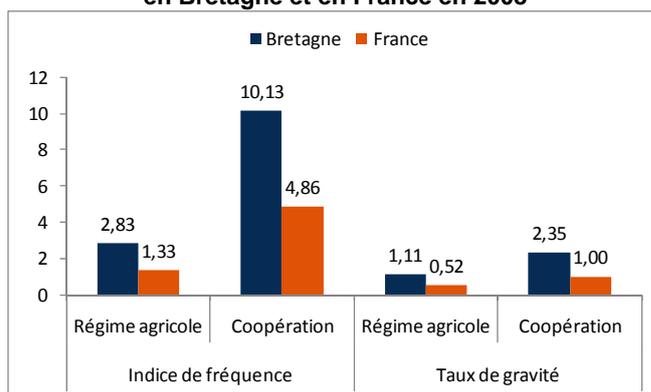
*En 2008, les activités de sucrerie-distillerie n'emploient pas de salariés affiliés au régime agricole en Bretagne

La sinistralité dans le secteur de la coopération par rapport à l'ensemble des secteurs d'activité du régime agricole : chiffres comparatifs

Les maladies professionnelles plus fréquentes et plus graves dans le secteur de la coopération que dans l'ensemble des secteurs d'activité dépendant du régime agricole

En 2008, en Bretagne comme en France, le secteur de la coopération présente une fréquence et une gravité des MP plus élevées que celles observées dans l'ensemble des secteurs d'activité dépendant du régime agricole. En effet, en 2008 en Bretagne, la reconnaissance des MP dans le secteur de la coopération est 3,6 fois supérieure à celle de l'ensemble des salariés du régime agricole. Parallèlement, le taux de gravité est quant à lui plus de 2 fois plus élevé dans le secteur de la coopération que dans l'ensemble des secteurs d'activité bretons.

Graphique 111 : Indice de fréquence (pour 1 000 salariés) et taux de gravité des maladies professionnelles en Bretagne et en France en 2008

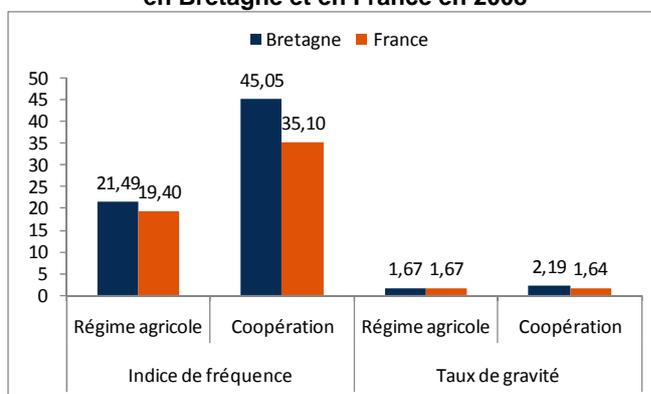


Source : MSA Exploitation ORS Bretagne

Les accidents du travail plus fréquents et plus graves dans le secteur de la coopération que dans l'ensemble des secteurs en Bretagne

En 2008, en Bretagne comme en France, les AT avec arrêt sont beaucoup plus fréquents chez les salariés agricoles du régime de la coopération que pour l'ensemble des salariés toutes activités confondues. Cette surexposition des salariés de la coopération est plus marquée en Bretagne qu'en France (+110% contre +81% au niveau national). S'agissant de la gravité des AT avec arrêt, les salariés bretons de la coopération accusent un taux de gravité supérieur de +31% à celui observé pour l'ensemble des secteurs d'activités alors qu'en France les taux de gravité entre salariés de la coopération et tous secteurs confondus sont proches.

Graphique 112 : Indice de fréquence (pour 1 000 salariés) et taux de gravité des accidents de travail en Bretagne et en France en 2008

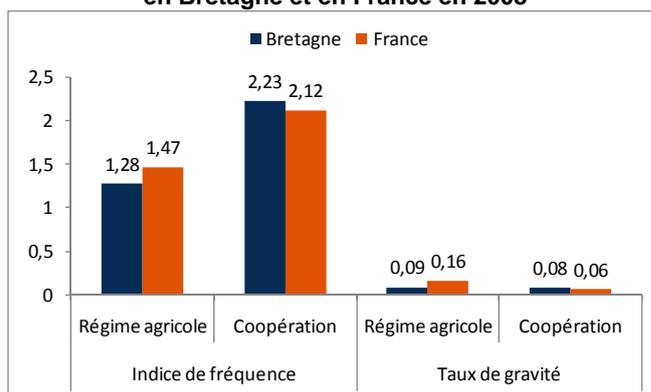


Source : MSA Exploitation ORS Bretagne

Les accidents de trajet plus fréquents mais de gravité équivalente dans le secteur de la coopération vis-à-vis de l'ensemble des secteurs en Bretagne

En 2008, en Bretagne comme en France, l'indice de fréquence des accidents de trajet est plus élevé pour les salariés de la coopération que pour l'ensemble des salariés du régime agricole, la différence étant plus importante en Bretagne qu'en France (respectivement +74% contre +44%). Cependant, s'agissant du taux de gravité, il n'y a pas de différence en Bretagne entre le secteur de la coopération et l'ensemble des secteurs d'activité tandis qu'en France, la gravité des accidents de trajet est moindre pour les salariés de la coopération par rapport à l'ensemble des salariés du régime agricole.

Graphique 113 : Indice de fréquence (pour 1 000 salariés) et taux de gravité des accidents de trajet en Bretagne et en France en 2008



Source : MSA Exploitation ORS Bretagne

Les maladies professionnelles dans le secteur de la coopération

Plus de la moitié des maladies professionnelles sont reconnues chez les salariés de la coopération en Bretagne contre un tiers en France

En 2008, avec 272 MP recensées pour le secteur de la coopération (56% de l'ensemble des MP en Bretagne), ce secteur se classe au 1^{er} rang des secteurs où le nombre de MP est le plus élevé.

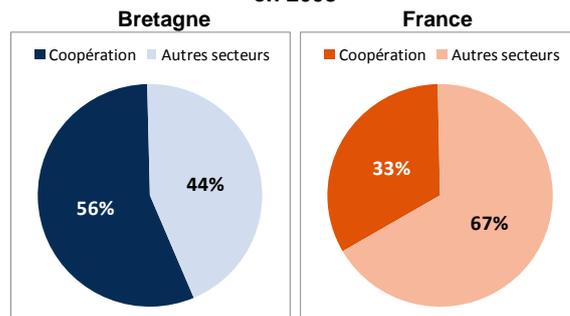
Le traitement de la viande : plus des deux tiers des maladies professionnelles du secteur en Bretagne

En 2008, le secteur du traitement de la viande (hors volaille) arrive au 1^{er} rang avec 185 MP recensées, soit 68% des MP du secteur de la coopération en Bretagne. En seconde position le traitement des viandes de volailles représentent 15% de l'ensemble des MP du secteur coopération. A elles seules, ces deux activités regroupent 83% des MP, proportion nettement plus élevée qu'en France (62%).

Le traitement de la viande : la branche d'activité entraînant la plus grande reconnaissance de maladies professionnelles en Bretagne devant la meunerie panification

En 2008, les activités de traitement de la viande représentent le secteur où la reconnaissance des MP est la plus fréquente et ce, davantage en Bretagne qu'en France. En effet, avec 41,58 MP reconnues pour 1 000 salariés en Bretagne contre 27,68 MP pour 1 000 salariés en France, l'indice de fréquence breton est nettement plus élevé qu'en France. Les activités de meunerie et panification qui représentent seulement 1% des salariés de la coopération se classent en 2^{ème} position des activités où la reconnaissance de MP est la plus fréquente avec un indice de fréquence de 27,47 MP pour 1 000 salariés, soit une fréquence plus de 3 fois supérieure à celle relevée au niveau national (8,15 MP pour 1 000 salariés). Enfin, les activités de traitement des viandes de volailles se classent en 3^{ème} position des activités générant le plus de reconnaissance de MP dans la région avec 13,63 MP pour 1 000 salariés, soit une fréquence peu différente de celle observée en moyenne nationale.

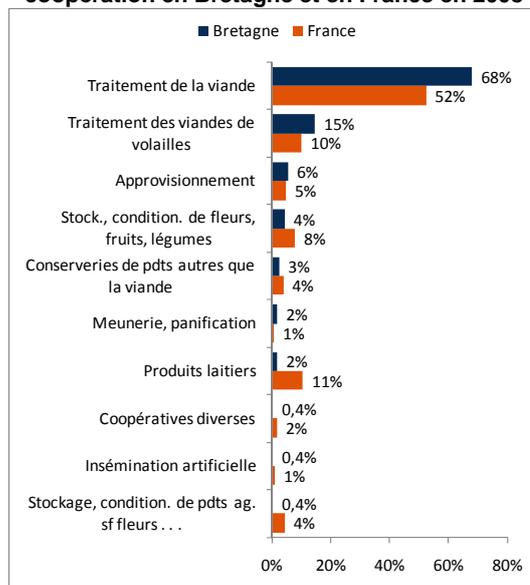
Graphique 114 : Part (en %) des maladies professionnelles dans le secteur de la coopération en Bretagne et en France en 2008



Source : MSA

Exploitation ORS Bretagne

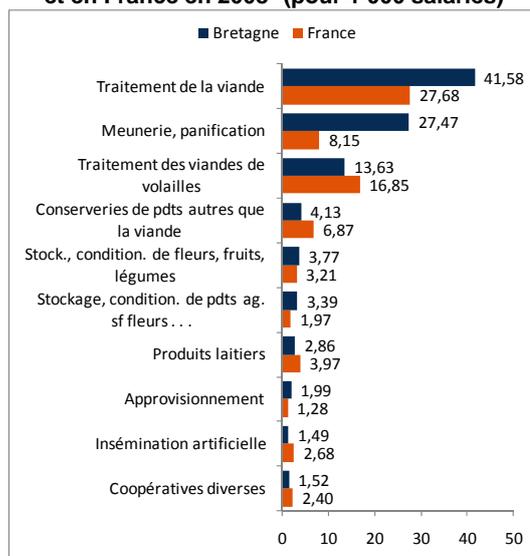
Graphique 115 : Répartition (en %) des maladies professionnelles selon les secteurs d'activité de la coopération en Bretagne et en France en 2008



Source : MSA

Exploitation ORS Bretagne

Graphique 116 : Indice de fréquence des maladies professionnelles selon les secteurs d'activité en Bretagne et en France en 2008* (pour 1 000 salariés)



Source : MSA

Exploitation ORS Bretagne

*à l'exception des secteurs de la vinification et de la sucrerie-distillerie pour lesquels aucune MP n'a été reconnue en Bretagne en 2008

Les accidents du travail avec arrêt dans le secteur de la coopération

Un tiers des accidents de travail sont imputés au secteur de la coopération en Bretagne, soit deux fois plus souvent qu'en France

En 2008, avec 1 210 AT avec arrêt recensés dans le secteur de la coopération (un tiers de l'ensemble des AT avec arrêt), ce secteur se classe au second rang des secteurs regroupant le plus grand nombre d'AT avec arrêt derrière le secteur de la culture et de l'élevage (37%).

Le traitement de la viande : plus du tiers des accidents du travail du secteur en Bretagne

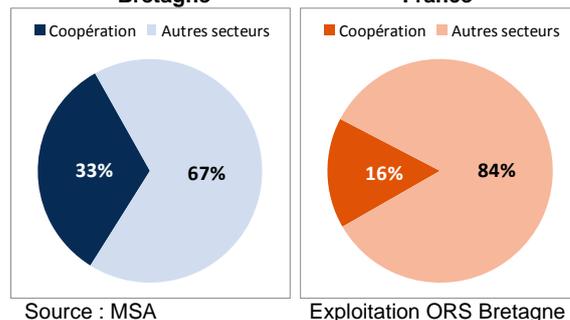
En 2008 en Bretagne, l'activité du traitement de la viande se classe en première position avec plus du tiers (37%) des accidents de travail du secteur de la coopération suivie par l'approvisionnement avec 19% des AT. On peut remarquer que cette activité ne pèse environ qu'un quart des AT recensés au niveau national.

Une surexposition des salariés bretons par rapport à leurs homologues français qui se retrouvent dans presque toutes les branches d'activité de la coopération, à l'exception de la conserverie et du traitement des volailles

Avec seulement 1% de l'ensemble des salariés du monde agricole en Bretagne et 3% des AT avec arrêt (soit 31 AT en 2008), l'activité de meunerie panification se classe au premier rang des activités de la coopération les plus accidentogènes avec 170,33 AT avec arrêt pour 1 000 salariés contre 65,19 en France. Toutefois, la prudence est de mise dans l'interprétation des écarts compte tenu de la faiblesse des effectifs concernés en Bretagne.

Les autres activités du secteur de la coopération, les plus importantes en termes d'emploi, affichent toutes des indices de fréquence supérieurs dans la région à ceux observés en France à l'exception des activités de conserverie et de traitement de la viande de volaille.

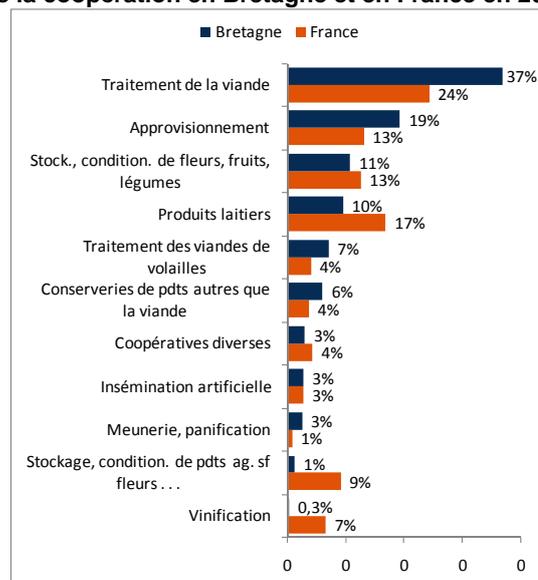
Graphique 117 : Part (en %) des accidents du travail dans le secteur de la coopération en Bretagne et en France en 2008



Source : MSA

Exploitation ORS Bretagne

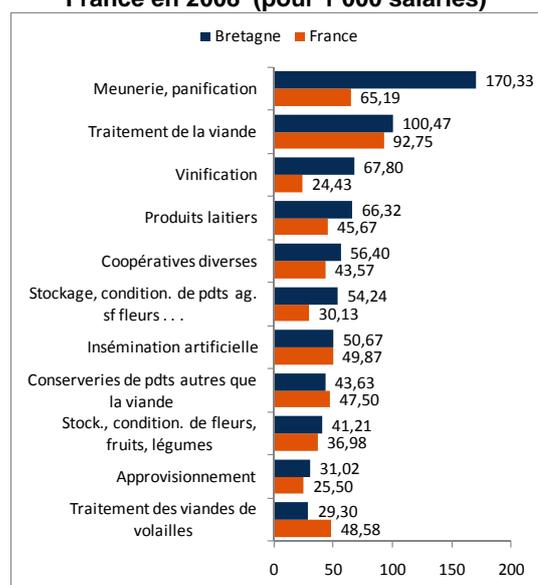
Graphique 118 : Répartition (en %) des accidents du travail selon les secteurs d'activité composant le secteur de la coopération en Bretagne et en France en 2008



Source : MSA

Exploitation ORS Bretagne

Graphique 119 : Indice de fréquence des accidents du travail selon les secteurs d'activité en Bretagne et en France en 2008 (pour 1 000 salariés)



Source : MSA

Exploitation ORS Bretagne

*à l'exception des secteurs de la vinification et de la sucrerie-distillerie pour lesquels aucun AT n'a été recensé en Bretagne en 2008

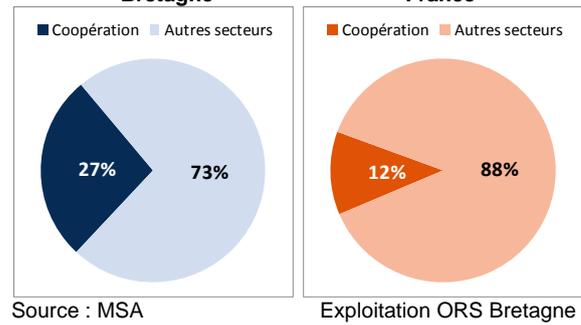
Les accidents de trajet dans le secteur de la coopération

Plus du quart des accidents de trajet sont imputés au secteur de la coopération en Bretagne contre 12% en France

En 2008, avec 60 accidents de trajet dans le secteur de la coopération soit plus du quart (27%) de l'ensemble des accidents de trajet recensés en Bretagne, ce secteur se positionne au second rang des secteurs où le nombre d'accidents de trajet sont les plus nombreux, juste derrière le secteur de la culture et de l'élevage (32%).

On peut par ailleurs noter que l'étude de la répartition des accidents de trajet selon l'activité présente peu d'intérêt au regard du faible nombre d'événements concernés.

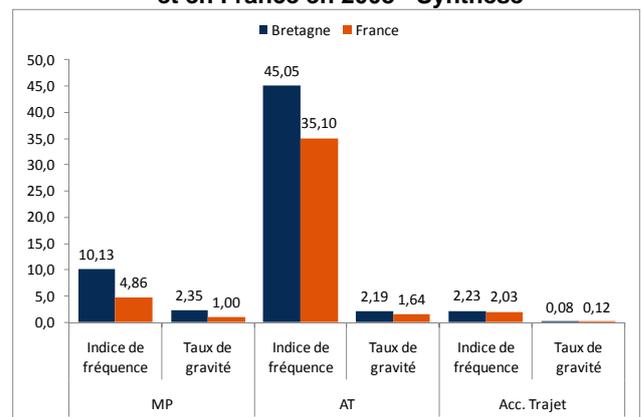
Graphique 120 : Part (en %) des accidents de trajet dans le secteur de la coopération en Bretagne et en France en 2008



En résumé, la coopération : un secteur nettement plus à risque en Bretagne qu'en France

Globalement, à l'exception du taux de gravité des accidents de trajet, tous les indicateurs de la sinistralité dans le secteur de la coopération confirment une surexposition des salariés de ce secteur en Bretagne vis-à-vis de ceux du même secteur observés en France.

Graphique 121 : principaux indicateurs de la sinistralité dans le secteur de la coopération en Bretagne et en France en 2008 - Synthèse



FOCUS 14 : Enquête Santé au Travail dans les industries de la viande en Bretagne (STIVAB)

CONTEXTE ET OBJECTIFS

En Bretagne, la filière viande (abattage et découpe de gros animaux et de volailles) regroupe près de 30 % de l'effectif salarié national de ce secteur. Cette filière connaît des difficultés à la fois en termes d'emploi (absentéisme, turn-over,...) et en termes de santé des salariés. Ces derniers sont exposés de façon prolongée au froid, au bruit, à des gestes et postures contraignants etc. C'est dans ce contexte que diverses pathologies professionnelles apparaissent : Troubles musculo-squelettiques (TMS), pathologies cutanées, maladies infectieuses,...

Face à ce constat, et à l'initiative du Comité régional de protection sociale des salariés des caisses MSA de Bretagne, une étude a été réalisée en 2003 par un groupe de travail composé de médecins du travail, de conseillers de prévention de la MSA et d'experts scientifiques en vue de proposer des actions de préventions adaptées à cette filière. « *L'objectif de cette étude est d'évaluer l'état de santé perçue physique et psychique des salariés de cette filière, en relation avec leur contraintes de travail, physiques, organisationnelles et psychosociales* »

POPULATION CIBLE

Les salariés travaillant dans des entreprises d'abattage et de découpe, dépendants du régime agricole dans les quatre départements de Bretagne, soit un total de 6 000 salariés.

METHODOLOGIE

Il s'agit d'une étude épidémiologique transversale. L'enquête comporte deux parties :

La première s'adresse à la population des salariés dans son ensemble par le biais d'un auto-questionnaire postal. Le questionnaire comportait des variables relatives à l'emploi, à l'organisation du travail et aux caractéristiques sociodémographiques. Les facteurs psychosociaux au travail ont été renseignés par le questionnaire Karasek³². La santé perçue a quant à elle été évaluée par l'indicateur de santé perçue de Nottingham (ISPN)³³.

La deuxième partie concerne un sous échantillon représentatif des salariés de la production (environ 1000 salariés). Ces derniers ont été interrogés et examinés lors d'une visite médicale. En parallèle, une analyse portant sur l'association entre les conditions de travail et la santé perçue a été réalisée dans le but de construire une matrice emplois- exposition (590 salariés).

Afin de vérifier la représentativité de l'échantillon, ce dernier a été comparé à la population source pour trois variables : l'appartenance à chacune des trois filières (bœuf, porc, volaille), le sexe et l'âge. Cette comparaison révèle que l'échantillon observé est très proche de la population source pour ces trois variables.

PRINCIPAUX RESULTATS

- Le taux de participation est de 49,5 % pour l'enquête par questionnaire postal (et donc un taux que l'on peut considérer comme très bon vis-à-vis de la méthodologie employée) et de 90,8 % pour celle concernant les salariés de production.
- La répartition des répondants au sein de l'ensemble des salariés est de 53,5 % d'hommes, 46,5 % de femmes, avec une moyenne d'âge de 38,7 ans. Plus de 90 % des salariés ont un CDI et plus de 80 % travaillant en production. La répartition par secteur diffère selon le sexe : Les hommes travaillent davantage dans la filière porcine et les femmes dans la filière volaille. L'ancienneté des salariés dans la filière viande est d'environ 12 ans. En production 58 % des hommes et 30 % des femmes ont commencé à travailler avant 16 ans.
- De manière générale, les résultats révèlent une mauvaise santé perçue chez les salariés, particulièrement chez les femmes et les salariés les plus âgés. Cette mauvaise santé perçue est en lien à la fois avec des contraintes physiques, psychosociales et organisationnelles.
- Les prévalences de mauvaise santé perçue sont plus élevées pour les dimensions de l'ISPN (à l'exception de l'isolement social chez les femmes) comparativement à celles évaluées dans d'autres enquêtes menées en milieu de travail (Estev, Gazel)³⁴, les écarts entre les scores féminins des différentes enquêtes les plus notables s'observent pour la dimension « douleur ».

Comparaison des scores (sur 100) issus de l'ISPN chez les femmes avec deux autres études françaises, Gazel et Estev

	Stivab	Estev	Gazel	Stivab	Estev	Gazel
	30-40 ans	37 ans	37-41 ans	40-50 ans	47 ans	42-46 ans
Douleur	19,8	6,5	7,5	24,6	12,4	9,2
Tonus - Energie	23,9	13,7	23,4	27,0	16,9	24,8
Réactions émotionnelles	23,0	13,7	19,4	22,1	15,4	19,6
Sommeil	21,4	14,9	20,8	30,0	21,0	24,1
Isolements	7,4	6,0	9,2	9,3	7,2	10,4

Source : Rapport - Enquête épidémiologique - STIVAB 2003

³² Ce questionnaire évalue trois dimensions de l'environnement psychosocial au travail : la demande psychologique, la latitude décisionnelle et le soutien social.

³³ Auto-questionnaire qui mesure la perception de santé dans six dimensions : la douleur, le tonus, l'énergie, les réactions émotionnelles, le sommeil, l'isolement social.

³⁴ Estev : enquête longitudinale sur plus de 20 000 salariés de 37 à 52 ans, de secteurs et CSP variés (1990). Gazel : suivi d'une cohorte sur 20 000 volontaires de EDF-GDF âgés de 35 à 50 ans (à partir de 1989).

PRINCIPAUX RESULTATS (suite)

- Chez les hommes, 41 % des salariés de la production déclarent souffrir d'une demande psychologique forte, d'une latitude décisionnelle faible (50 %) et d'un soutien social faible (49%). Après application du modèle de Karasek, près du quart des salariés masculins (22%) subit donc une situation de tension au travail. Chez les femmes, ces proportions sont respectivement de 45%, 68% et 58%, soit le tiers des salariés féminins (32%) qui sont soumis à une situation de tension au travail.
- L'insuffisance de moyen pour réaliser un travail, l'âge précoce du premier emploi et les horaires de travail perturbant les cycles du sommeil sont autant de facteurs liés à une mauvaise santé perçue.
- Les facteurs psychosociaux sont également associés à une mauvaise santé perçue.
- Les salariés de la production ont une exposition aux facteurs psychosociaux plus élevée que l'ensemble de la population.
- Parmi les salariés de la production, 89% des hommes et 92% des femmes déclarent avoir eu au moins un problème lié à un trouble musculo-squelettique (TMS) durant les 12 derniers mois. Une grande part des TMS concernent les épaules et les poignets-mains et touchent plus particulièrement les femmes.
- La dépressivité mesurée selon le CES-D³⁵ à partir de la matrice emplois-expositions concerne 11,3% des hommes et 10,4% des femmes. La souffrance psychique semble être associée à la forte demande au travail pour les femmes et à l'insuffisance de moyens pour effectuer un travail de qualité pour les hommes.

LIMITES DE L'ENQUÊTE

- L'échantillon utilisé pour la construction de la matrice emplois-exposition est relativement faible (590 salariés) et ne permet pas d'avoir des résultats significatifs.
- Les salariés intérimaires et les salariés des entreprises prestataires de services ont été exclus de l'enquête. Or, ces travailleurs souvent jeunes, peu expérimentés et soumis à des changements de postes fréquents sont plus exposés aux accidents de travail et aux risques sanitaires. Les exclure c'est se priver à la fois d'un indicateur de santé au travail non négligeable et de données sur une population très présente dans le secteur de l'IAA : en 2005, le taux de recours à l'intérim dans ce secteur est le plus élevé en Bretagne (58 % des contrats d'intérim et 41% du volume d'emploi intérimaire de l'industrie en Bretagne)³⁶.
- Les données concernant les accidents du travail, les maladies professionnelles et les reclassements sont présentées dans une version partielle, le reste des données n'ayant pas encore été validées.
- L'enquête transversale implique une mesure des expositions et des effets sanitaires réalisée spécifiquement au moment de la passation de l'enquête. Il n'est donc pas possible de savoir si l'exposition est antérieure ou non au trouble observé.

PERSPECTIVES

- L'étude Stivab constitue un matériau riche en données diversifiées (épidémiologie, ergonomie, psychodynamique du travail et entretiens biographiques) permettant ainsi la mise en place d'action de prévention ciblées et spécifiques à la filière viande.
- Le rapport préconise la mise en place d'un suivi longitudinal de la population, plus approprié pour cerner les relations causales entre expositions et effets sanitaires. Ce qui pourrait se traduire par le développement d'un système de surveillance épidémiologique de l'état de santé et des conditions de travail de la filière viande.
- En tout état de cause, cette étude peut servir d'appui, notamment au niveau de son protocole et du lien fait entre amélioration de la connaissance et prévention, pour de futures études régionales.

³⁵ Questionnaire de dépressivité.

³⁶ Source : Octant n°114 – Octobre 2008.

6.2 Le secteur du bâtiment et des travaux publics (BTP)

L'étude relative au secteur du BTP ne concerne que les salariés du régime général. Elle se structure comme les autres chapitres relatifs aux secteurs ciblés par le cahier des charges établi par la DIRECCTE de Bretagne.

6.2.1 L'emploi dans le BTP en Bretagne

6.2.2 Les conditions de travail et les expositions professionnelles dans le BTP

6.2.3 La sinistralité dans le BTP

6.2.1 L'emploi dans le BTP en Bretagne

Une année 2009 difficile³⁷...

Le BTP, secteur d'activité qui regroupe le bâtiment et les travaux publics, inclut en 2009 76 500 emplois salariés en Bretagne et représente 10,5% de l'ensemble des emplois salariés de la région. L'activité du secteur a ralenti en 2009.

Si tous les grands secteurs ont été éprouvés par la crise, la construction en a proportionnellement plus subi les conséquences en 2009 que les autres secteurs (industrie, commerce et services). Ainsi, la baisse du nombre d'emplois salariés dans le secteur de la construction a été plus importante que pour l'ensemble des secteurs (-4,1% contre -2,4%), soit 3 200 emplois perdus dans la région entre 2008 et 2009. De surcroît, cette diminution de l'emploi dans le BTP en Bretagne a été également plus forte que celle observée dans le BTP en France (-3,4%).

...due au net recul des mises en chantier

Les mises en chantier ont fortement diminué : elles sont en baisse de -22% pour les logements (contre -16% en France) et pour les locaux professionnels (-24% : comparable à la France). Dès 2007, les ménages bretons ont reporté leurs projets immobiliers en Bretagne du fait du renchérissement des crédits associé aux fortes incertitudes pesant sur l'avenir. Les mises en chantiers de logements par les particuliers ont ainsi été nettement moins nombreuses ainsi que les projets des promoteurs rencontrant des difficultés pour écouler les logements de leurs programmes précédents. De la même façon, la construction de locaux professionnels a fortement chuté, notamment pour les locaux industriels et les bâtiments agricoles.

Mais des signes encourageant, précurseurs d'une reprise future ?

Le Plan de relance de l'économie française adopté en 2009 et complété plus récemment par l'annonce en février 2010 de la construction de 140 000 logements sociaux pour couvrir les besoins liés à la crise du logement comprend des actions de soutien au logement, à l'effort de construction, à la rénovation de l'habitat dégradé, à la lutte contre l'insalubrité... ceci afin d'inciter les ménages à l'investissement et accélérer les constructions de logements. Les effets de ces mesures devraient se traduire par la reprise des constructions. En effet, des signes tels que l'amorce d'un rebond dans le calendrier des commandes des entrepreneurs et des entreprises du bâtiment depuis l'été 2010 ainsi que la légère reprise des autorisations de permis de construire au second semestre 2009 (symbolisant le réservoir potentiel de travail des entrepreneurs du bâtiment) permettent d'espérer que l'activité stabilisée à un niveau bas ne le reste pas.

Le BTP : un secteur qui forme et qui est attractif pour les jeunes hommes de moins de 26 ans³⁸

Si, au 30 juin 2006, le tertiaire concentre la majorité voire l'essentiel des formations en contrat de professionnalisation et en apprentissage, le BTP n'en est pas exempt puisque 9% des contrats de professionnalisation et 16% des contrats en apprentissage ciblent le secteur de la construction.

Au 30 juin 2010, parmi les 8 principaux domaines professionnels recherchés par les jeunes, les métiers de la construction figurent en bonne place, essentiellement chez les hommes. Parmi les 10 métiers les plus fréquemment cités par les hommes, 4 métiers du BTP sont évoqués : ouvrier maçonnerie (3%), électricien du BTP (2,7%), assistant Travaux publics et gros œuvre (2,5%) et peintre en bâtiment (2,3%). En 2007, le contrat d'objectifs régional Emploi Formation pour le bâtiment en Bretagne identifiait la nécessité du fait que les jeunes de moins de 26 ans représentent environ 20% des effectifs salariés du bâtiment (alors qu'ils n'était que 14%) afin de répondre aux besoins de rajeunissement des métiers du bâtiment.

Le BTP : 3^{ème} employeur régional d'intérimaires³⁹

Après l'industrie (52%) et les services (23%), le BTP est le 3^{ème} secteur d'activité qui emploie des intérimaires avec 13% de l'ensemble des contrats d'intérim en Bretagne, soit plus de 104 000 contrats en 2005. Le taux de recours dans le BTP est aussi élevé puisque le volume d'heures des missions d'intérim représente 9,1% du volume d'heures effectuées par les salariés du BTP contre 3,8% pour l'ensemble des secteurs au niveau régional. Il s'agit moins souvent de personnes jeunes. En effet, la part du volume de l'emploi intérimaire effectué par des salariés de moins de 25 ans est la plus faible dans le secteur de la construction (21,2%). Par ailleurs, le BTP propose des missions en moyenne un peu plus longue que celles offertes par l'ensemble des secteurs d'activité (2,7 semaines contre 2,2 au niveau régional).

³⁷ « Bilan économique et social 2009 » - Insee Bretagne, Octant Analyses – Avril 2010.

³⁸ Baromètre de la demande d'emploi au 30 juin 2010 – Dirrecte Bretagne, n°2 – Septembre 2010.

³⁹ « L'industrie bretonne » - Insee Bretagne, Octant n°114 – Octobre 2008.

6.2.2 Les conditions de travail et les expositions professionnelles dans le BTP⁴⁰

Les résultats présentés ci-après reposent sur une exploitation nationale des données de l'enquête Sumer en 2003 (Cf. Chapitre 4 « Données de cadrage expositions et risques professionnels »).

Rappelons qu'une nouvelle édition de cette enquête est actuellement en cours dont les résultats devront être pris en compte afin d'actualiser les éléments présentés ci-après, notamment si ces résultats permettent une exploitation régionale non réalisable à partir de l'édition 2003.

Par ailleurs et contrairement aux chapitres concernant les secteurs de l'IAA et des services à la personne pour lesquels la population salariée de ces secteurs était comparée à l'ensemble des salariés (incluant donc les secteurs ciblés), l'analyse qui suit s'est appuyée sur l'article référencé en note de bas de page au sein duquel les salariés du BTP sont comparés aux autres secteurs professionnels.

Une organisation du travail moins contraignante pour les ouvriers du gros œuvre et du second œuvre

Au sein du secteur du BTP, l'activité se subdivise entre la branche bâtiment (gros et second œuvre) et la branche travaux publics. En introduction à cette analyse, on peut remarquer que les contraintes de rythme de travail s'exercent moins fréquemment sur les ouvriers du gros œuvre et du second œuvre que dans les autres secteurs. Ils subissent en effet moins souvent des demandes extérieures impliquant une réponse immédiate, des normes ou des délais à respecter en une journée, des contrôles ou des surveillances permanentes de la hiérarchie, un contrôle ou un suivi informatisé ou enfin la nécessité de rendre compte par écrit de leur activité. Ils peuvent aussi aménager leur travail en modifiant l'ordre des tâches à effectuer et faire varier les délais fixés, notamment dans le second œuvre. Pour cela, ils estiment qu'ils bénéficient d'une formation suffisante et adaptée pour réaliser leur travail, davantage que dans les autres secteurs. Toutefois, les ouvriers des travaux publics ne partagent pas cette situation plus favorable. En effet, ces derniers subissent des contraintes de type industriel plus importantes.

Davantage de « latitude décisionnelle » et de « soutien collectif »⁴¹

Si l'on considère le secteur du BTP dans son ensemble, on peut remarquer que la possibilité qu'a le salarié de trouver de l'appui auprès de ses collègues ou de sa hiérarchie, autrement dit le « soutien social » est sensiblement plus élevé pour les ouvriers du BTP que pour ceux des autres secteurs (24,4% contre 23,5%). Ils ont par ailleurs une « latitude décisionnelle » plus grande. En effet, 86% d'entre s'accordent sur le fait qu'ils ont l'occasion de développer leur

compétence contre 72% dans les autres secteurs. La même proportion (86%) juge aussi que « *mon travail me permet souvent de prendre des décisions par moi-même* » contre 79% dans les autres secteurs. Par ailleurs, ils affichent des niveaux comparables de « demande psychologique » vis-à-vis des ouvriers des autres secteurs. Au final, un niveau de « demande psychologique » comparable associant une plus grande « latitude décisionnelle » accompagné d'un « soutien social » plus élevé font que les ouvriers du BTP sont moins exposés que les ouvriers des autres secteurs aux facteurs de risques psychosociaux.

Des contraintes physiques très fréquentes et qui se cumulent...

Le travail à l'extérieur pendant plus de 20 heures par semaine concerne plus d'un ouvrier sur trois qui se retrouve ainsi soumis aux intempéries, les plus exposés étant les couvreurs, les ouvriers des travaux publics et du gros œuvre. Si les ouvriers de la construction apparaissent moins exposés aux bruits nocifs⁴² (15%) que les autres ouvriers de sexe masculin (19%) et plus particulièrement ceux de l'industrie manufacturière (32%), il faut noter néanmoins que cette nuisance concerne plus particulièrement les menuisiers, les ouvriers non qualifiés des travaux publics et les conducteurs d'engins de chantier. Par ailleurs, un ouvrier exposé aux bruits nocifs sur trois ne bénéficie d'aucune protection auditive.

...avec une association fréquente de la manutention et des contraintes articulaires et posturales

Les gestes répétitifs plus de 10 heures par semaine sont plus fréquents chez les ouvriers de la construction que chez ceux des autres secteurs (19% contre 14%), notamment chez les peintres.

Les postures pénibles⁴³ sont des contraintes très fréquentes dans la construction concernant aussi bien les ouvriers de second et de gros œuvre. Parmi ces derniers, la moitié est soumis à une posture pénible au cours de son travail, particulièrement les carreleurs.

Le cumul de contraintes vertébrales et articulaires est fréquent chez les ouvriers de la construction, notamment pour le dos et les articulations des membres supérieurs : près du tiers des ouvriers sont en effet soumis à au moins trois contraintes contre 12% des autres ouvriers.

Enfin, un ouvrier sur cinq effectue de la manutention de charges lourdes plus de 10 heures par semaine associée à des postures en torsion ou accroupie. « *L'association de ces contraintes peut favoriser la survenue de lésions du rachis : lombalgies, sciatiques par hernies discales* ».

Davantage d'expositions aux produits chimiques et cancérigènes

L'exposition aux produits chimiques concerne, au moment de l'enquête, 8 ouvriers sur 10 du secteur du BTP contre 6 sur 10 dans l'industrie et certaines de ces expositions sont prolongées : par exemple 60% des maçons sont exposés au ciment plus de 10 heures par semaine. De même, l'exposition aux produits cancérigènes est plus fréquente chez les ouvriers du BTP que dans les autres secteurs : 42% contre 30%. Les produits cancérigènes les plus souvent rencontrés sont les poussières de bois, la silice cristalline, les gaz d'échappement diesel, les goudrons de houille et dérivés, les huiles entières minérales et l'amiante. Pour ce dernier produit, 3% des ouvriers y étaient encore exposés au

⁴⁰ Arnaudo B., et alii, 2008, « les ouvriers du bâtiment et des travaux publics : des contraintes physiques et des expositions aux produits chimiques importantes, une autonomie assez élevée dans le travail », Premières Informations et Premières Synthèses, Dares, n°07.3.

⁴¹ Le ressenti des contraintes organisationnelles que vivent les salariés est appréhendé au travers du questionnaire Karasek.

⁴² Une exposition au bruit est dite « nocive » lorsque celle-ci dépasse 85 décibels et/ou comporte des chocs et impulsions, pendant au moins 20 heures par semaine.

⁴³ « Les postures pénibles sont définies par le fait de travailler plus de 2 heures par semaine avec les bras en l'air, à genoux ou dans d'autres positions (en torsion, accroupie). »

moment de l'enquête malgré son interdiction depuis 1997 en France, les plus exposés étant les couvreurs (16%). Toutefois les protections collectives et individuelles se sont diffusées : 64% des ouvriers exposés à l'amiante bénéficient de protection respiratoire contre 38% dans les autres secteurs. Enfin, les ouvriers du BTP sont aussi plus souvent exposés aux produits reprotoxiques (3% contre 2% dans les autres secteurs), notamment au plomb et à ses dérivés.

Une plus grande attention individuelle en matière de sécurité

Les ouvriers du BTP portent une attention particulière à leur sécurité du fait de la dangerosité de leur environnement de travail. En effet, en 2008, le secteur du BTP reste le secteur d'activité le plus touché par les accidents du travail⁴⁴. Ainsi, les 2/3 des ouvriers du BTP sont conscients des conséquences possibles pour leur sécurité d'une erreur dans leur travail contre 57% dans les autres secteurs.

Les intérimaires du BTP : une pénibilité physique accrue et moins d'autonomie dans le travail

Les intérimaires du BTP ont été étudiés comparativement aux ouvriers sous contrat à durée indéterminée. Un intérimaire du BTP a en moyenne deux fois plus de risques de porter des charges plus de 20 heures par semaine qu'un ouvrier en CDI. Il est aussi plus souvent contraint à des postures pénibles et soumis aux vibrations des membres supérieurs plus de 2 heures par semaine. A cette pénibilité physique du travail plus importante s'ajoutent des marges de manœuvres plus faibles. En effet, un intérimaire du BTP a en moyenne deux fois moins souvent la possibilité de changer l'ordre des tâches à effectuer ainsi que celle de faire varier les délais qu'un ouvrier en CDI.

⁴⁴ Cf. Chapitre 6.2.3 La sinistralité dans le secteur du BTP.

6.2.3 La sinistralité dans le BTP

Les statistiques relatives à la sinistralité dans le BTP présentées ci-après couvrent le champ des maladies professionnelles, des accidents de travail et des accidents de trajet chez les salariés du régime général relevant du comité technique national du BTP (CTN B).

Approche en termes d'évolution

Au regard des données disponibles et pour l'analyse de l'évolution, les indicateurs ont été calculés sur l'ensemble des accidents du travail avec arrêt ayant concerné des salariés travaillant dans des entreprises bretonnes. Pour l'année 2008, les indicateurs de la région ont été calculés sur l'ensemble des accidents survenus chez des salariés, que leurs entreprises soient ou non domiciliées dans la région. Ceci explique la différence entre les valeurs des indicateurs dans les graphiques pour l'année 2008 et celles des tableaux ou graphiques d'évolution.

Le BTP : un secteur à haut risque, davantage en Bretagne

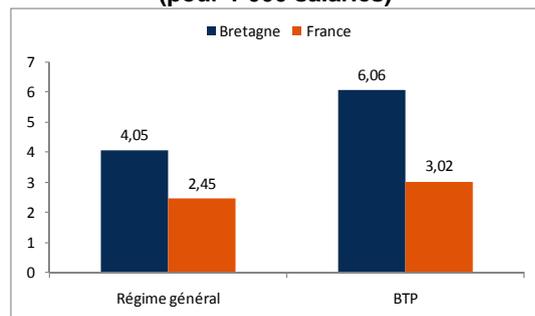
Tous les indicateurs de sinistralité objectivent en tendance une surexposition des salariés du BTP aux accidents et aux maladies professionnelles par rapport à l'ensemble des salariés du régime général, cette surexposition étant davantage marquée en Bretagne qu'en France.

LES MALADIES PROFESSIONNELLES AVEC ARRÊT

Le BTP : Deux fois plus de reconnaissance des maladies professionnelles en Bretagne qu'en France...

En 2008, l'indice de fréquence des MP est deux fois plus élevé en Bretagne qu'en France (6,06 contre 3,02 MP pour 1 000 salariés).

Graphique 122 : Indice de fréquence des maladies professionnelles en Bretagne et en France en 2008 (pour 1 000 salariés)



Source : Carsat Bretagne et INRS

...et une surexposition par rapport à l'ensemble des salariés

Par ailleurs, en Bretagne comme en France, les statistiques sur les maladies professionnelles (MP) chez les salariés du BTP traduisent une plus grande reconnaissance des MP par rapport à l'ensemble des salariés tous secteurs d'activité confondus. Cependant, l'écart entre les salariés du BTP et l'ensemble des salariés du régime général est plus marqué en Bretagne qu'en France : un indice de fréquence des MP supérieur de +50% à celui observé pour l'ensemble du régime général en Bretagne alors que cet écart est de +23% au niveau national.

Mais une tendance à la baisse

80

En Bretagne, entre 2002 et 2008, le nombre de reconnaissances des MP pour 1 000 salariés a diminué de -16,8%. Conjointement le taux de gravité a également baissé de -27,3%.

Tableau 10 : Chiffres-clés sur les maladies professionnelles dans le BTP en Bretagne entre 2002 et 2008

	2002	2008	évolution en % 2002-2008
Effectifs	62 169	83 310	+34,0%
Nombre d'arrêt	402	448	+11,4%
Indice de fréquence	6,5	5,4	-16,8%
Taux de gravité	0,9	0,6	-27,3%

Source : Carsat Bretagne

Approche par sexe et par types de maladie

Les résultats qui suivent doivent être interprétés avec prudence : en l'absence de données sur les effectifs de salariés par sexe et par maladie, les taux n'ont pu être calculés.

Une nette prédominance masculine

En 2008 en Bretagne, l'essentiel des MP attribuées au CTN B ont été reconnues chez des hommes (97%) et 3% chez des femmes. Ceci est cohérent avec la forte masculinisation des professions du BTP.

Une prédominance des affections péri-articulaires, notamment en Bretagne

En 2008, en Bretagne comme en France les affections péri-articulaires se classent au 1^{er} rang des maladies les plus fréquemment reconnues chez les salariés du BTP, et ce, davantage en Bretagne (respectivement 83% contre 77% en France⁴⁵). Les écarts de fréquence les plus importants entre la Bretagne et la France concernent la reconnaissance des maladies liées à l'amiante et la surdité pour lesquelles, on observe une fréquence moindre en Bretagne.

Tableau 11 : Nombre et répartition (en %) des maladies professionnelles attribuées au CTN B en Bretagne et en France en 2008

Tableau des MP	Bretagne		France	
	Nombre	%	Nombre	%
57 Affections péri-articulaires	395	83%	3765	77%
98 Affections du rachis lombaire/charges	38	8%	430	9%
30A Affection/amiante	3	1%	176	4%
42 Surdité	5	1%	135	3%
79 Lésions chroniques du ménisque	13	3%	112	2%
8 Ciments	7	1%	67	1%
97 Affection/rachis lombaires/vibrations	6	1%	50	1%
69 Vibrations et chocs/machines	4	1%	48	1%
30B Cancer broncho-pulmonaire/amiante	0	0%	30	1%
47 Bois	1	0%	13	0%
Autres maladies	4	1%	96	2%
Ensemble des MP	476	100%	4892	100%

Sources : Carsat Bretagne et INRS

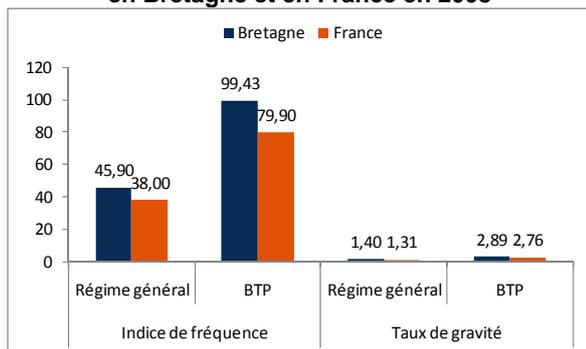
⁴⁵ INRS, Statistiques accidents du travail et maladies professionnelles du BTP, Dossier en ligne accessible à l'adresse suivante : http://www.inrs.fr/hm/statistiques_accidents_travail_maladies.html

LES ACCIDENTS DU TRAVAIL AVEC ARRÊT

Le BTP : des salariés surexposés aux accidents du travail

En 2008, en Bretagne comme en France, les AT avec arrêt sont deux fois plus fréquents et d'un niveau de gravité environ deux fois plus élevé chez les salariés du BTP que chez l'ensemble des salariés, ce qui positionne ce secteur au 1^{er} rang des secteurs les plus accidentogènes. La surexposition des salariés du BTP est un peu plus marquée en Bretagne qu'en France. En effet, l'écart de fréquence de survenue entre salariés bretons du BTP et l'ensemble des salariés tous secteurs confondus est de +117% en Bretagne contre +110% en France.

Graphique 123 : Indice de fréquence (pour 1 000 salariés) et taux de gravité des accidents de travail en Bretagne et en France en 2008



Source : Carsat Bretagne et INRS

Notons également qu'en 2008, les accidents du travail dans le secteur du BTP représentent 21% des accidents alors que le BTP ne correspond qu'à 9% des effectifs de salariés dans la région.

Une tendance à l'augmentation dans le temps de la fréquence des accidents du travail mais une baisse de leur gravité en Bretagne

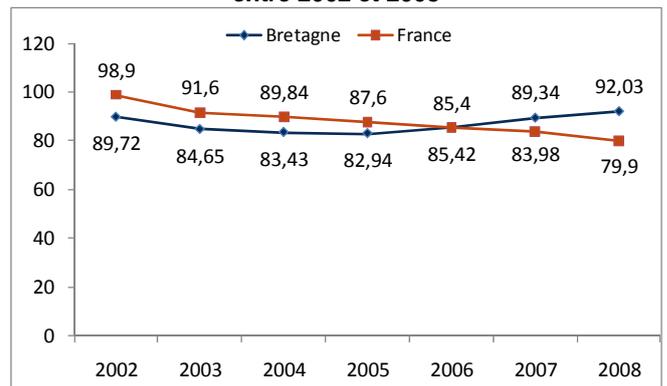
En Bretagne, entre 2002 et 2008, l'indice de fréquence des AT avec arrêt a augmenté de +2,6% passant de 89,7 en 2002 à 92 AT avec arrêt pour 1 000 salariés en 2008. Parallèlement le taux de gravité a diminué de -13,8% passant de 2,8 à 2,4 journées perdues pour 1 000 heures travaillées au cours de la même période. En revanche, en France, fréquence et gravité évoluent dans le même sens et affiche une tendance à la baisse entre 2002 et 2008 : -24% pour l'indice de fréquence et -11% pour le taux de gravité.

Tableau 12 : Chiffres-clés sur les accidents du travail dans le BTP en Bretagne entre 2002 et 2008

	2002	2008	évolution en % 2002-2008
Effectifs de salariés	62169	83310	+34,0%
Nombre d'AT avec arrêt	5578	7667	+37,5%
Dont AT graves	4045	4720	+16,7%
Indice de fréquence	89,7	92,0	+2,6%
Taux de gravité	2,8	2,4	-13,8%

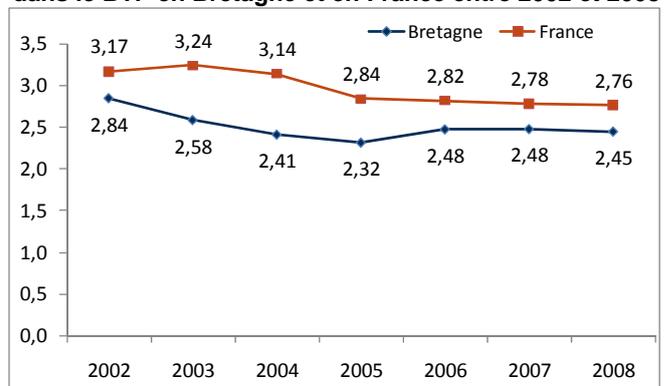
Source : Carsat Bretagne

Graphique 124 : Evolution de l'indice de fréquence des AT dans le BTP en Bretagne et en France entre 2002 et 2008



Source : Carsat Bretagne et INRS

Graphique 125 : Evolution du taux de gravité des AT dans le BTP en Bretagne et en France entre 2002 et 2008



Source : Carsat Bretagne et INRS

Approche par sexe, ancienneté et par cause

Les résultats qui suivent doivent être interprétés avec prudence : en l'absence de données sur les effectifs de salariés par sexe, ancienneté et par cause, les taux n'ont pu être calculés.

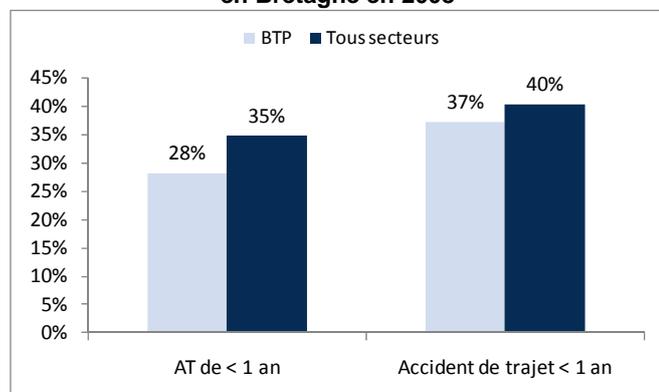
Les AT dans le BTP concernent essentiellement des hommes

En 2008, en Bretagne, 98,6% des AT avec arrêt ont impliqué des hommes.

Une moindre fréquence des accidents de travail et de trajet chez les nouveaux embauchés du BTP

En 2008 en Bretagne, les accidents de travail et de trajet sont proportionnellement moins nombreux chez les nouveaux embauchés du secteur du BTP (< 1 an) que chez ceux de l'ensemble des secteurs.

Graphique 126 : Proportion des accidents du travail et de trajet chez les nouveaux embauchés en Bretagne en 2008

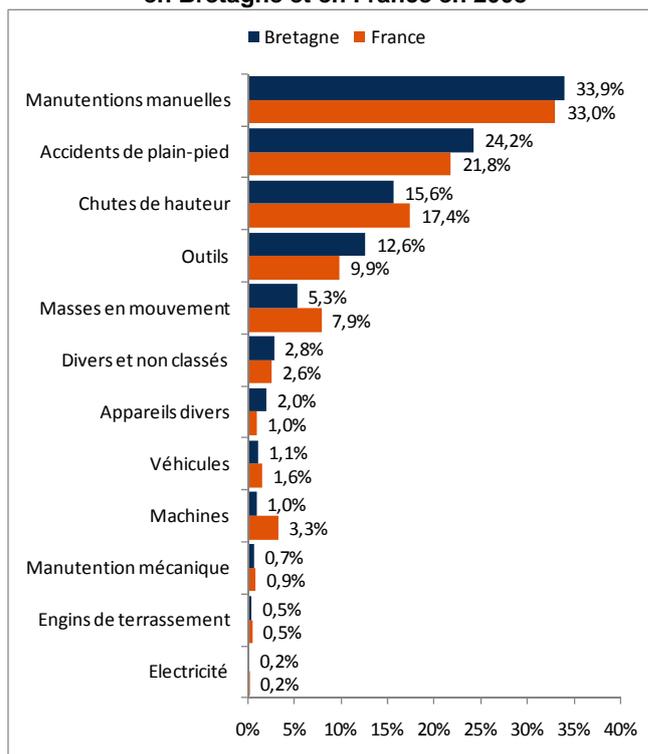


Source : Carsat Bretagne

Les principales causes des accidents du travail dans le BTP

En 2008, en Bretagne comme en France, les trois causes les plus fréquentes (manutentions manuelles ; accidents de plain-pied et chutes de hauteur), représentent près des trois quarts des accidents du travail dans le BTP.

Graphique 127 : Répartition (en %) des accidents du travail selon l'élément matériel en cause en Bretagne et en France en 2008



Source : Carsat Bretagne, INRS

LES ACCIDENTS DE TRAJET

Le BTP : une sinistralité par accidents de trajet plus importante que dans l'ensemble des secteurs d'activité

En 2008, les statistiques sur les accidents de trajet survenus sur le territoire breton ont recensé 3 060 accidents, soit un indice de fréquence de 4,4 accidents de trajet pour 1 000 salariés contre 3,6 en moyenne régionale tous secteurs confondus.

Une tendance à la hausse des accidents de trajet mais associée à une baisse de leur gravité déjà très faible

En Bretagne, entre 2002 et 2008, l'indice de fréquence des AT avec arrêt a augmenté de +18% passant de 3,3 en 2002 à 3,9 AT avec arrêt pour 1 000 salariés en 2008. Cependant, parallèlement, le taux de gravité a diminué de -12,5% passant de 0,2 à 0,1 journée perdue pour 1 000 heures travaillées au cours de la même période. En France, fréquence et gravité évoluent dans le même sens et affichent une tendance à la baisse entre 2002 et 2008, -24% pour l'indice de fréquence et -11% pour le taux de gravité

Tableau 13 : Chiffres-clés sur les accidents de trajet dans le BTP en Bretagne entre 2002 et 2008

	2002	2008	évolution en % 2002-2008
Effectifs	62169	83310	+34,0%
Nombre d'accidents de trajet	208	329	+58,2%
Indice de fréquence	3,3	3,9	+18,0%
Taux de gravité	0,2	0,1	-12,5%

Source : Carsat Bretagne

FOCUS 15 : Sinistralité du travail temporaire dans le BTP

CONTEXTE ET OBJECTIFS

Dans le cadre de l'engagement pour la promotion de la prévention des risques professionnels du 28 novembre 2007, et au regard de la forte sinistralité du secteur de l'intérim, l'agence d'emploi PRISME (Professionnels de l'Intérim, Services et Métiers de l'Emploi) a confié à l'institut I+C⁴⁶ la réalisation d'une enquête sur les accidents du travail chez les intérimaires.

Les objectifs de l'enquête consistent d'une part à déterminer les secteurs à risques en vue de préciser le plan d'action du PRISME, d'autre part d'évaluer les actions mises en place à travers le suivi de plusieurs indicateurs dans le temps.

POPULATION CIBLE : Les travailleurs temporaires.

METHODOLOGIE

L'institut I+C a procédé en 2003 à l'agrégation de données issues d'agences d'emploi intérimaires (qui regroupent pour 72 % de l'emploi intérimaire français), permettant ainsi d'identifier pour chacun des codes NAF 700, les éléments suivants :

- Le nombre d'accidents avec arrêt dans l'année.
- Le nombre d'heures travaillées.
- Le nombre de jours d'arrêt.

C'est à partir de ces données qu'ont été établis les taux de fréquences⁴⁷ et de gravité⁴⁸ permettant l'analyse de l'accidentologie chez les intérimaires.

Les résultats qui suivent portent plus particulièrement sur le secteur du BTP.

PRINCIPAUX RESULTATS

- Au sein du travail temporaire pris en compte, le secteur du BTP représente 16,4% des heures travaillées et 22,4% des accidents du travail (AT) enregistrés. La part de ce secteur dans le nombre de jours d'arrêt enregistrés est de 26,8%.
- En 2008, le BTP est le secteur qui enregistre les taux de fréquence et de gravité les plus élevés, respectivement 83,08 AT par million d'heures travaillées et 2,78 heures perdues pour 1 000 heures travaillées. La durée moyenne des arrêts suite à un accident de travail est également plus longue dans ce secteur.
- Les sous secteurs du BTP les plus exposés aux accidents du travail sont : les travaux de maçonnerie générale (1 356 accidents, soit un taux de fréquence de 120,95 et un taux de gravité de 4,28) et la construction de bâtiments divers (1 242 accidents, soit un taux de fréquence de 91,35 et un taux de gravité de 3,82).
- Entre 2007 et 2008, on observe une baisse généralisée de la fréquence des accidents de travail avec un taux de variation de -9,9%. En revanche, la tendance est à la hausse pour la gravité des accidents (+3,7%) évaluée à l'aide des indicateurs cités sur la même période.

LIMITES DE L'ENQUÊTE

- Absence de précisions méthodologiques (taille de l'échantillon, représentativité,...)
- Les analyses portent sur des données nationales uniquement.
- Absence d'éléments de caractérisation de la population cible (âge, sexe, situation géographique,...)
- La sinistralité des travailleurs temporaires n'est analysée que sous l'angle des accidents du travail avec arrêt, sans prise en compte du risque routier et des maladies professionnelles. Par ailleurs, au sein des accidents du travail, il n'est pas fait mention de ceux ayant entraîné un décès.
- Pas de données ventilées par élément matériel en cause dans l'accident du travail.

PERSPECTIVES

La sinistralité des intérimaires pourrait être abordée de façon moins limitative en prenant en compte d'une part les maladies professionnelles et le risque routier, et d'autre part, en intégrant des indicateurs complémentaires témoins d'une approche populationnelle et santé publique tel par exemple l'indice de fréquence (nombre de personnes concernées pour 1 000 salariés).

⁴⁶ I+C est une société d'études indépendante, spécialisée dans la fourniture d'informations économiques et commerciales concernant les échanges entre professionnels.

⁴⁷ Nombre d'accidents de travail avec arrêt par millions d'heures travaillées.

⁴⁸ Nombre de jours d'arrêt pour 1 000 heures travaillées.

6.3 Le secteur des services à la personne

6.3.1 L'emploi dans le secteur des services à la personne

6.3.2 Les conditions de travail et les expositions professionnelles dans le secteur des services personnels et domestiques

6.3.3 La sinistralité dans le secteur des services à la personne

6.3.1 L'emploi dans le secteur des services à la personne⁴⁹

En France, le lancement du plan de développement des services à la personne (loi du 26 juillet 2005), visant la création de 500 000 emplois sur trois ans a fortement favorisé la croissance de ce secteur. En 2006, le secteur des services à la personne emploie 1,8 millions de salariés répartis sur trois grands domaines:

- Garde des enfants (garde à domicile, assistante maternelle)
- Aide à domicile (personnes dépendantes)
- Ensemble de prestations à domicile. (ménages, jardinage, soutien scolaire,...)

Un secteur en plein essor en Bretagne

Le constat est le même en Bretagne où le nombre d'emplois comptabilisés dans ce secteur progresse. En 2006, 61 450 salariés travaillaient au domicile de particuliers, soit 4 300 salariés de plus qu'en 2005, ce qui représente une hausse de 7,5 % comparable à la moyenne nationale. Le secteur des services à la personne représente 4,6 % de l'emploi salarié en 2006.

Des emplois essentiellement féminins

En Bretagne comme en France, la population active de ce secteur est essentiellement féminine (89 % de femmes et 11 % d'hommes). Cette part élevée des femmes est identique que l'employeur soit un particulier ou qu'il soit un organisme agréé de services à la personne.

Des salariés plus âgés

Globalement, les salariés du secteur des services à la personne sont plus âgés que l'ensemble des salariés bretons. La moitié des salariés du secteur a plus de 45 ans et (20%) a plus de 55 ans, soit une proportion trois fois plus élevée que pour l'ensemble des salariés (tous secteurs confondus).

En majorité des volumes horaires faibles

Les salariés des services à la personne connaissent de faibles volumes d'activité. En moyenne, ils travaillent un peu moins de deux heures par jour, soit un équivalent inférieur à un tiers de temps plein. Près de la moitié de ces salariés travaillent moins d'une heure par jour. Ils ne sont que 7 % à travailler plus de cinq heures quotidiennes.

Des salariés multi-actifs

Les salariés des services à la personne travaillent souvent pour plusieurs employeurs. Cette multi activité se pratique tant à l'intérieur qu'à l'extérieur du secteur. En Bretagne, un salarié sur trois travaille parallèlement dans un autre secteur d'activité, soit une proportion supérieure à la moyenne nationale (27 %). C'est dans le Morbihan que cette part est la plus élevée (38 %). La multi activité au sein du secteur des services à la personne est tout aussi fréquente et concerne davantage les salariés des particuliers employeurs.

Le champ des services à la personne

La loi du 26 juillet 2005 relative au développement des services à la personne a consacré, au plan législatif, la notion de "services à la personne". Les activités de services à la personne sont définies comme les activités réalisées au domicile de la personne ou dans l'environnement immédiat de son domicile. Le décret du 26 décembre 2005 précise la liste des activités relevant des services à la personne⁵⁰ qui ouvrent droit pour les organismes du secteur à un agrément.

⁴⁹ Dirrecte Bretagne, « Les salariés du secteur des services à la personne et leurs conditions d'emploi », collection Analyses, juin 2010.

⁵⁰ Circulaire ANSP/DGEFP/DGAS n° 1-2007 du 15 mai 2007 relative à l'agrément des organismes de services à la personne.

6.3.2 Les conditions de travail et les expositions dans le secteur des services personnels et domestiques

Les résultats présentés ci-dessous sont issus de l'exploitation des données nationales de l'enquête Sumer 2003. Cf. Chapitre 4 « Données de cadrage expositions-risques professionnels ».

L'enquête Sumer ne permet pas de distinguer précisément les services à la personne. La catégorie concernée étant dénommée « services personnels et domestiques ». En 2003, le secteur des services personnels et domestiques emploie plus de 250 000 salariés en France, pour une très grande majorité ce sont des femmes (74,8%) et des employés de commerce et de services (67,8%). Près de trois salariés sur dix (28,4%) ont moins de 25 ans.

Rappelons qu'une nouvelle édition de cette enquête est actuellement en cours dont les résultats devront être pris en compte afin d'actualiser les éléments présentés ci-après, notamment si ces résultats permettent une exploitation régionale non réalisable à partir de l'édition 2003.

Des contraintes organisationnelles notamment liées au contact avec le public

Plus des 2/3 tiers des salariés des services personnels et domestiques travaillent au moins 20 samedis par an et sont proportionnellement plus nombreux à ne pas disposer d'un repos de 48 heures consécutives que ceux travaillant dans l'ensemble des secteurs d'activité. Ces contraintes sont liées à la plus grande proportion des salariés de ce secteur à être en contact avec le public ainsi qu'à la spécificité de leur activité susceptible de nécessiter une continuité temporelle. Pour six salariés des secteurs personnels et domestiques sur dix, le contact avec le public est qualifié de « tendu » ce qui entraîne l'essentiel des contraintes ressenties par ces salariés. Ainsi, les salariés des services personnels et domestiques sont proportionnellement plus nombreux que les salariés de l'ensemble des secteurs à être soumis aux agressions verbales et physiques (respectivement 50,9% et 21,7% contre 42,2% et 19% pour l'ensemble des salariés). Par ailleurs les salariés du secteur personnels et domestiques sont aussi plus nombreux à être soumis à des demandes extérieures obligeant à une réponse immédiate, à ne pas pouvoir changer l'ordre des tâches à accomplir ou à être obligé de tourner sur différents postes par rotation régulière.

Davantage de contraintes posturales et articulaires

91,3% des salariés du secteur des services personnels et domestiques sont exposés à des contraintes posturales et articulaires contre 71,8% pour les salariés de l'ensemble des secteurs. Ils subissent plus fréquemment des positions debout ou des piétinements, le maintien des bras en l'air et la répétition de gestes à cadence élevée.

Une plus grande exposition aux produits biologiques

Plus du quart des salariés des services personnels et domestiques (26,7%) sont exposés à des agents biologiques contre 14,9% pour l'ensemble des salariés tous secteurs d'activité confondus.

L'exposition à des produits chimiques deux fois plus fréquentes

Plus des ¾ des salariés des services personnels et domestiques (78,8%) sont exposés à des agents chimiques contre 37,5% pour l'ensemble des salariés tous secteurs d'activité confondus. Les cinq principaux agents chimiques relevés dans l'enquête pour lesquels les salariés des services personnels et domestiques sont plus touchés que l'ensemble des autres salariés sont :

- Les persulfates de sodium et d'ammonium (39,2% contre 0,7%),
- Les autres oxydants (38,3% contre 5%),
- L'ammoniac et les solutions aqueuses (38,1% contre 2,5%),
- Les agents tensio-actifs (36,6% contre 9,5%),
- Les acides organiques (16,7% contre 1,9%).

6.3.3 La sinistralité dans le secteur des services à la personne

Les statistiques ci-dessous sont issues d'une analyse statistique de la sinistralité du secteur d'aide et de soin à domicile (SASAD) pour l'année 2006 en Bretagne. L'analyse des données bretonnes porte sur 8 497 entreprises fournisseuses de services d'aide et de soins qui regroupent 29 063 salariés. L'objectif de cette analyse consiste à éclairer la mission nationale de prévention des risques professionnels dans les métiers de l'aide et des soins à domicile ainsi que les différents acteurs de ce secteur. Les résultats ont été obtenus par l'appariement des bases de données SGE/TAPR⁵¹ et FINESS (Fichier National des établissements Sanitaires et Sociaux) suivant le numéro de SIRET de l'établissement.

En 2006, les services d'aide et du soin à domicile enregistrent 1 544 sinistres avec arrêt, répartis comme suit : accidents du travail 82 %, accidents du trajet 11 %, le reste concernant les maladies professionnelles.

LES MALADIES PROFESSIONNELLES AVEC ARRÊT

En 2006, les statistiques mettent en lumière la prédominance des affections périarticulaires qui représentent à elles seules 89 % de l'ensemble des maladies professionnelles indemnisées. Ce taux est proche de celui de la France (88,0 %) et supérieur à celui de l'ensemble des secteurs d'activité (83,5 %). Viennent ensuite, avec de faibles effectifs (n=12) des affections chroniques du rachis lombaire (4,5 %).

En Bretagne comme en France, le syndrome du canal carpien arrive en tête des principaux syndromes avec arrêt (36,6 % contre 39,5 % en France), suivi de l'épaule douloureuse (25,9 % contre 21,5 % en France).

Tableau 14 : Répartition des principaux syndromes

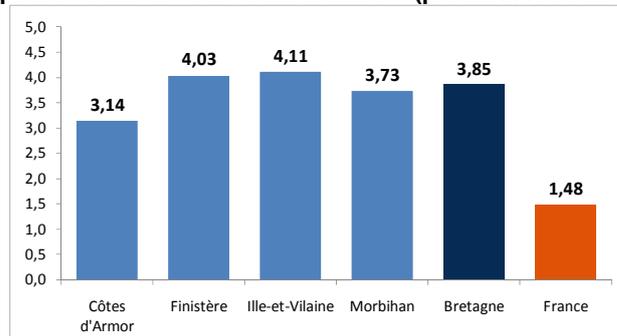
	SASAD Bretagne	Ensemble	SASAD France
Syndrome du canal carpien	36,6%	21,5%	39,5%
Epaule douloureuse	25,9%	23,4%	21,5%
Sciatique par hernie discale	3,6%	5,0%	5,5%
Plaques pleurales	0,0%	4,6%	0,0%
Autres	33,9%	45,5%	33,6%

Source : CNAMTS/DRP- 2006

Les données relatives aux maladies professionnelles au sein du secteur des services de l'aide et du soin à domicile révèlent une plus grande reconnaissance des MP en Bretagne avec un indice de fréquence de 3,85 pour 1 000 salariés contre 1,48 en France.

En 2006, dans les quatre départements de Bretagne, l'indice de fréquence des MP est supérieur à la moyenne nationale. Ce dernier varie peu selon les départements. Il est compris dans une fourchette allant de 3,14 dans les Côtes d'Armor à 4,11 en Ille-et-Vilaine (pour 1 000 salariés).

Graphique 128 : indice de fréquence des maladies professionnelles avec arrêt en 2006 (pour 1000 salariés)



Source : CNAMTS/DRP- 2006

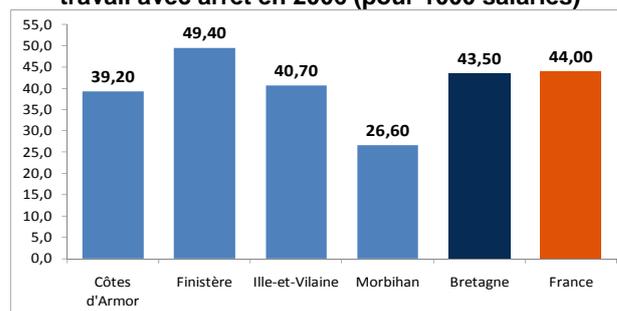
En Bretagne, parmi les 112 maladies professionnelles reconnues chez les salariés des SASAD, 42 ont donné lieu à une incapacité permanente, soit un taux de 37,5 % contre 39,0 % en France.

LES ACCIDENTS DU TRAVAIL AVEC ARRÊT

En 2006, les statistiques d'accidents du travail avec arrêt au sein du secteur SASAD révèlent une situation proche de celle observée en France. L'indice de fréquence des AT en Bretagne est inférieur de - 1 % à la moyenne nationale.

L'indice de fréquence des AT avec arrêt est inférieur à la moyenne nationale dans trois des quatre départements bretons. Seul le Finistère présente une situation plus défavorable avec l'indice de fréquence le plus élevé, supérieur de + 86 % à l'indice le plus faible observé dans le Morbihan. Ce dernier affiche en effet une situation plus favorable avec un indice de fréquence des AT très inférieur aux moyennes régionale et nationale (respectivement, - 39 % et - 40 %).

Graphique 129 : indice de fréquence des accidents du travail avec arrêt en 2006 (pour 1000 salariés)



Source : CNAMTS/DRP- 2006

Parmi les 1 264 accidents du travail avec arrêt enregistrés en Bretagne dans le secteur des SASAD, 57 ont entraîné une incapacité permanente (IP), soit 4,5 % contre 5,6 % en France.

⁵¹ Système d'information à partir duquel la tarification des entreprises est calculée et incluant la sinistralité des entreprises.

L'origine des accidents du travail avec arrêt se concentre autour des manutentions manuelles (46,3 %) et des chutes de plain-pied (26,3 %). Ces taux sont nettement supérieurs à ceux relevés au sein de l'ensemble des secteurs (respectivement 36,7 % et 23,2 %). La nature des lésions concerne le plus souvent des douleurs par effort (44,2 %) touchant principalement le tronc (29,2 %), suivie des contusions (16,1 %). Globalement, on observe une surreprésentation des douleurs par effort chez les salariés des SASAD avec une fréquence des AT supérieure de + 61 % à celle de l'ensemble des activités (respectivement 44,2% contre 27,4%).

Tableau 15 : Nature des lésions des accidents du travail avec arrêt en Bretagne en 2006

	SASAD	Ensemble des secteurs
Douleur par effort	44,2%	27,4%
Contusions	16,1%	18,2%
Plaies	7,2%	19,4%
Entorses	10,4%	10,9%
Fractures, fêlures	2,8%	5,6%
Autres	19,3%	18,5%

Source : CNAMTS/DRP- 2006

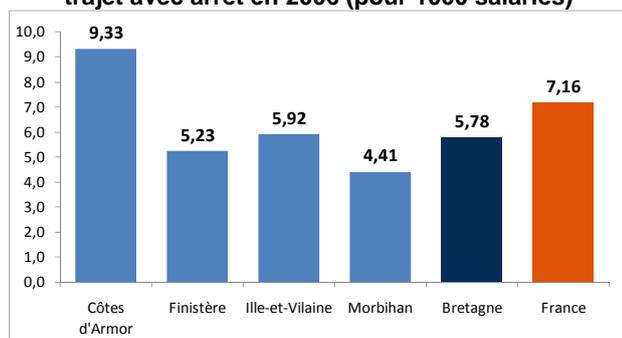
Enfin en 2006, un tiers des victimes d'AT sont des nouveaux embauchés (< 1 an).

LES ACCIDENTS DE TRAJET AVEC ARRÊT

En 2006, les données relatives aux accidents du trajet chez les salariés des SASAD témoignent d'une situation favorable de la région avec 168 accidents du trajet comptabilisés, soit un indice de fréquence inférieur de 19 % à la moyenne nationale (respectivement 5,78 accidents du trajet avec arrêt pour 1 000 salariés contre 7,16 en France).

Par contre, on observe de fortes disparités selon les départements. Le Morbihan présente la situation la plus favorable avec l'indice de fréquence le plus faible (4,41 pour 1 000 salariés). Le Finistère et l'Ille et Vilaine occupe une position intermédiaire avec des indices de fréquence proches de la moyenne régionale. En revanche, le département des Côtes d'Armor présente la situation la plus défavorable avec l'indice le plus élevé (9,33 pour 1 000 salariés), supérieur respectivement à la moyenne régionale et nationale de + 61 % et + 30 %.

Graphique 130 : indice de fréquence des accidents du trajet avec arrêt en 2006 (pour 1000 salariés)



Source : CNAMTS/DRP- 2006

AUTRES RISQUES PROFESSIONNELS DANS LES METIERS DE L'AIDE ET DU SOIN A DOMICILE

Outre les risques professionnels évoqués précédemment (Accidents du travail, maladies professionnelles et accidents du trajet), les risques psychosociaux constituent un facteur de risque non négligeable. Ces derniers ont été clairement identifiés pour ce secteur par le ministère français du travail⁵² et présentent plusieurs dimensions dont : une charge affective et émotionnelle importante, l'isolement (absence de collègue, éloignement de la structure), la confrontation à de nouveaux contextes de travail (d'un bénéficiaire à un autre) et des contraintes temporelles en lien avec les horaires atypiques qu'implique le travail à domicile (voir aussi à ce propos le chapitre 6.3.1).

⁵² Source : Ministère du Travail. http://www.travailler-mieux.gouv.fr/spip.php?page=metier-risques&id_article=294

7. Approche qualitative

Les éléments issus des entretiens réalisés ont été synthétisés via une approche prenant successivement en compte :

7.1 Les sources de données existantes et leurs limites

7.1.1 Les données relatives aux expositions et aux risques auxquels sont soumis les salariés

7.1.2 Les données relatives à la sinistralité (accidents, maladies professionnelles, inaptitudes)

7.2 Les manques

7.3 En amont, la concertation et la cohérence de la politique régionale

7.4 En aval, la diffusion des informations

7.5 La mutualisation des actions de prévention

7.1 Les sources de données existantes et leurs limites

7.1.1 Les données relatives aux expositions ou aux risques auxquels sont soumis les salariés

Globalement, l'ensemble des interlocuteurs s'accorde à dire que peu d'éléments, notamment régionaux ou infra-régionaux, sont existants ou accessibles dans le cadre : d'une part de la connaissance, d'autre part de l'aide à la mise en œuvre des politiques de prévention (ciblage).

Au-delà des sources existantes (voir ci-après), on peut observer que pour un certain nombre de personnes interviewées, notamment pour les préventeurs (mais aussi pour l'inspection du travail) ou pour les professionnels directement en relation avec ces derniers, une culture et une logique de connaissance et d'intervention empirique basée sur l'expérience individuelle ou collective des agents prévaut largement sur une démarche construite à partir des données existantes. Ce constat est d'ailleurs, selon la plupart des interlocuteurs mêmes, autant lié en tendance à une carence de données objectives (que le problème soit directement en relation avec une véritable absence de données ou en relation avec un manque d'information sur les données existantes), qu'à une culture et des habitudes professionnelles où l'expérience et la connaissance individuelle et/ou partagée de terrain prend le pas sur une démarche plus « rationnelle ».

En tout état de cause et globalement, une majorité d'interlocuteurs rencontrés regrette le manque de données relatives aux expositions ou aux risques auxquels sont soumis les salariés tout en soulignant le fait de ne pouvoir projeter, face au fonctionnement actuel fortement ancré dans l'empirisme, la façon dont les données potentielles pourraient être appropriées et utilisées par les personnes concernées.

L'enquête SUMER 2003

Celle-ci est identifiée par la plupart des interlocuteurs. Par contre et bien entendu, les données issues de cette enquête commencent à être anciennes. Par ailleurs, les interlocuteurs soulignent l'impossibilité d'analyser finement les données collectées, notamment au niveau régional (voire infra-régional), ce qui n'a d'ailleurs pu être envisagé dans le cadre de la réalisation du présent diagnostic, les problèmes de représentativité liés aux modalités d'échantillonnage construites à partir d'une perspective nationale étant trop importants.

De fait, au-delà de quelques enquêtes ponctuelles ou thématiques, et à défaut, d'autres données de cadrage connues (par la plupart des personnes interviewées), constat est fait d'une forte carence de connaissances régionales et objectives relatives aux expositions et aux risques. La perspective de l'utilisation possible des données issues de la nouvelle vague d'enquête SUMER (2009) est citée à plusieurs reprises (voir à ce propos le chapitre concernant les propositions).

Les données issues des rapports annuels des médecins du travail

Annuellement, chaque médecin du travail rend compte de son activité via un rapport annuel, rapports annuels ensuite centralisés, saisis et analysés par la DIRECCTE de Bretagne. Ces rapports initialement conçus pour objectiver notamment l'activité des médecins comportent un ensemble de renseignements relatifs aux risques et expositions (ainsi qu'aux pathologies engendrées par ces derniers) auxquels ont été confrontés les salariés reçus par les médecins du travail.

Les éléments relatifs aux expositions sont actuellement sous-utilisés, sous-exploités voire non diffusés (ce qui pose d'ailleurs un problème en tant que tel au regard du temps pris par les médecins du travail pour renseigner les rapports et au regard de la motivation pour répondre à cette demande) du fait, du point de vue même des personnes concernées (services de santé au travail, DIRECCTE de Bretagne notamment), d'un ensemble d'éléments minorant très fortement leur validité.

Parmi ceux-ci et sans exhaustivité, on peut citer :

- Les données ne concernent que les salariés du régime général. Par ailleurs, des catégories de population sont mal cernées, voire, du fait de leur statut même, sont susceptibles d'induire des biais importants d'analyse dans le cadre d'un regard porté sur la population au travail : salariés en Contrats à durée déterminée (CDD) qui peuvent bénéficier de plusieurs visites annuelles ; intérimaires ; travailleurs à domicile et/ou télétravailleurs peu ou pas pris en compte, etc...
- A l'inverse et toujours dans la perspective d'un regard porté sur la population salariée (représentativité), il n'y a bien entendu pas de visites annuelles pour tous les salariés et l'adhésion des entreprises est susceptible d'être soumise à des variations importantes (adhésion en baisse selon certains interlocuteurs rencontrés ; probables phénomènes de sélection des salariés selon leurs statuts en interne à certaines entreprises,...).
- Les interfaces informatiques utilisées pour saisir les données ne sont pas adaptées, anciennes, voire non cohérentes les unes vis-à-vis des autres. Tout d'abord au niveau des services de santé au travail : saisie des données par le médecin du travail via un logiciel métier spécifique à chaque service de santé et dont les thésaurus peuvent être différents. Dans un second temps au niveau de la DIRECCTE, une fois les rapports centralisés et restitués sous format papier : logiciel de saisie ancien, non ergonomique et non adapté aux évolutions réglementaires (examens complémentaires, catégorisation des risques, notamment ceux des CMR, etc...).

- L'adhésion des médecins du travail au fait de renseigner les rapports annuels paraît très variable, notamment du fait du temps nécessaire (au regard de leur disponibilité) en miroir des exploitations et des restitutions qui en sont faites (pas de retour identifié a priori avec le risque d'une dégradation des contenus liée au faible intérêt porté à la démarche). Certains des interlocuteurs rencontrés soulignent même que pour une partie des médecins, les rapports annuels sont susceptibles d'être ressentis et vécus uniquement comme un contrôle (et que par répercussion un certain nombre de rapports sont renseignés avec insuffisamment de rigueur) et qu'un travail pédagogique d'information et de sensibilisation est à engager dans la perspective d'une utilisation « santé publique » des données issues de ces rapports (voir à ce propos le chapitre relatif aux propositions).
- Il n'existe aucun protocole diffusé et commun aux médecins du travail relatif à la façon de renseigner les rapports annuels (dictionnaire des variables, consignes de saisie, etc.). Ceci peut bien entendu impacter sur l'homogénéité des saisies qui les rend très médecins-dépendants (inclusion ou non des visites de suivi et/ou de reprise ; saisie exclusive selon le médecin des expositions qui doivent engager une Surveillance médicale renforcée (SMR) ; attention particulière d'un médecin à l'autre à un type d'exposition ou de risque au détriment d'autres catégories; etc.).
- Si les données concernant l'activité des médecins (ainsi que celles concernant les inaptitudes) sont enregistrées à l'exhaustif par la DIRECCTE, les données concernant directement la santé des salariés sont, pour leur part, prises en compte au 10^{ème} par tirage au sort aléatoire réalisé sans stratification ni protocole d'échantillonnage et donc sans garantie de représentativité (environ 32 rapports annuels saisis en 2009 sur ces sujets sur les 325 rapports adressés à la DIRECCTE).

L'ensemble des éléments pointés ci-dessus milite à l'heure actuelle en défaveur d'une utilisation des données issues des rapports annuels et concernant les expositions et risques (ce qui n'est d'ailleurs pas fait) et vient s'ajouter au fait que les données transmises à la DIRECCTE sont en fait des données agrégées (par médecin) et donc limitées du fait de leur structure même, interdisant tout type d'analyse et de croisement entre les variables saisies (expositions ou pathologies analysées par secteur, par métier, etc.).

Au final (voir à ce propos le chapitre consacré aux propositions), cette source de données potentiellement très riche pourrait être exploitée de façon plus pertinente et ensuite diffusée pour servir de point d'appui aux actions engagées par les médecins et les préventeurs notamment.

Les données issues des enquêtes et/ou des « campagnes » menées ou déclinées en région

Qu'elles soient organisées et/ou gérées par l'Etat, par les services de santé au travail ou par les organismes préventeurs de branche (OPPBT par exemple), ces enquêtes (nommées aussi « campagnes » selon les interlocuteurs) ciblées sur un type de risque ou d'exposition (poussières de bois, rayons ionisants, styrène,...) ou encore sur une population ou un secteur d'activité (enquêtes PRISME, STIVAB, sur les pressings, baromètres dans le BTP,...) ont en commun, au-delà de leurs qualités propres et selon une forte majorité d'interlocuteurs, de ne pas être suffisamment diffusées ni valorisées. Un cloisonnement (qui suit l'architecture de l'organisation des différents acteurs institutionnels) qui paraît relativement élevé est souligné et, à titre d'exemple, on peut citer les enquêtes internes aux services de santé au travail qui sont plus souvent « prises en compte et valorisées au moment des congrès professionnels » que diffusées auprès des professionnels de terrain susceptibles d'être directement concernés.

Concernant les enquêtes produites par les organismes préventeurs de filière, si la mise à disposition peut être effective (via internet par exemple), la consultation semble rester modeste à la fois probablement et de façon conjuguée par défaut d'information et du fait d'un manque d'habitude de prise en compte des productions des autres acteurs.

Enfin et transversalement aux enquêtes mises en œuvre, plusieurs personnes interviewées soulignent d'une part l'impression d'un manque de concertation et d'absence de stratégies coordonnées de la part des réalisateurs ou des promoteurs de ces recueils, d'autres part des confusions parfois observables entre les objectifs mêmes de ces recueils : connaissance d'une situation avec éventuelle intention de mise en œuvre d'actions de prévention ou d'information à l'issue ou à l'occasion de ces démarches ; connaissance d'une situation mise en perspective du respect du droit et de la norme réglementaire avec éventuelle intention de contrôle à l'issue. De fait et au niveau des protocoles de ces démarches, il apparaît absolument nécessaire de dissocier clairement ces objectifs (qui restent en eux-mêmes tout à fait légitimes), notamment vis-à-vis de la continuité de l'adhésion à la fois des « recueilleurs » de données (qui sont souvent les mêmes : des médecins ; inspecteurs ou contrôleurs ; préventeurs) mais aussi des entreprises et des salariés. Ces points seront à prendre en compte dans la perspective de l'amélioration et de la cohérence du système d'information.

Les données issues des Centres de consultation de pathologies professionnelles (CCPP) hébergés au sein des CHU et centralisées par le Réseau national de vigilance et de prévention des pathologies professionnelles (RNV3P)

Ces données (dont quelques résultats issus du CCPP du CHU de Brest sont restitués à titre d'exemple dans le chapitre consacré à l'analyse quantitative) rassemblent les résultats de consultation recrutés via les médecins du travail ou via d'autres voies (médecine libérale, salariés venant de leur propre initiative...). Elles ne sont donc pas représentatives mais constituent une source d'information précieuse, notamment dans un cadre d'amélioration de la connaissance (l'origine des pathologies professionnelles), de surveillance ou de veille sanitaire (risques émergents,...). Actuellement, ces données dont les thésaurus de recueil sont harmonisés d'un CCPP à l'autre, sont exploitables de façon individuelle (par CCPP) ou de façon centralisée (ensemble des CCPP exploité par le RNV3P) et permettent des comparaisons dans le temps (informatisation réalisée depuis plusieurs années). Les interlocuteurs rencontrés dans le cadre des entretiens et informés de l'existence de cette source notent tous sa sous-utilisation et soulignent l'intérêt de pouvoir agréger à l'avenir les résultats de consultation issus des deux CCPP bretons (CHU de Rennes et de Brest) dans l'objectif d'une part d'obtenir des données à l'échelle régionale, d'autre part de pouvoir les mettre en perspectives avec les résultats nationaux (RNV3P).

Autres données

Parmi les personnes interviewées, quelques-unes pointent l'existence, au sein des entreprises, des « fiches individuelles de suivi » sur lesquelles des éléments relatifs aux expositions auxquelles sont soumis les salariés sont indiqués. Ces fiches, jusque-là mises en œuvre dans un cadre réglementaire et de suivi individuel pourraient éventuellement être exploitées dans une perspective épidémiologique. La question de l'exhaustivité, de la qualité des éléments renseignés et de la faisabilité devra être posée si cette possibilité est envisagée à l'avenir.

Au final concernant les expositions

En Bretagne, à l'heure actuelle et en s'appuyant sur les données disponibles, il paraît difficile d'une part d'objectiver et de réaliser un suivi dans le temps des expositions ou risques auxquels sont soumis les salariés, d'autre part d'organiser une veille sanitaire relative aux nouveaux risques ou à de possibles risques émergents. Données d'enquêtes nationales anciennes et non exploitables régionalement ; sources mal renseignées et/ou peu ou pas exploitées ; enquêtes ad hoc ou autres sources organisées sans cohérence d'ensemble et sans être incluses dans une démarche programmatique globale et enfin, transversalement à tous ces éléments, diffusion des éléments de connaissances et d'informations largement perfectible. Tous ces éléments devront à l'avenir être pris en compte dans le cadre de l'amélioration du futur système d'informations ainsi que de la visibilité et de la qualité de la connaissance des risques et des expositions des salariés bretons.

7.1.2 Les données relatives à la sinistralité (accidents, maladies professionnelles, inaptitudes)

En amont des éléments concernant directement les différents producteurs de données, une première réflexion commune à une majorité de personnes interviewées concerne l'étendue et le « champs » de la population à propos de laquelle des données de sinistralité sont produites, diffusées et prises en compte par les acteurs. Ces données concernent en effet très majoritairement la population couverte par le régime général, voire plus rarement par la MSA (et le présent diagnostic peut d'ailleurs en témoigner), et exclut de fait les salariés dépendant d'autres régimes, dont certains, tel par exemple le secteur maritime dont la présence est importante en Bretagne, sont à fort potentiel de sinistralité. De façon moins spécifique, d'autres secteurs importants sont aussi absents des données prises en compte : fonction publique hospitalière, collectivités territoriales, services autonomes des grandes entreprises...

De fait et au-delà des qualités et des limites des données produites (voir ci-après), les « portraits » de sinistralité ne concernent qu'une partie de la population au travail (majoritaire) et ne reflètent donc pas la sinistralité de la population dans son ensemble.

Les données issues de la CARSAT

Éléments majeurs de la connaissance de la sinistralité des salariés bretons relevant du régime général (et donc à ne pas confondre par abus de langage avec la sinistralité témoin de l'ensemble de la population salariée régionale), ces données sont traitées de façon annuelles (avec un décalage d'environ un à deux ans entre l'année concernée et la mise à disposition des éléments chiffrés) et restituées sous la forme d'un rapport d'activité mis à disposition des acteurs.

Au-delà de ce rapport normalisé, des coopérations spécifiques et sectorielles peuvent exister sur la base d'un partenariat bilatéral (avec le BTP par exemple) qui permettent des analyses plus ciblées et sensiblement plus fines que les analyses de cadrage réalisées annuellement par la CARSAT. Malgré tout, ce mode de coopération, bien qu'améliorant l'adéquation entre production et attentes des acteurs et des préventeurs, semble rester relativement fragile (il reste en effet pour la plupart des personnes interviewées relativement récent et « personnes - dépendant », c'est-à-dire non inclus dans le cadre d'un processus organisé, contractualisé et systématisé), et ne suffit pas, la plupart du temps, à répondre aux besoins des destinataires de ces analyses, notamment en termes d'aide à la décision et d'aide au ciblage des actions d'information et/ou de prévention à mettre en œuvre.

En tout état de cause et selon les personnes interviewées, les données, telles que produites actuellement, révèlent un certain nombre d'insuffisances (structurelles ou non), qui limitent leur portée et leur utilisation par les destinataires. Parmi celles-ci, on peut notamment citer :

- D'une part ces données souffrent d'un phénomène de sous-déclaration, concernant notamment les maladies professionnelles, lié à plusieurs facteurs indépendants du producteur (manque d'information et d'orientation des salariés, sous-déclaration par les salariés eux-mêmes et/ou les entreprises, manque de sensibilisation des médecins libéraux,...), d'autre part et par définition, la prise en compte de la sinistralité dépend intrinsèquement des tableaux de reconnaissance qui limitent le regard porté sur ces phénomènes aux seules pathologies ou risques pris en compte réglementairement (sont en effet notamment cités dans ce cadre des carences liées aux pathologies cancéreuses ou aux risques psycho-sociaux). Enfin, pour quelques interlocuteurs, le taux d'Incapacité permanente (IPP) ne suffit pas à lui seul à illustrer l'impact en terme de santé des atteintes subies par un travailleur. Celui-ci peut être en effet fixé par avance pour un type d'atteinte donnée (les troubles musculo-squelettiques par exemple) en sous-estimant les conséquences sur la santé de la personne ainsi que sur son employabilité, notamment chez des personnes jeunes. Une réflexion pourrait être menée à ce titre pour compléter cet indicateur en l'enrichissant de recueils complémentaires ad hoc ou d'indicateurs secondaires mieux à même d'approcher la réalité santé / employabilité vécue et/ou subie par les personnes concernées.
- Le calendrier de production des rapports annuels souffre d'un décalage de un à deux ans entre l'année de référence des éléments de sinistralité et la mise à disposition des analyses réalisées. Ce décalage temporel, imposé par le temps nécessaire au traitement des dossiers ainsi qu'à la centralisation, aux vérifications, aux analyses et à la mise en forme des résultats, apparaît pour une majorité d'interlocuteurs, comme un élément défavorable à l'utilisation et à la prise en compte des données produites, notamment dans le cadre de l'aide à la décision et de l'appui à la mise en œuvre d'actions de terrain (information, sensibilisation, prévention,...). En contrepartie à ce constat et pour modérer l'impact négatif de ce décalage calendaire, un certain nombre d'interlocuteurs souligne l'inertie des phénomènes de sinistralité dans le temps, modérant ainsi fortement les observations faites précédemment.
- Pour une forte majorité de personnes rencontrées, les indicateurs utilisés par la CARSAT pour témoigner de la sinistralité des salariés ont été notoirement et initialement conçus dans une perspective tarifaire et gestionnaire (ce qui paraît bien évidemment légitime aussi bien du point de vue du producteur lui-même que des partenaires sociaux), et par répercussion ne sont à considérer que comme des indicateurs indirects de la santé de la population au travail.

- Par ailleurs et dans la même perspective, ces indicateurs produits en routine sont considérés comme trop globalisés, peu parlants et insuffisamment détaillés pour servir d'appui efficace aux professionnels de terrain (médecins, préventeurs, inspecteurs...) dans le cadre de leurs interventions ou de leurs actions d'information, de prévention (à titre d'exemple, ces indicateurs globalisés sont insuffisants dans un cadre préventif de construction d'argumentaires auprès des interlocuteurs et notamment auprès des employeurs), ainsi que dans le cadre du ciblage de ces dernières. Manque notamment, pour la plupart des interlocuteurs rencontrés : des analyses plus fines concernant des approches sectorielles selon la Nomenclature des activités françaises (codes NAF) ou par branche d'activité (la classification par Comités techniques nationaux (CTN) étant souvent considérée comme insuffisamment opérationnelle et ne correspondant pas assez à la réalité des métiers ou des activités au regard des besoins des destinataires des données) ; des approches selon la taille de l'entreprise (en identifiant notamment les entreprises de moins de 20 salariés) ; des approches territoriales à des niveaux plus fins que le niveau régional et/ou départemental (par zone d'emploi par exemple). En tout état de cause et selon les intérêts propres et spécifiques à chaque personne interviewée, des croisements de variables (notamment la mise en relation entre la typologie des accidents ou des maladies professionnelles et les variables précitées) sont souhaités dans un objectif d'utilisation des données à des fins opérationnelles.
- Au-delà des souhaits exprimés quant à la possibilité d'obtenir des analyses plus fines que celles réalisées actuellement, un certain nombre d'interlocuteurs regrettent aussi de ne pouvoir objectiver la situation de certaines catégories de salariés du fait de leur situation spécifique. Sont notamment concernés les intérimaires (du fait de la difficulté majeure liée à l'impossibilité de les rattacher à une branche ou un secteur professionnel particulier) ; les personnes salariées dans le cadre des services à la personne (du fait de la présence courante de multiples employeurs, voire de salariats mis en place directement par les ménages) ou encore les personnes employées dans un cadre saisonnier (population volatile, souvent en emplois de courtes durées).

Au final, l'ensemble des éléments ci-dessus (issus des entretiens réalisés) intervient en défaveur d'une utilisation optimale des données produites par la CARSAT en tant qu'outil de pilotage des actions mises en œuvre par les services de santé au travail ou par les préventeurs.

Par contre et au-delà des constats réalisés, il faut souligner le sentiment partagé par une forte majorité de personnes interviewées d'une difficulté importante à solliciter et à communiquer avec la CARSAT pour obtenir des données chiffrées plus adaptées aux besoins. Les éléments qui sous-tendent ces constats sont à la fois relatifs : à des démarches estimées complexes à la fois vis-à-vis des circuits de demande (difficultés à identifier le bon interlocuteur) mais aussi vis-à-vis des possibilités de requête offertes par le

système d'information de la CARSAT ; à une faible réactivité du producteur ainsi qu'à un manque de compréhension par ce dernier de l'objectif des requêtes qui pourraient être faites.

Ces difficultés reflètent en réalité probablement plus un ensemble d'habitudes et d'absence de partenariat ancré historiquement, induisant ainsi un cloisonnement et une méconnaissance mutuelle plutôt qu'une véritable absence de possibilité. En effet, la plupart des interlocuteurs ne s'appuie pas sur une réalité observée mais plutôt sur une réalité subjective ayant pour conséquence une absence de demande liée à leur perception de la complexité, voire de l'absence de possibilité de requête. Les requêtes spécifiques en direction de la CARSAT sont en effet peu effectuées (au-delà de collaborations sectorielles telle par exemple celle nouée avec l'OPPBT), malgré la forte amélioration des possibilités d'analyses fines par le système d'information de la CARSAT que la plupart des interlocuteurs n'identifient pas. Celle-ci situant la limite des analyses réalisables plus en relation avec l'impossibilité d'identifier un établissement ou une entreprise (nécessité d'anonymisation : les données restituées n'ont en effet pas pour objectif la mise en œuvre de contrôle), plutôt que vis-à-vis des possibilités d'analyses offertes par le système d'information actuel.

L'ensemble de ces constats qui a pour conséquence principale le fait que les besoins d'analyse sont de façon concomitante peu exprimés et peu satisfaits, s'appuie aussi sur le fait que les occasions de rencontre, d'échange, voire de coordination sont peu nombreuses, sans systématisme ni au niveau de la régularité, ni au niveau de la couverture géographique et s'appuie par ailleurs le plus souvent sur des éléments empiriques plutôt que sur des données chiffrées, objectives et répondant aux questions ou aux problèmes posés.

Dans ce cadre et pour l'avenir, il paraît essentiel de poser les bases d'un partenariat rénové via des instances de rencontre et de coordination plus formalisées, permettant ainsi à la fois d'optimiser les possibilités d'exploitation du système d'information de la CARSAT et d'améliorer l'adéquation des analyses réalisées aux besoins des acteurs du système de santé au travail.

Les données issues de la MSA

La plupart des constats réalisés dans le point concernant les analyses faites par la CARSAT sont, à des degrés divers, valables pour les données issues de la MSA. Et ce, même si une réflexion est actuellement en cours pour améliorer la mise à disposition (notamment auprès des services de santé au travail), de données adaptées aux besoins d'information. Les interlocuteurs rencontrés notent par ailleurs que ce type d'échange et de réflexion semble fortement facilité par la centralisation spécifique à la MSA (guichet unique).

Parallèlement et vis-à-vis de la difficulté liée à l'absence d'harmonisation des différents thésaurus utilisés par la CARSAT et par la MSA, une réflexion (à priori déjà engagée), devrait aboutir à l'avenir dans la perspective d'une agrégation possible des données des deux régimes et d'un regard porté sur la santé de la population bretonne au travail.

Bien entendu dans la mesure du possible et toujours dans cette perspective, les autres régimes (régime maritime, etc...) devront aussi être associés à cette réflexion.

Les données relatives aux inaptitudes

L'enquête inaptitude exploitée par le GREF de Bretagne, (complémentaire aux éléments liés aux inaptitudes et aux incapacités issus soit des rapports annuels des médecins du travail, soit des données provenant des caisses), et dont les éléments principaux de la première vague d'enquête (2007) ont pu être exploités dans le cadre du présent diagnostic, a été renouvelée en 2009.

Partant du besoin d'objectiver et d'améliorer la caractérisation des inaptitudes, la seconde vague d'enquête passée auprès des médecins du travail révèle un ensemble d'éléments susceptibles de limiter l'exploitation possible de ces données. Parmi ceux-ci on peut notamment souligner :

- Un taux de réponse en baisse entre les deux vagues d'enquête (environ 30 à 40 % de répondants en 2009) qui impacte fortement sur la représentativité de l'enquête. Ce constat, ajouté au fait qu'il existe peu de variable au sein du questionnaire permettant d'évaluer le profil des répondants face à celui des non répondants (et donc de pondérer les résultats si nécessaire), limite fortement la portée des résultats obtenus. Par ailleurs, ce faible taux de réponse intervient en défaveur d'analyses fines par secteurs géographiques, professionnels, types d'entreprises, etc... qui correspondent pourtant à l'objectif recherché. L'adhésion des médecins du travail à ce recueil devra donc être améliorée à l'avenir en s'appuyant sur une meilleure sensibilisation et concertation en lien avec la faisabilité et la charge de travail des médecins (voir à ce propos le chapitre consacré aux propositions).
- Se pose à la fois, de l'avis des personnes interviewées, un problème de protocole d'enquête (formation des médecins à l'enquête, harmonisation et diffusion des consignes de saisie,...) et d'homogénéité vis-à-vis de la prise en compte des inaptitudes. Ce dernier point étant aussi révélé par le fait que les déclarations d'inaptitudes enregistrées au sein des rapports annuels des médecins du travail sont, selon certaines des personnes interviewées, très médecins-dépendants et enregistrent de fortes variations d'un médecin à l'autre sans qu'il soit possible d'identifier des facteurs susceptibles d'expliquer ces écarts. Ce point devra aussi être pris en compte à l'avenir dans la perspective d'une amélioration de la qualité et de la validité des données recueillies via l'enquête exploitée par le GREF de Bretagne.
- Comme déjà explicité dans la partie concernant les expositions (voir ci-avant), si l'enquête exploitée par le GREF fait le lien entre inaptitudes et pathologies, le lien entre inaptitudes et expositions n'est pas possible, l'enquête n'explorant pas cette dimension de la problématique. Ce manque est souligné par un certain nombre de personnes interviewées.

Au final et dans la perspective de la reconduction d'une prochaine vague d'enquête, ces éléments devront être pris en compte afin d'améliorer la qualité des résultats obtenus et par là même, l'utilisation possible par les acteurs concernés.

Les données issues des entreprises

En marge des principales sources témoins de la sinistralité de la population au travail, un certain nombre d'interlocuteurs évoquent la présence de données chiffrées issues des entreprises (via la présence des « clubs entreprises » ou encore via la mise à disposition des données par les entreprises les plus importantes). Ces données, mises à disposition notamment par et pour certains des partenaires sociaux, semblent être utilisées et servir d'appuis aux réflexions et aux actions mises en œuvre dans une perspective de réduction de la sinistralité.

Malgré tout et tout en prenant en compte l'intérêt qu'elles représentent pour les acteurs professionnels, ces données (dont une des caractéristiques est l'absence d'anonymat des entreprises concernées), ne semblent présenter de ce fait qu'un intérêt limité dans le cadre d'une intégration à un portrait santé de la population au travail, notamment à partir du moment où les propositions relatives aux carences des données de sinistralité telles qu'elles sont exploitées actuellement auront pu être prises en compte.

7.2 Les manques

Au-delà des insuffisances du système d'information actuel qui s'appuie sur les sources de données exploitées (voir à ce propos le chapitre précédant concernant les risques et expositions ainsi que la sinistralité), les personnes interviewées ont tenu à souligner un certain nombre de manques en lien avec des catégories de populations, de risques, de thèmes ou d'approches susceptibles de nécessiter une attention particulière au regard du manque d'information les concernant.

Au niveau des populations, la plupart des interlocuteurs rencontrés souhaite voir porter un regard plus spécifique et approfondi vis-à-vis :

- Des personnes en situation qualifiée de « précarité » professionnelle qui représentent probablement la population la moins suivie et dont l'état des connaissances en termes de santé travail peut être qualifié « *d'angle mort* » du système d'information. Sont concernés notamment les personnes en intérim (avec la difficulté de ne pouvoir les distinguer selon leur appartenance à un secteur professionnel) ; les personnes travaillant en situation de sous-traitance ; les travailleurs saisonniers (voir à ce propos le focus page 2) ; les intermittents du spectacle.
- Les salariés travaillant dans le secteur des services à la personne (difficulté à appréhender cette population du fait d'un ensemble de facteurs concernant à la fois la présence de multiples employeurs, le fait que les salariés soient employés directement par les ménages, etc...

Par ailleurs et pour ces populations, les personnes interviewées soulignent que les phénomènes de sous-déclaration relatif à la sinistralité doivent être fortement majorés en lien avec la précarité de leur statut. L'approche, si tant est qu'elle soit possible, via les chiffres communiqués par les caisses semble donc insuffisante et une réflexion devra être engagée vis-à-vis du fait de mettre en place des recueils ad hoc et spécifiques pour pouvoir réellement objectiver leur situation.

Au niveau des risques, des expositions et des pathologies et au regard des carences d'informations régionales (voir le chapitre précédant concernant les sources de données existantes et leurs limites), une forte majorité d'interlocuteurs souhaitent obtenir plus d'informations vis-à-vis :

- De l'ensemble des expositions auxquelles sont soumises les personnes au travail dans l'objectif d'améliorer l'adéquation entre actions de sensibilisation, de formation (voire de contrôle) et besoins.

- Plus spécifiquement, des produits Cancérogènes, mutagènes et reprotoxiques (CMR) et au sein de ces produits, des perturbateurs endocriniens. Les interlocuteurs qui évoquent ces besoins proposent des suivis des populations exposées aux CMR à l'avenir avec mise en place d'une réflexion préalable dans l'objectif de déterminer quel type de CMR il s'agira de retenir pour la mise en place de ces suivis spécifiques, notamment à partir des résultats de SUMER 2009 ou d'enquêtes préalables ad hoc.
- Des risques psycho-sociaux qui restent relativement « invisibles » du fait notamment des carences en termes de possibilité de reconnaissance, même si cet élément semble, selon certains des interlocuteurs, relativement région-dépendant. De fait et au-delà de l'inscription possible de la Bretagne au sein de protocoles d'enquête déjà déclinés dans d'autres régions françaises (enquête Samothrace, quinzaines MCP,...), des échanges pourraient être engagés notamment avec la CARSAT et la MSA (dans un premier temps) pour définir un ensemble d'indicateurs indirects susceptibles de permettre d'approcher ce type de risque et leurs conséquences sur la santé des personnes. Parmi ceux-ci on peut d'ores et déjà citer les arrêts de travail pour dépression, les arrêts répétitifs de courte durée, etc... Enfin, quelques interlocuteurs proposent de mieux recenser les suicides au travail même si cet « indicateur » pose de nombreux problèmes méthodologiques vis-à-vis du lien direct et/ou causal entre expositions aux risques psycho-sociaux et passage à l'acte.

Au niveau des pathologies et au-delà d'une attention spécifique à porter aux TMS du fait de leur présence massive, quelques interlocuteurs proposent de porter un regard particulier sur les cancers d'origine professionnelle du fait notamment d'une forte carence en terme de reconnaissance (problème multifactoriel lié à la fois aux tableaux de reconnaissance, au fonctionnement juridique français, à la difficulté de faire le lien entre exposition professionnelle et survenue de la pathologie notamment du fait du décalage temporel important entre l'exposition et l'événement, etc...). Pour la quasi-totalité des interlocuteurs et du fait des difficultés évoquées ci-avant, l'observation ne peut passer que via une amélioration de la prise en compte des Maladies à caractère professionnel (MCP). Dans ce cadre, il paraît important qu'au-delà des déclarations de MCP réalisées par les médecins du travail, puisse être mis en place en complémentarité un recueil à partir de médecins généralistes permettant notamment l'inclusion de personnes en situation de retraite et touchées par ce type de pathologies.

Au niveau des thèmes, quelques personnes interviewées soulignent l'importance à accorder aux inaptitudes. Dans ce cadre et au-delà des éléments d'information apportés par l'enquête déjà menée par le GREF de Bretagne (voir à ce propos le chapitre concernant les sources de données existantes), une amélioration de la connaissance des trajectoires des personnes concernées semble nécessaire (modalités d'accompagnement, de soutien et de suivi ; apport des structures de maintien dans l'emploi ; impact de l'inaptitude sur le devenir et l'employabilité des salariés).

Au niveau des approches, sont soulignées des carences vis-à-vis :

- D'un système de veille et d'alerte concernant d'une part l'évolution dans le temps de risques et de pathologies déjà identifiés (cancers,...), d'autre part des approches à propos de risques ou de pathologies difficilement cernables à l'heure actuelle (nanoparticules et pathologies émergentes par exemple) en débutant ces observations par une identification préalable de celles à prendre en compte ainsi que des lieux et des populations potentiellement exposés.
- D'approches de types qualitatives permettant notamment et au-delà des constats quantitatifs de cadrage, d'éclairer les processus et les mécanismes à l'œuvre qui conduisent à la majoration des situations d'exposition ou de sinistralité.

7.3 En amont, la concertation et la cohérence de la politique régionale

Les éléments permettant d'objectiver la situation régionale en terme de santé-travail s'appuient actuellement à la fois sur des données produites en routine (CARSAT, MSA, exploitation des rapports annuels des médecins du travail,...), sur des données issues d'enquêtes spécifiques régionales ou plus locales (travailleurs saisonniers du Morbihan, enquête auprès des élèves et apprentis de la MSA, enquête inaptitude,...) et pourraient à l'avenir (voir à ce propos le chapitre consacré aux propositions), s'appuyer sur l'insertion de la Bretagne dans des processus d'enquêtes inter-régionales voire nationales ainsi que sur des enquêtes ad hoc mises en œuvre dans le cadre du PRST 2010-2014.

En tout état de cause, la collecte des données quelle que soit leur origine, s'appuie la plupart du temps sur les mêmes personnes : les préventeurs, les inspecteurs et contrôleurs et surtout les médecins du travail.

De fait, les personnes interviewées dans le cadre de l'enquête qualitative soulignent dans leur plus grande majorité la nécessité d'une concertation régionale via une instance de pilotage et de coordination pérenne qui reste à mettre en place et ce, à deux niveaux :

- La cohérence de la politique régionale ;
- La faisabilité des recueils à mettre en œuvre ou des exploitations à réaliser.

Concernant la cohérence de la politique régionale

La majorité des interlocuteurs souligne à la fois les faiblesses actuelles en termes de pilotage et de management régional ainsi que le cloisonnement qui prévaut actuellement entre les différents acteurs régionaux. Ceci intervenant en défaveur de la mise en place d'une véritable politique de programmation annuelle ou pluriannuelle quant aux données à exploiter en routine ou encore vis-à-vis des recueils ad hoc et/ou de la participation à des enquêtes de plus grande envergure.

Une recherche de cohérence à ce niveau est donc fortement souhaitée dans le cadre d'une amélioration du consensus régional, avec pour objectifs une harmonisation et une recherche de cohérence entre les différents acteurs vis-à-vis des démarches, études (thématiques ou populationnelles) et exploitation des données en routine.

Au-delà de cette amélioration de la dynamique partenariale régionale impactant la cohérence des objectifs assignés au système d'information, cette instance pourrait aussi concourir au fait d'éviter des redondances dans les démarches menées actuellement de façon relativement cloisonnée entre les acteurs. Par ailleurs, cette instance permettrait aussi de définir, à partir des systèmes d'information existants et pérennes, les indicateurs communs (par exemple entre les différents régimes de couverture sociale ou encore vis-à-vis

des exploitations réalisées à partir des rapports annuels des médecins du travail), nécessaires à l'amélioration du ciblage des actions d'information et de prévention menés actuellement. Elle favoriserait enfin l'adhésion des différents régimes à ce processus tout en aidant à l'identification mutuelle d'interlocuteurs référents.

Concernant la faisabilité des recueils à mettre en œuvre ou des exploitations à réaliser

Une forte majorité de personnes interviewées souligne le fait que l'amélioration de la politique régionale en termes d'informations produites ne sera réalisable qu'à partir du moment où les facteurs relatifs à la faisabilité sont pris en compte, notamment lié au fait que la population des « collecteurs » de données potentiels dans le cadre d'éventuelles enquêtes mises en œuvre (médecin du travail en tout premier lieu) représente une population captive, non renouvelable et disposant de faibles marges de manœuvre de disponibilité au-delà de leurs missions essentielles.

Un véritable travail de priorisation et de hiérarchisation des différentes collectes est donc à organiser (ceci est par ailleurs aussi à prendre en compte dans le cadre de l'exploitation des systèmes d'information existants) afin d'organiser et de rendre cohérent le système d'information régional. Ce travail permettra en outre, à partir du moment où les décisions à ce niveau sont communiquées et expliquées aux « collecteurs », de favoriser leur adhésion aux processus d'enquêtes ou de production de données en routine (rapports annuels des médecins du travail par exemple) mis en œuvre dans le cadre du PRST.

Enfin, certaines des personnes interviewées soulignent la clarification nécessaire (dans le cadre de l'adhésion et de la faisabilité des futurs recueils) entre les objectifs d'amélioration de la connaissance et/ou d'aide à la décision (ciblage des actions d'information et de prévention) et les objectifs de contrôle réglementaires. Cette condition paraît en effet incontournable et à expliciter au niveau des protocoles d'enquête pour favoriser l'adhésion dans le temps des différents acteurs aux recueils mis en œuvre (partenaires sociaux, préventeurs, salariés, entreprises,...).

7.4 En aval, la diffusion des informations

Concernant la diffusion des documents produits à partir de l'exploitation des systèmes d'information existants ou à partir des études réalisées, la quasi-totalité des personnes interviewées s'accorde à dire qu'elle reste à organiser.

Actuellement, le cloisonnement entre les acteurs prévaut et intervient en défaveur d'une forme organisée de diffusion des informations et d'une mutualisation ou d'un partage des connaissances et/ou des éléments permettant d'améliorer l'adéquation des actions d'information / prévention aux besoins.

Cette diffusion d'information sera donc à organiser dans le cadre et au cours du PRST 2010-2014 en prenant en compte :

- L'ensemble des professionnels participant aux différentes collectes de données et notamment les préventeurs et les médecins du travail afin qu'au-delà de l'appropriation des résultats, la pérennité de leur motivation et la qualité de leur adhésion à ces processus et/ou à ces enquêtes puissent être favorisées (l'exemple le plus souvent cité en la matière étant un feed-back à organiser auprès des médecins du travail relatif à l'exploitation faite des rapports annuels).
- Les partenaires sociaux.
- Les entreprises et les salariés afin de valoriser les résultats obtenus dans les milieux spécifiquement concernés par les enquêtes mises en œuvre.
- Les différents représentants institutionnels (dont l'Agence régionale de santé de Bretagne (ARS) dans le cadre de la mise en cohérence entre les différents plans régionaux et notamment le Plan régional santé environnement).

Au-delà des destinataires, la question de la forme que pourrait revêtir cette diffusion reste en question pour la plupart des personnes interrogées. Plusieurs solutions sont évoquées à ce propos :

- Une diffusion via un tableau de bord annuel synthétisant ces résultats.
- Une diffusion au coup par coup après centralisation des résultats d'enquête ou d'exploitation.
- Une solution mixte selon les contenus.

Enfin, et vis-à-vis de la question de la diffusion des informations, plusieurs interlocuteurs évoquent, au-delà des résultats d'enquête ou d'exploitation des bases de données existantes, la nécessité d'une diffusion d'information auprès des médecins libéraux et hospitaliers afin de les informer et les sensibiliser à la problématique santé – travail.

Cette information pourrait à minima concerner l'organisation des procédures à mettre en place lorsqu'ils sont confrontés à un problème médical relevant de la sphère du travail ainsi que des éléments informatifs et fonctionnels concernant l'orientation des personnes concernées, ainsi que l'identification et le rôle des différents interlocuteurs potentiels.

7.5 La mutualisation des actions de prévention

Au-delà de l'objectivation de la santé de la population au travail en Bretagne, l'objectif d'un système d'information peut aussi concerner le recensement, la centralisation et la mutualisation des actions d'information, de sensibilisation ou de prévention mises en œuvre.

Pour la plupart des personnes interviewées, on observe un relatif cloisonnement entre les différents acteurs de la prévention intervenant en défaveur d'une mutualisation des actions. Il n'existe en effet pas de plate forme commune ni d'instance le permettant pour améliorer la coordination entre préventeurs de terrain au niveau régional.

Même si des rencontres sont organisées au sein des départements, en germe via les échanges entre services de santé au travail en Bretagne ou encore via les échanges inter-entreprises, ces démarches sont estimées insuffisamment régulières et formalisées, ne font pas assez de lien entre elles et ne permettent pas d'obtenir l'adhésion à une démarche collective au niveau régional.

A partir de ce constat, la mutualisation des actions de prévention est fortement souhaitée et certaines des personnes interviewées suggèrent la mise en place d'un comité d'expert permettant une recherche de consensus concernant les processus de sélection des actions à prendre en compte avant mutualisation et mise à disposition de l'information relative aux outils et méthodes utilisés ayant produit des résultats positifs.

Cette mise à disposition pourrait bien sûr s'effectuer de façon coordonnée avec l'ARACT ainsi qu'avec les partenaires sociaux et les organisations professionnelles et le processus de diffusion s'organiser à partir de la constitution d'une base de données des actions restituée via la création (par exemple) d'une plate-forme internet dédiée.

Au final, la question centrale posée est bien celle d'un décloisonnement entre les instances et les acteurs (notamment préventeurs) ainsi que l'engagement dans une dynamique à vocation régionale.

8. Propositions - préconisations

Les propositions et préconisations présentées ci-après s'appuient à la fois sur l'exploitation et l'analyse des éléments quantitatifs et des éléments recueillis au cours du recueil par entretiens.

Elles concernent en tout premier lieu l'amélioration du système d'information santé-travail en Bretagne et ont pour objectifs principaux de :

- **Pouvoir porter un regard objectif et comparatif de la situation de la population au travail en Bretagne dans son ensemble :**
 - Priorisant une approche populationnelle de santé publique vis-à-vis d'une approche de type « gestionnaire »,
 - Permettant des comparaisons à des données nationales,
 - Permettant un suivi des indicateurs dans le temps.
- **Disposer d'éléments sur lesquels les préventeurs et les médecins du travail pourront s'appuyer pour cibler leurs actions (information, sensibilisation, prévention).**
- **S'inscrire dans une dynamique programmatique, partenariale et régionale.**
- **Permettre de partager et de mettre à disposition les informations produites.**

Bien entendu ces propositions – préconisations s'inscrivent sur la durée du Plan régional santé travail 2010-2014 et devront être validées et hiérarchisées après soumission au Comité régional de prévention des risques professionnels (CRPRP).

Elles sont présentées ci-après et structurées autour des chapitres suivants :

- 8.1. En amont, un renforcement du pilotage régional**
- 8.2. La mise en place d'un tableau de bord de suivi**
- 8.3. L'amélioration de l'exploitation des sources de données existantes.**
- 8.4. L'inscription de la Bretagne dans un protocole d'enquête inter-régional.**
- 8.5. La mise en œuvre d'enquêtes ad hoc spécifiques et ciblées.**
- 8.6. La mise en place d'un système de veille et d'alerte.**
- 8.7. En aval, la diffusion des informations produites.**
- 8.8. La mutualisation des actions de prévention.**

8.1 En amont, un renforcement du pilotage régional

Il paraît en effet nécessaire de mettre en place une instance de pilotage et de coordination régionale relative au système d'information sous l'égide de la DIRECCTE de Bretagne et en cohérence avec le Comité régional de prévention des risques professionnels (CRPRP). Celle-ci devra être réunie régulièrement tout au long du Plan régional santé travail (PRST) 2010-2014 et pourra s'appuyer sur la mise en place de commissions techniques thématiques et ciblées de façon à déléguer tout ou partie de la mise en œuvre concrète des propositions ci-après.

Au niveau de sa composition

Cette instance de pilotage devra réunir à priori et sans exhaustivité et de façon à réellement engager une dynamique de concertation régionale, des représentants :

- De la DIRECCTE de Bretagne
- Des services de santé au travail (notamment des responsables et des médecins).
- Des différents producteurs de données, notamment issus de la CARSAT de Bretagne ainsi que de la MSA en ayant pour objectif d'intégrer progressivement des représentants des autres régimes (maritime,...).
- Des partenaires sociaux.
- Des organismes préventeurs (ARACT, OPPBTP,...).
- De l'ARS (notamment dans le cadre de la mise en cohérence des différents plans régionaux de santé dont le Plan régional santé environnement (PRSE)).
- D'experts (universitaire, GREF de Bretagne,...).

Au niveau de ses missions

Cette instance de pilotage (ainsi que les commissions techniques qui en émanent) pourrait avoir pour missions principales :

- Bien entendu et avant tout, la promotion au cours du PRST 2010-2014, d'un système d'information relatif à l'ensemble de la population au travail en Bretagne (approche populationnelle et santé publique), au-delà d'une approche de type « plus gestionnaire » où par ailleurs seule la population affiliée aux principaux régimes (CARSAT voire MSA) et facilement identifiable est prise en compte.
- Au regard du point précédent, l'intégration progressive des populations affiliées aux régimes de couverture non pris en compte dans le diagnostic présenté au sein du présent rapport (maritimes, régime des artisans, commerçants et professions indépendantes ...).

- La répartition dans le temps et l'élaboration d'un calendrier de mise en œuvre des différentes propositions présentées au sein de cette partie du rapport.
- L'identification (pérenne) d'interlocuteurs (voire de référents) institutionnels et/ou professionnels selon les axes et les thématiques abordés (voir à ce propos les chapitres composant les propositions).
- La définition de priorités régionales communes et si possible consensuelles entre les différents acteurs, notamment en termes d'informations à collecter (priorisations d'axes, de thèmes ou de populations ciblées) avec en perspective une amélioration de l'adéquation entre informations recueillies et besoins des professionnels (ciblage et évaluation de l'impact des actions mises en place).
- La promotion d'une réflexion partenariale (notamment entre les différents régimes) pour définir et faire converger, lorsque c'est possible, les indicateurs retenus dans le cadre de l'étude de la sinistralité en Bretagne.
- L'amélioration de l'efficacité, de la qualité et de la faisabilité des recueils mis en œuvre à l'échelle régionale ou infra-régionale, que ceux-ci s'inscrivent dans un cadre d'enquêtes inter-régionales ou vis-à-vis d'enquêtes spécifiques ad hoc. Ce point, décliné et détaillé dans les chapitres suivants devra notamment prendre en compte : en tout premier lieu la disponibilité des personnes sur lesquelles s'appuient ces recueils et donc au final la faisabilité de ces derniers ; l'harmonisation et la diffusion des protocoles d'enquête ; l'information et la sensibilisation préalable des « enquêteurs » ; la cohérence thématique des recueils les uns vis-à-vis des autres.
- La contribution à l'amélioration de la diffusion des résultats de ces recueils (ou des exploitations réalisées à partir des systèmes d'information existants) de façon à faciliter leur appropriation par les professionnels concernés et/ou impliqués et au final, leur contribution aux actions mises en œuvre.
- La centralisation et la promotion des actions d'information et/ou de prévention (sur la base des résultats obtenus).

L'ensemble de ces éléments est décliné dans les chapitres qui suivent.

8.2 La mise en place d'un tableau de bord de suivi

Celui-ci, dont la périodicité reste à définir (annuelle ou bi-annuelle, à priori), est à envisager comme un outil partagé de pilotage et de suivi du PRST. Il doit en effet permettre à la fois une objectivation épidémiologique de la santé de la population au travail en Bretagne ainsi qu'un suivi longitudinal (dans le temps) de l'évolution d'indicateurs partagés.

Les éléments à prendre en compte pour l'élaboration de ce tableau de bord (qui sont détaillés dans les chapitres suivants) concernent notamment :

- L'intégration d'indicateurs de sinistralité négociés et si possible convergents entre les différents régimes de sécurité sociale donnant lieu à des requêtes types et normalisées. La prise en compte des besoins des professionnels de terrain (préventeurs, acteurs médicaux, partenaires sociaux,...) devra être réalisée sous l'égide de l'instance de pilotage régionale afin d'effectuer des analyses croisées (par sous population ; par types de territoire ; par secteurs professionnels,...) correspondant au mieux aux besoins des acteurs médicaux et/ou de prévention (voir à ce propos le chapitre 8-3).
- L'intégration des données d'enquêtes quelles qu'elles soient, permettant de porter un regard spécifique sur les éléments relatifs aux priorités régionales (dès lors que ces dernières auront été validées) : CMR et cancers professionnels ; TMS ; surdités professionnelles ; risques psycho-sociaux ; approches populationnelles (voir à ce propos les chapitre 8-3 à 8-5).
- L'intégration des données issues d'un futur système de veille et d'alerte en cohérence avec le point précédent (voir à ce propos le chapitre 8-6).
- L'intégration des données issues des organismes préventeurs de branche (baromètres pour l'OPPBTP par exemple) sur les axes priorités au niveau régional (voir à ce propos le chapitre 8-3).

8.3 L'amélioration de l'exploitation des sources de données existantes

Ce chapitre concerne successivement :

- Les données issues des caisses d'assurance maladie.
- Les données issues de l'enquête SUMER 2009.
- Les données issues des rapports annuels des médecins du travail.
- Les déclarations des Maladies à caractère professionnel (MCP).
- Les données issues des organismes préventeurs de branche.
- Les données relatives aux inaptitudes.

Les données issues des caisses d'assurance maladie

Même si l'intégration progressive des différents régimes d'assurance maladie constitue en soi un objectif dans le cadre du PRST 2010-2014, les éléments ci-après concernent en tout premier lieu la CARSAT et la MSA. Les éléments restitués ci-après sont issus à la fois des entretiens qualitatifs mais aussi de l'analyse des données communiquées par les deux régimes dans le cadre de l'élaboration du présent diagnostic.

Dans le cadre de l'intégration des données des différents régimes au sein du tableau de bord de suivi avec une perspective épidémiologique, un certain nombre de questions seront à résoudre au préalable. Sans être exhaustif, on peut notamment citer :

- Un choix doit être réalisé vis-à-vis des grands indicateurs disponibles et calculables pour objectiver la sinistralité avec une double perspective : porter un regard plus épidémiologique que gestionnaire sur la situation ; stabiliser ces indicateurs afin de pouvoir les comparer dans le temps. Pourraient être retenus dans ce cadre : l'indice de fréquence de l'événement (accidents de travail ou liés au risque routier, maladies professionnelles) ; l'indice de fréquence de l'événement avec IPP ; le taux de gravité de l'événement). En tout état de cause et avant décision finale, la possibilité d'harmoniser la définition du taux de gravité entre la CARSAT et la MSA devra être recherchée.
- Un choix doit être fait quant au périmètre d'inclusion des différents événements de sinistralité, notamment vis-à-vis du lieu de domiciliation de l'entreprise ou de l'établissement (hors ou dans la région Bretagne), voire du lieu de survenue lorsque l'événement concerne un accident (à vérifier ultérieurement avec les caisses

d'assurance maladie). A priori et avant tout échange complémentaire et recherche de consensus à ce propos, la perspective d'un tableau de bord longitudinal milite plutôt en faveur de l'inclusion des entreprises ou établissements domiciliés en région.

- Les règles de comptabilisation des maladies professionnelles ont évolué ces dernières années pour privilégier une approche par syndrome qui s'est substituée à une approche par victime. L'objectif de prioriser un regard épidémiologique joue en faveur du maintien de l'approche par victime (si tant est qu'il soit possible d'obtenir à partir du système d'information de la CARSAT cette information), notamment pour les calculs d'indices de fréquence. Par contre, on peut souligner que l'approche par syndrome (notamment sur les pathologies ciblées et priorisées dans le cadre du PRST), reste complémentaire à l'approche par victime et que le double regard permettra d'objectiver au mieux la réalité de la situation.
- L'approche par codes organisés selon la Nomenclature des activités françaises (NAF) est à privilégier face à l'approche par Comités techniques nationaux (CTN) du régime général. D'une part cette approche correspond mieux aux besoins des préventeurs et des acteurs professionnels et médicaux, elle permet d'améliorer les possibilités d'agrégation des données issues de la CARSAT et de la MSA (pour qui la correspondance de leur propre classification en codes NAF est à priori aussi possible).
- Vis-à-vis des accidents, une réflexion devra être engagée concernant l'intérêt de dissocier les accidents du travail proprement dits des accidents liés au risque routier, et, au sein de ces derniers, la possibilité de dissocier les accidents de trajet des accidents de mission (dissociation qui n'a pu être réalisée dans le cadre du présent diagnostic notamment sur le premier point).
- Dès lors que des analyses plus finies allant au-delà du simple calcul des indicateurs régionaux globaux sont engagées, la prise en compte parallèle des événements de sinistralité (particulièrement des maladies professionnelles reconnues par le CRRMP) imputées au compte spécial (ou encore compte global) devra être réalisée (compte incluant par exemple les maladies professionnelles non imputables à un établissement en particulier).

Au-delà des points essentiels sur lesquels une décision doit être prise avant mise en œuvre éventuelle d'un futur tableau de bord de suivi, les analyses réalisées et les indicateurs à insérer au sein de ce tableau de bord doivent absolument prendre compte les besoins des acteurs du champ santé-travail (acteurs médicaux et professionnels ; préventeurs). A partir du travail réalisé dans le cadre du présent diagnostic, on peut notamment citer :

- Des indicateurs croisés via une approche par type de population (âge, sexe, ancienneté de la personne,...).
- Des indicateurs croisés via une approche géographique infra-régionale (par département et/ou par zone d'emploi).

Par contre, une véritable difficulté subsiste relative à l'impossibilité d'accéder aux effectifs de salariés (dénominateurs) selon ces approches croisées, limitant par là même les perspectives comparatives. Même si ces approches limitées doivent dans tous les cas être retenues, il paraît important d'explorer les possibilités de combler ces manques afin d'améliorer à l'avenir les possibilités de comparaison.

Au final et sur ce point concernant les éléments issus des caisses d'assurance maladie, il est essentiel de prendre en compte la possibilité pour ces derniers de fournir les chiffres souhaités, base de calcul des indicateurs à insérer dans le futur tableau de bord. Un consensus doit donc être recherché dans ce cadre afin d'établir un calendrier de production qui reste compatible avec la réalité. Bien entendu, des ressources (humaines) sont à prévoir pour et par les caisses, ces traitements ou requêtes n'entrant à priori pas dans leurs missions génériques.

Les données issues de l'enquête SUMER 2009

Actualisation de l'édition 2003, les résultats de la nouvelle version de l'enquête SUMER (2009) devront être pris en compte dans le futur tableau de bord de suivi afin de permettre de disposer d'indicateurs d'exposition aux nuisances professionnelles. Si cette enquête reste limitée notamment vis-à-vis de la non prise en compte de risques émergents ainsi que vis-à-vis du peu de données concernant la santé des personnes (et donc des pathologies engendrées par ces expositions), elle n'en reste pas moins incontournable afin de disposer de données de cadrage à vocation représentative (à minima à l'échelon national).

Dans ce cadre, une recherche de convention pourra être conduite afin de disposer (ou d'exploiter directement la base en région), de données à l'échelon régional si la procédure d'échantillonnage nationale et la puissance de l'échantillon statistique de la nouvelle version le permettent. A défaut, l'utilisation de méthodes d'extrapolation (mises au point par la DARES) pourrait être utilisées, permettant de tenir compte de la structure socio-économique spécifique à la région Bretagne.

En tout état de cause et quelle que soient les possibilités, ces données de cadrage constitueront un appui précieux pour quantifier la réalité des expositions et contribuer ainsi à cibler d'éventuelles enquêtes ad à mettre en place au cours du PRST (voir à ce propos le chapitre 8-5).

Les données issues des rapports annuels des médecins du travail

Au-delà des constats déjà réalisés dans le cadre du présent diagnostic concernant les limites de l'exploitation actuelle des rapports annuels versus expositions et risques professionnels (voir à ce propos le focus 5 ainsi que le chapitre 7-1-1 de la partie relative à l'enquête qualitative), ces données représentent potentiellement une source d'information extrêmement riche, qui s'appuie sur l'ensemble de l'activité déployée par les médecins du travail spécialisés et formés aux risques et à leur prévention et de fait spécifiques à la Bretagne.

Par ailleurs, une démarche est actuellement en cours (mise en œuvre d'un outil informatisé de suivi de l'activité : SINTRA) à travers de laquelle pourra être déclinée l'harmonisation des thesaurus utilisés par les différents services de santé au travail prévue courant 2011, notamment ceux concernant le secteur d'activité auquel appartient le salarié (à priori la NAF 2008 serait utilisée, ce qui serait cohérent avec la proposition relative aux exploitations proposées des chiffres de sinistralité issus des caisses d'assurance maladie : voir à ce propos le premier point de ce chapitre) ; son métier (la Nomenclature des Professions et Catégories socioprofessionnelles sera retenue : PCS) ; les nuisances subies (à priori la classification du Réseau national de vigilance et de prévention des pathologies professionnelles (RNV3P) sera retenue, ce qui serait cohérent avec la proposition relative à la mise en œuvre d'un système de veille et d'alerte régional : voir à ce propos le chapitre 8-6) ainsi que les effets sur la santé (la Classification internationale des maladies sera retenue : CIM 10)⁵³

⁵³ Quatre autres thesaurus concernant les examens complémentaires, les vaccins ainsi que les actions de prévention ou en milieu de travail deviendront aussi communs aux différents services de santé au travail.

Ce projet qui permet d'envisager une très forte amélioration de l'utilisation des données issues des rapports annuels n'exonère pas la prise en compte d'un certain nombre de points, notamment organisationnels, permettant de majorer la qualité de ces données tout en prenant fortement en compte la faisabilité de cette exploitation à la fois par les médecins du travail eux-mêmes ainsi que par la DIRECCTE qui centralise et agrège ces rapports annuels. Ces points concernent notamment :

- En amont, la rédaction d'un protocole de recueil des données à destination des médecins du travail destiné à la fois à harmoniser et à fiabiliser les renseignements recueillis, notamment vis-à-vis du codage ainsi que des types de visites à prendre ou non en compte (surveillance médicale renforcée ; visites de reprise,...). La diffusion de ce protocole pourrait aussi être l'occasion d'améliorer l'information et la sensibilisation des médecins du travail à l'objectif poursuivi.
- Sur la base de données épidémiologiques liées à la prévalence et/ou à la gravité potentielle des conséquences des différentes expositions et à partir de la prise en compte des priorités validées par l'instance de pilotage régionale (voir le chapitre 8-1), pourrait être envisagé une sélection de certaines expositions ou de certains risques renseignés par les médecins du travail dans les rapports annuels. Cette proposition, au-delà d'un effet probable d'amélioration de l'identification des priorités régionales par les médecins eux-mêmes et par répercussion de leur adhésion à une dynamique régionale, pourra permettre de minorer pour ces derniers le temps passé à renseigner ces rapports qui jusque là pouvait être considéré comme chronophage et sans lien avec la santé de la population dont ils ont la charge.
- En miroir et au niveau de la DIRECCTE, cette sélection pourra permettre une saisie et une exploitation à l'exhaustif des éléments recueillis (au-delà des données d'activité qui ne sont pas du ressort du présent travail), garantissant des données fiables et réutilisables par les professionnels, notamment au regard des évolutions annuelles observées.
- Par contre, il paraît important qu'une exploration soit réalisée (auprès d'autres régions par exemple dans l'objectif de faire évoluer le logiciel actuellement utilisé par la DIRECCTE de Bretagne pour saisir et exploiter les données centralisées : logiciel ancien, non ergonomique et inadapté aux besoins. L'externalisation de cette tâche pourra aussi être envisagée en cohérence avec les moyens à déployer pour la mener à bien.
- Au-delà des exploitations concernant les expositions et les risques, des analyses devront être conduites à partir d'une approche populationnelle, notamment en distinguant la population des travailleurs intérimaires (voir à ce propos le chapitre 8-5).

- En aval, il paraît évidemment nécessaire de restituer, à minima aux médecins eux-mêmes, les exploitations réalisées à partir de leurs propres rapports annuels. Le tableau de bord de suivi régional est bien entendu le support privilégié pour cette restitution.

Au final, on peut noter que lors du dernier comité de suivi du diagnostic santé travail (22 novembre 2010) au cours duquel ont été présentées les premières propositions relatives au système d'information, la MSA a proposé d'intégrer les exploitations de ses rapports annuels à ceux du régime général, renforçant d'autant la validité des données produites.

Les déclarations des maladies à caractère professionnels (MCP)

Dans le cadre de l'obligation réglementaire faite à tout médecin de signaler à l'inspection médicale régionale (anonymement pour le salarié) tout symptôme ou maladie qu'il estime être en relation avec une activité professionnelle, ce système de veille et d'alerte théorique (et complémentaire aux chiffres de sinistralité enregistrés par les caisses d'assurance maladie), pourrait constituer un outil à fort potentiel informatif.

Par contre, on peut observer qu'en Bretagne, ce système de signalement est peu utilisé par les médecins (du travail) et moins encore par les médecins libéraux ou hospitaliers (voir à ce propos le focus 8).

De fait et dans la perspective d'une intégration éventuelle de ces données au futur tableau de bord de suivi, il paraît nécessaire :

- D'organiser une information destinée à remobiliser les médecins du travail.
- Parallèlement et de façon coordonnée, d'organiser une réflexion avec les médecins conseils afin d'inclure dans ces déclarations les pathologies déclarées et finalement non retenues dans le cadre des tableaux actuels.
- D'organiser une sensibilisation (via par exemple la diffusion d'une plaquette explicative des motifs et modalités de déclaration) auprès de la population médicale libérale et hospitalière régionale.

Au final, cet objectif devra être réfléchi en fonction des décisions prises relatives à l'adhésion éventuelle de la région à un processus d'enquête inter-régional, notamment si celui-ci concerne les maladies à caractère professionnel (voir à ce propos le chapitre 8-4).

Les données issues des organismes préventeurs de branche

Ces données, issues par exemple des baromètres de l'OPPBT, ont pour principal défaut de ne pas être suffisamment diffusées et valorisées.

Leur intégration au sein du futur tableau de bord de suivi ne pourra contribuer qu'à l'amélioration de l'objectivation des données de santé priorisées régionalement.

Les données relatives aux inaptitudes

En complément des déclarations d'inaptitudes enregistrées exhaustivement par la DIRECCTE à partir des rapports annuels des médecins du travail, le GREF de Bretagne a la responsabilité de l'exploitation d'une enquête spécifique relative aux inaptitudes totales et définitives.

Dans la perspective d'une reconduction de cette enquête (dont les résultats ainsi que ceux issus des rapports annuels seraient à intégrer au futur tableau de bord de suivi régional), un certain nombre d'éléments seront à prendre en compte :

- Au regard de la forte baisse des retours enregistrés en 2009, une information – sensibilisation préalable semble nécessaire auprès des médecins du travail qui renseignent ce questionnaire afin de promouvoir ce recueil et de tenter de majorer leur participation. Cette information pourrait aussi être l'occasion de diffuser le protocole lié aux modalités de renseignement du questionnaire.
- L'inclusion dans le questionnaire de variables de cadrage permettant de « contrôler » la représentativité des médecins répondant à l'enquête.
- L'inclusion dans le questionnaire de variables relatives aux expositions et aux risques ayant engendré l'inaptitude.

Au final et concernant ce recueil, une attention particulière pourra être portée sur l'employabilité des personnes concernées ainsi que sur le rôle des structures d'accompagnement via notamment la mise en œuvre éventuelle d'une enquête ad hoc spécifique (voir à ce propos le chapitre 8-5). La mise en relation de ces éléments avec les futurs tableaux de maintien dans l'emploi pourra aussi être exploré.

8.4 L'inscription de la Bretagne dans un protocole d'enquête inter-régional

Au regard de la forte carence régionale actuelle en termes de données concernant les expositions et les risques et en complémentarité des éléments susceptibles d'être obtenus via une amélioration de l'exploitation des rapports annuels des médecins du travail, proposition est faite d'inscrire la Bretagne au sein d'un protocole d'enquête inter-régional.

A priori, trois pistes principales se dégagent, chacune comportant des spécificités, des avantages et des inconvénients, exposés pour les principaux ci-après. Les trois protocoles présentés concernent :

- Les quinzaines MCP (Maladies à caractère professionnel).
- L'observatoire EVREST.
- L'enquête SAMOTRACE.

Les quinzaines MCP

L'enquête « quinzaines MCP », mise en œuvre actuellement depuis 2003 dans 12 régions françaises qui ont progressivement intégré ce protocole mis au point par l'Institut de veille sanitaire (INVS), a pour objectifs principaux d'estimer la prévalence des MCP par sexe, âge, profession et secteur d'activité et de décrire les agents d'exposition professionnelle associés. Indirectement, l'organisation des quinzaines a pour ambition d'augmenter le taux de signalement annuel (hors quinzaine) des MCP.

Ce protocole d'enquête s'appuie sur la participation volontaire de médecins du travail qui forment finalement un réseau de médecins « sentinelles » et qui s'engagent à signaler, à partir d'une fiche standardisée, l'ensemble des MCP auxquelles ils ont été confrontés au cours de deux périodes de deux semaines prédéfinies.

Les principaux avantages de ce protocole concernent notamment :

- Un protocole d'enquête inséré dans un dispositif réglementaire.
- Des données régionales qui s'appuient sur l'ensemble des risques et expositions auxquels sont soumis les salariés.
- Une durée d'enquête limitée dans le temps pour les médecins volontaires avec possibilité de mise en place d'une animation régionale concourant à la dynamique bretonne.
- Des éléments de comparabilité (inter-régions et vis-à-vis du niveau national agrégé avec une estimation possible

de la sous déclaration des pathologies susceptibles d'être déclarées et reconnues au titre des tableaux.

- Un contrôle possible du niveau de représentativité des consultations incluses dans le recueil par les médecins du travail volontaires.
- Une participation au repérage de pathologies émergentes.
- Une aide à la mise en œuvre possible (fiches de synthèse d'aide, protocole stabilisé, saisie en ligne déjà en test dans d'autres régions).

Les principales limites ou difficultés concernent notamment :

A l'instar des autres protocoles de recueil, des salariés pris en compte uniquement à partir du moment où ils bénéficient d'une consultation d'un médecin du travail (nous verrons à ce propos dans le paragraphe ci-après « Au final, un choix à effectuer » que cette limite est contournable, notamment par l'extension possible du recueil à un échantillon de médecins généralistes libéraux.

L'observatoire EVREST

L'observatoire Evolutions et Relations en Santé Travail (EVREST) mis en œuvre actuellement dans douze régions françaises, a pour objectifs principaux la constitution d'une base de données nationale (avec possibilité de production de données régionales ou locales en fonction des besoins cliniques des médecins participants), à partir d'un échantillon de salariés (ceux nés en octobre des années paires) suivis dans le temps (objectif de suivi longitudinal d'une cohorte). Au-delà des critères d'inclusion définis par le protocole, chaque médecin (ou groupe de médecins) peut aussi inclure d'autres salariés (d'une entreprise, d'un secteur d'activité). Ces inclusions n'étant pas prises en compte dans l'échantillon issu du protocole inter-régional mais mis au service de la pratique clinique du ou des médecins. Les éléments recueillis concernent notamment les risques psycho-sociaux (non approfondis et abordés de manière partielle), mais aussi les horaires, la pénibilité physique, la formation, la mobilité,...

Les principaux avantages de ce protocole concernent notamment :

- La constitution d'une base de données nationale à partir d'une animation gérée par des médecins référents (non identifiés à l'heure actuelle en Bretagne).
- La constitution d'une cohorte (au 1/25^{ème}) avec suivi longitudinal mis au service d'une pratique clinique.

- La possibilité pour les médecins d'élargir les critères d'inclusion.
- Un questionnaire court (ce qui d'ailleurs en miroir peut aussi constituer une limite notamment vis-à-vis du contenu des informations recueillies).
- Trois volets relativement complexes à mettre en œuvre dont seul le premier a été réellement exploité à l'heure actuelle.

Les principales limites concernent notamment :

- Un manque de données concernant les expositions (CMR).
- Comme pour les autres enquêtes, l'inclusion unique des salariés vus en médecine du travail.
- En miroir aux avantages de faisabilité liés au fait de s'appuyer sur un questionnaire court, un manque d'approfondissement des thématiques abordées.
- Une exploitation complexe (longitudinale) impliquant la nécessité d'un engagement pérenne des médecins participants (suivi de cohorte).

L'enquête SAMOTRACE

L'enquête SAMOTRACE, programme développé par le département santé – travail de l'INVS et actuellement implanté dans deux zones géographiques pilote incluant trois régions et deux départements, a pour objectif principal l'étude approfondie et la description des troubles de santé mentale (et des risques psycho-sociaux) en lien avec l'activité professionnelle et selon l'emploi (PCS et secteur d'activité). Il comporte trois volets (épidémiologie en entreprise ; médico-administratif et qualitatif) dont seul le premier est réellement développé à l'heure actuelle, il s'appuie sur la constitution d'un réseau de médecins du travail à partir d'un tirage au sort aléatoire des salariés vus en consultation.

Les principaux avantages de ce recueil concernent :

- Un programme approfondi de surveillance de la santé mentale et des risques psycho-sociaux à partir de questionnaires validés.
- Une inclusion de salariés par tirage au sort (intention de représentativité) : un salarié par semaine durant quarante semaines par an.

Les principales limites concernent :

- Un programme qui ne prend pas en compte les autres facteurs de risque.
- Comme pour les autres enquêtes, l'inclusion unique des salariés vus en médecine du travail.
- Un programme qui sort d'une phase d'expérimentation.

Au final, un choix à effectuer

Ce choix est conditionné à la fois par l'intérêt et le contenu des différents recueils et par les éléments de faisabilité (notamment pour les médecins du travail).

A ce propos, et quelle que soit la décision prise, la possibilité d'une délégation de tout ou partie des recueils aux infirmières (par exemple) par les médecins du travail pourra être pris en compte.

Concernant l'intérêt et le contenu des recueils, il est au final préconisé (et sous condition de validation par le CRPRP) d'inscrire la région dans le programme des quinzaines MCP. Celui-ci correspond en effet le mieux aux besoins et aux manques repérés à la fois au cours de l'analyse quantitative et lors de l'enquête qualitative (carence forte de données concernant les risques et les expositions). Il est par ailleurs cohérent avec l'ensemble des propositions faites à l'occasion du présent diagnostic.

Concernant l'organisation et la faisabilité et au-delà des garanties offertes par l'antériorité du programme, plusieurs éléments jouent en sa faveur :

- La possibilité de s'appuyer sur une expertise issue d'autres régions (la proposition a d'ores et déjà été faite au cours de rencontres nouées à l'occasion du congrès 2010 de la Fédération nationale des observatoires régionaux de santé (FNORS).
- La possibilité de s'appuyer sur des personnes reconnues au niveau régional pour sensibiliser et recruter une partie des médecins du travail qui pourraient constituer le futur échantillon (notamment à partir des sessions d'Evaluation des pratiques professionnelles : EPP). A ce propos, un sondage simple pourrait être réalisé au préalable pour évaluer le nombre potentiel de médecins participants.
- La possibilité, à explorer éventuellement dans un second temps, à l'instar d'autres régions où cela a d'ores et déjà été mis en place (voir par exemple la région Alsace), de constituer un échantillon de médecins généralistes libéraux participant au programme permettant notamment de « récupérer » une partie des MCP non identifiées jusqu'alors (notamment par exemple les cancers d'origine professionnelle dont la survenue se déclenche après le passage en retraite).

8.5 La mise en œuvre d'enquêtes ad hoc spécifiques et ciblées

Les propositions qui suivent s'inscrivent dans la durée (au cours du PRST 2010-2014) et doivent être programmées sous l'égide de l'instance de pilotage régionale afin de les rendre cohérentes d'une part avec la charge de travail et les possibilités des professionnels sur lesquelles elles peuvent s'appuyer (médecins du travail et par délégation autres professionnels para-médicaux des services de santé au travail ; préventeurs, intervenants en prévention des risques professionnels,...), d'autre part avec les autres dispositifs adoptés dans le cadre des présentes propositions ainsi que celles adoptées au sein du PRST 2010-2014.

Au-delà des axes, thèmes ou populations priorisées par le PRST et dans le cadre du ciblage et du choix des études, le principe de programmation qui pourrait être adopté s'appuie sur une démarche où, après repérage des besoins prioritaires (via les données recueillies par SUMER, par les éléments de sinistralité issus des chiffres des caisses d'assurance maladie ou encore par la participation de la Bretagne à un protocole d'enquête inter-régional), des décisions pourront être prises quant aux études ad hoc à mettre en œuvre tant les possibilités sont nombreuses (voir ci-après).

Par ailleurs et pour rappel (voir à ce propos la partie concernant l'enquête qualitative), une attention particulière devra être portée au niveau des protocoles de ces futurs recueils afin de ne pas faire de confusion entre différents objectifs possibles : intention d'amélioration de la connaissance d'une population et/ou d'un phénomène donné avec mise en œuvre éventuelle à posteriori ou conjointement d'actions de prévention et intention de contrôle réglementaire à l'issue ou à l'occasion de ces recueils.

A partir de l'analyse quantitative et du recueil qualitatif, un certain nombre de priorités ont pu être identifiées.

Concernant les populations, risques et expositions peu ou pas suivis et/ou connus et sans exhaustivité, on peut citer :

- Les salariés précarisés (saisonniers, intérimaires et sous-traitants ; CDD).
- Les salariés au sein des Très petites entreprises (TPE).
- Les salariés au sein des services à la personne ou au sein des secteurs les plus exposés (BTP ; IAA ; certains secteurs spécifiques à la MSA ; secteur maritime,...).
- Les salariés en IPP au regard des conséquences sur la santé et l'employabilité (à mettre en lien avec l'enquête menée par le GREF de Bretagne : voir à ce propos le chapitre 8-3).
- Les CMR avec sélection préalable de produits « traçables » facilement dans un premier temps permettant de tester et d'élaborer un modèle type de recueil reproductible ensuite et applicable à des produits moins facilement identifiables (voir aussi à ce propos les chapitres précédents et suivants).

- Les risques psycho-sociaux (remarque idem point précédent) avec une attention particulière à porter aux suicides en lien avec le travail même si cette approche comporte de nombreuses difficultés méthodologiques (identification à posteriori du lien causal entre travail et suicide ; approche via des « autopsies psychologiques » délicate à mettre en œuvre...). Il faut souligner que vis-à-vis des risques psycho-sociaux, un certain nombre de personnes interviewées à l'occasion de l'enquête qualitative suggèrent d'approcher cette dimension via des indicateurs indirects liés à la sinistralité. Par exemple : les arrêts de travail répétitifs de moins de 21 jours, les arrêts de longue durée,...

Concernant des méthodes à promouvoir, l'intérêt de s'appuyer sur des approches qualitatives devra être pris en compte, notamment dans la perspective d'améliorer la compréhension des processus et des mécanismes qui conduisent aux chiffres de la sinistralité identifiés.

Enfin, la possibilité d'envisager à l'avenir des études s'appuyant sur des biomarqueurs d'exposition ou d'effet sur la santé pourra aussi être explorée.

8.6 La mise en place d'un système de veille et d'alerte

En complément des données issues des rapports annuels des médecins du travail ainsi que de la participation de la région à un protocole d'enquête inter-régional (voir à ce propos le chapitre 8-4), il paraît nécessaire de disposer de données permettant la mise en œuvre d'un système de veille et d'alerte à l'échelle régionale.

Pour cela (voir le focus n° 6), le réseau des Centres de consultations de pathologies professionnelles (CCPP) constitue une réelle possibilité via un système de recours aux experts hébergés dans les CHU et dont les données issues des consultations sont enregistrées et centralisées au sein du Réseau national de vigilance et de prévention des pathologies professionnelles (RNV3P).

Actuellement, les données disponibles sont soit celles issues d'un CCPP (Brest ou Rennes en Bretagne), soit celles issues de l'agrégation des 32 CCPP en France (RNV3P).

Proposition est donc faite d'explorer la possibilité d'agréger les données des CCPP de Rennes et de Brest afin de disposer d'éléments à l'échelle régionale, éléments à inclure par la suite au tableau de bord de suivi.

Cette proposition a de multiples intérêts parmi lesquels on peut notamment citer :

- Des données non représentatives (ce n'est d'ailleurs pas leur objectif) mais particulièrement adaptées dans le cadre d'une veille sanitaire concernant à la fois les évolutions de risques identifiées et l'identification de l'émergence de nouveaux risques. La possibilité d'extraction sur des problèmes ciblés et cohérents avec les priorités régionales pourrait aussi être mise à l'étude.
- Des comparaisons possibles avec les données du réseau national (RNV3P) du fait de la présence de thesaurus harmonisés entre les CCPP.
- La possibilité de réaliser des comparaisons dans le temps.
- Une cohérence à venir, concernant les nuisances, avec les thesaurus adoptés par les services de santé au travail (voir à ce propos le chapitre 8-3).
- Un soutien de principe de la part des responsables et des référents des CCPP.

8.7 En aval, la diffusion des informations produites

Il paraît en effet nécessaire d'améliorer la diffusion des informations collectées et exploitées (quelle que soit leur origine) afin de dépasser les cloisonnements observés actuellement.

Cette diffusion d'information répond à plusieurs objectifs :

- Assurer la visibilité de la politique régionale en termes de santé-travail.
- Valoriser le travail effectué par les personnes impliquées et, à terme, contribuer à garantir l'adhésion aux recueils mis en place.
- Faciliter l'appropriation des données produites par les professionnels de terrain.
- Contribuer à améliorer l'adéquation des actions mises en œuvre aux besoins de la population au travail (ciblage) en complémentarité de l'expérience empirique incontournable des professionnels médicaux et/ou préventeurs.

La diffusion de l'information, au-delà des destinataires directement impliqués de part leur activité professionnelle pourrait aussi concerner les médecins libéraux et hospitaliers œuvrant hors du champ santé-travail.

Bien entendu, cette diffusion pourrait s'appuyer de manière privilégiée sur le support constitué par le tableau de bord de suivi. Cependant et de façon à alimenter la dynamique régionale, la conception d'une lettre d'information plus régulière et simplifiée pourrait aussi être envisagée.

Enfin et à l'occasion des entretiens réalisés dans le cadre du présent diagnostic, plusieurs interlocuteurs suggèrent :

- L'utilisation des comités départementaux de coordination pour diffuser l'information produite.
- Le référencement des études menées dans des bases de données de type Medline.
- La création puis la diffusion d'un répertoire de personnes ressources identifiées selon les différentes commissions techniques ou thématiques créées dans le cadre de l'instance de pilotage régionale.

En tout état cause, ce point spécifique à la diffusion de l'information mérite probablement en lui-même la création d'une commission dédiée de façon à l'organiser de la façon la plus efficace possible.

8.8 La mutualisation des actions de prévention

L'objectif est d'élaborer un annuaire opérationnel (et réactualisé régulièrement) des sources-actions utilisables (méthodes, outils,...) et/ou transférables à partir d'une centralisation alimentée par les différents préventeurs en prenant en compte les éléments issus des préventeurs de branche ainsi que des clubs entreprises.

La construction d'une base de données des actions menées dans la région en termes de santé au travail est en effet un outil nécessaire qui permettrait :

- D'obtenir un panorama d'ensemble des actions développées.
- D'en dresser une typologie selon les objectifs, les populations ciblées, les secteurs professionnels, les zones géographiques et les promoteurs.

- De permettre aux promoteurs de rentrer plus facilement en contact les uns avec les autres et de bénéficier ainsi des expériences acquises au cours de la mise en œuvre des actions.

Par contre, il est probable que devra être envisagé la mise en place d'une commission spécifique d'experts destinée à « sélectionner » les actions à prendre en compte dans cette base de données, notamment en s'appuyant sur des résultats obtenus voire des évaluations d'impact susceptibles d'avoir été conduites.

9. Conclusion

Le diagnostic réalisé dans le cadre de l'élaboration du Programme régional santé travail 2010-2014 constitue une première production et étape dont les objectifs étaient, au-delà de dresser un portrait de la sinistralité et des expositions professionnelles dont sont victimes les salariés bretons, d'une part d'observer les carences du système d'information actuel, et d'autre part de faire des propositions pour l'améliorer.

A ce titre, cette première étape est à envisager en tenant compte des limites exposées au sein du présent rapport, et en le situant dans une dynamique évolutive qui s'enrichira et s'améliorera au fur et à mesure de la mise en œuvre des différentes propositions.

La réflexion menée est en effet à envisager sur la durée du PRST 2010-2014 pour aboutir à un système d'information cohérent, où les différentes problématiques peuvent être abordées sous des angles complémentaires qui permettront, au final, de mieux les cerner et les objectiver au profit à la fois des professionnels du champ santé travail et de la population concernée.

10. Annexes

Annexe 1 : Nomenclatures des activités économiques

Annexe 2 : Tableau des maladies professionnelles MP du régime général prévu à L'article R. 461-3 du Code de la sécurité sociale

Annexe 3 : Tableau des maladies professionnelles MP du régime agricole prévus à L'article 12.751-25 du code rural et de la pêche maritime

Annexe 4 : Liste des secteurs des activités qui compose le secteur de la coopération chez les salariés du régime agricole

Annexe 5 : Liste des personnes rencontrées dans le cadre des entretiens qualitatifs

ANNEXE 1 :

NOMENCLATURES DES ACTIVITES ECONOMIQUES

Nomenclature en 85 postes

AGRICULTURE

- A0 Agriculture, sylviculture et pêche 01Z Agriculture, chasse, services annexes
- 02Z Sylviculture, exploitation forestière, services annexes
- 05Z Pêche, aquaculture

ENSEMBLE DE L'INDUSTRIE

- B0 Industries agricoles et alimentaires 15A Industrie de la viande et du lait
- 15B Autres industries alimentaires
- 15C Industries des boissons
- 16Z Industrie du tabac
- C1 Habillement, cuir 18Z Industrie de l'habillement et des fourrures
- 19Z Industrie du cuir et de la chaussure
- C2 Edition, imprimerie, reproduction 22Z Edition, imprimerie, reproduction
- C3 Pharmacie, parfumerie et entretien 24B Pharmacie, parfumerie et entretien
- C4 Industries des équipements du foyer 29C Fabrication d'appareils domestiques
- 32C Fabrication d'appareils de réception, enregistrement ou reproduction du son et de l'image
- 33B Fabrication de matériel optique, photographique et d'horlogerie
- 36A Fabrication de meubles
- 36B Fabrication de bijoux et d'instruments de musique
- 36C Fabrication d'articles de sport, de jeux et d'industries diverses
- D0 Industrie automobile 34Z Industrie automobile
- E1 Construction navale, aéronautique 35A Construction navale, ferroviaire, aéronautique et spatiale et ferroviaire 35B Fabrication de cycles et motocycles
- E2 Industries des équipements mécaniques 28B Chaudronnerie et fabrication de structures métalliques
- 29A Fabrication de machines et équipements professionnels
- 29B Fabrication d'armes et de munitions
- E3 Industries des équipements électriques et électroniques
- 30Z Fabrication de machines de bureau et de matériels informatiques
- 31A Fabrication de moteurs, génératrices et transformateurs électriques
- 32B Fabrication d'appareils d'émission et de transmission
- 33A Fabrication de matériel médico-chirurgical, de mesure et contrôle
- F1 Industries des produits minéraux 13Z Extraction de minerais métalliques
- 14Z Autres industries extractives
- 26Z Fabrication d'autres produits minéraux non métalliques
- F2 Industrie textile 17Z Industrie textile
- F3 Industries du bois et du papier 20Z Travail du bois et fabrication d'articles en bois
- 21Z Industrie du papier et du carton
- F4 Chimie, caoutchouc, plastiques 24A Chimie, parachimie
- 25A Industrie du caoutchouc
- 25B Transformation des matières plastiques
- F5 Métallurgie et transformation des métaux 27Z Métallurgie
- 28A Transformation des métaux
- 37Z Récupération
- F6 Industries des composants électriques 31B Fabrication de matériel électrique et électroniques
- 32A Fabrication de composants électroniques
- 116G1 Production de combustibles et carburants 10Z Extraction de houille, lignite et tourbe
- 11Z Extraction d'hydrocarbures, services annexes
- 12Z Extraction de minerais d'uranium
- 23Z Cokéfaction, raffinage, industries nucléaires
- G2 Eau, gaz, électricité 40A Production et distribution d'électricité et de chaleur
- 40B Production et distribution de combustibles gazeux
- 41Z Captage, traitement et distribution d'eau

CONSTRUCTION

H0 Construction
45Z Construction

ENSEMBLE DU TERTIAIRE

J1 Commerce et réparation automobile 50Z Commerce et réparation automobile
J2 Commerce de gros 51A Intermédiaires du commerce de gros
51B Commerce de gros en produits agro-alimentaires
51C Commerce de gros de biens de consommation non alimentaires
51D Commerce de gros inter-industriel
J3 Commerce de détail, réparations 52A Commerce de détail en magasin non spécialisé
52B Commerce de détail en magasin spécialisé et hors magasin
52C Réparation d'articles personnels et domestiques
K0 Transports 60A Transports ferroviaires
60B Autres transports terrestres
61Z Transports par eau
62Z Transports aériens
63Z Services auxiliaires des transports
L0 Activités financières 65Z Intermédiation financière
66Z Assurance
67Z Auxiliaires financiers des assurances
M0 Activités immobilières 70Z Activités immobilières
N1 Postes et télécommunications 64Z Postes et télécommunications
N2 Conseil et assistance 72Z Activités informatiques
74A Conseil et assistance divers
N3 Services opérationnels 71Z Location sans opérateur
74B Sélection et fourniture de personnel
74C Autres services opérationnels
90Z Assainissement, voirie, gestion des déchets
N4 Recherche et développement 73Z Recherche et développement
P1 Hôtels et restaurants 55Z Hôtels et restaurants
P2 Activités récréatives, culturelles et 92A Activités audiovisuelles sportives
92B Autres activités récréatives, culturelles et sportives
P3 Services personnels et domestiques 93Z Services personnels
95Z Services domestiques
Q1 Education
80Z Education
Q2 Santé, action sociale 85A Santé
85B Action sociale
R1 Administration publique
75Z Administration publique
R2 Activités associatives et extra-territoriales
91Z Activités associatives
99Z Activités extra-territoriales

ANNEXE 2

Les tableaux des maladies professionnelles MP du régime général prévus à l'article R. 461-3 du Code de la sécurité sociale

Source : [http://inrsm.konosphere.com/cgi-](http://inrsm.konosphere.com/cgi-bin/mppage.pl?rgm=2&rgm=3&acc=5&state=1&stack=&hi=&ti=&pn=&ret=&gs=&str=&doc=&hascmt=&action=search)

[bin/mppage.pl?rgm=2&rgm=3&acc=5&state=1&stack=&hi=&ti=&pn=&ret=&gs=&str=&doc=&hascmt=&action=search](http://inrsm.konosphere.com/cgi-bin/mppage.pl?rgm=2&rgm=3&acc=5&state=1&stack=&hi=&ti=&pn=&ret=&gs=&str=&doc=&hascmt=&action=search)

RG 1	Affections dues au plomb et à ses composés
RG 2	Maladies professionnelles causées par le mercure et ses composés
RG 3	Intoxication professionnelle par le tétrachloréthane
RG 4	Hémopathies provoquées par le benzène et tous les produits en renfermant
RG 4 BIS	Affections gastro-intestinales provoquées par le benzène, le toluène, les xylènes et tous les produits en renfermant
RG 5	Affections professionnelles liées au contact avec le phosphore et le sesquisulfure de phosphore
RG 6	Affections provoquées par les rayonnements ionisants
RG 7	Tétanos professionnel
RG 8	Affections causées par les ciments (alumino-silicates de calcium)
RG 9	Affections provoquées par les dérivés halogénés des hydrocarbures aromatiques
RG 10	Ulcérations et dermites provoquées par l'acide chromique, les chromates et bichromates alcalins, le chromate de zinc et le sulfate de chrome
RG 10 BIS	Affections respiratoires provoquées par l'acide chromique, les chromates et bichromates alcalins
RG 10 TER	Affections cancéreuses causées par l'acide chromique et les chromates et bichromates alcalins ou alcalinoterreux ainsi que par le chromate de zinc
RG 11	Intoxication professionnelle par le tétrachlorure de carbone
RG 12	Affections professionnelles provoquées par les hydrocarbures aliphatiques halogénés énumérés ci-après
RG 13	Intoxications professionnelles par les dérivés nitrés et chloronitrés des hydrocarbures benzéniques
RG 14	Affections provoquées par les dérivés nitrés du phénol (dinitrophénols, dinitro-orthocrésols, dinosebe), pentachlorophénol, les pentachlorophénates et par les dérivés halogénés de l'hydroxybenzotrile (bromoxynil, ioxynil)
RG 15	Affections provoquées par les amines aromatiques, leurs sels et leurs dérivés notamment hydroxylés, halogénés, nitrés, nitrosés et sulfonés
RG 15 BIS	Affections de mécanisme allergique provoquées par les amines aromatiques, leurs sels, leurs dérivés notamment hydroxylés, halogénés, nitrés, nitrosés, sulfonés et les produits qui en contiennent à l'état libre
RG 15 TER	Lésions prolifératives de la vessie provoquées par les amines aromatiques et leurs sels et la N-nitroso-dibutylamine et ses sels
RG 16	Affections cutanées ou affections des muqueuses provoquées par les goudrons de houille, les huiles de houille (comprenant les fractions de distillation dites "phénoliques", "naphtaléniques", "acénaphténiques", "anthracéniques" et "chryséniques"), les brais de houille et les suies de combustion du charbon
RG 16 BIS	Affections cancéreuses provoquées par les goudrons de houille, les huiles de houille, les brais de houille et les suies de combustion du charbon
RG 18	Charbon
RG 19	Spirochétoses (à l'exception des tréponématoses)
RG 20	Affections professionnelles provoquées par l'arsenic et ses composés minéraux
RG 20 BIS	Cancer bronchique primitif provoqué par l'inhalation de poussières ou de vapeurs arsenicales
RG 20 TER	Cancer bronchique primitif provoqué par l'inhalation de poussières ou de vapeurs renfermant des arsénopyrites aurifères
RG 21	Intoxication professionnelle par l'hydrogène arsénié
RG 22	Sulfocarbonisme professionnel
RG 23	Nystagmus professionnel
RG 24	Brucelloses professionnelles
RG 25	Affections consécutives à l'inhalation de poussières minérales renfermant de la silice cristalline (quartz, cristobalite, tridymite), des silicates cristallins (kaolin, talc), du graphite ou de la houille.

RG 26	Intoxication professionnelle par le bromure de méthyle
RG 27	Intoxication professionnelle par le chlorure de méthyle
RG 28	Ankylostomose professionnelle Anémie engendrée par l'ankylostome duodéal
RG 29	Lésions provoquées par des travaux effectués dans des milieux où la pression est supérieure à la pression atmosphérique
RG 30	Affections professionnelles consécutives à l'inhalation de poussières d'amiante
RG 30 BIS	Cancer broncho-pulmonaire provoqué par l'inhalation de poussières d'amiante
RG 31	Maladies professionnelles engendrées par les aminoglycosides, notamment par la streptomycine, la néomycine et leurs sels
RG 32	Affections professionnelles provoquées par le fluor, l'acide fluorhydrique et ses sels minéraux
RG 33	Maladies professionnelles dues au béryllium et à ses composés
RG 34	Affections provoquées par les phosphates, pyrophosphates et thiophosphates d'alcoyle, d'aryle ou d'alcoylaryle et autres organophosphorés anticholinestérasiques ainsi que par les phosphoramides et carbamates hétérocycliques anticholinestérasiques
RG 36	Affections provoquées par les huiles et graisses d'origine minérale ou de synthèse
RG 36 BIS	Affections cutanées cancéreuses provoquées par les dérivés suivants du pétrole
RG 37	Affections cutanées professionnelles causées par les oxydes et les sels de nickel
RG 37 BIS	Affections respiratoires causées par les oxydes et les sels de nickel
RG 37 TER	Cancers provoqués par les opérations de grillage des mattes de nickel
RG 38	Maladies professionnelles engendrées par la chlorpromazine
RG 39	Maladies professionnelles engendrées par le bioxyde de manganèse
RG 40	Maladies dues aux bacilles tuberculeux et à certaines mycobactéries atypiques (/CMycobacterium avium/intracellulare, /CMycobacterium kansasii, /CMycobacterium/Cxenopi, /CMycobacterium marinum,/CMycobacterium fortuitum)
RG 41	Maladies engendrées par bêtalactamines (notamment pénicillines et leurs sels) et les céphalosporines
RG 42	Atteinte auditive provoquée par les bruits lésionnels
RG 43	Affections provoquées par l'aldéhyde formique et ses polymères
RG 43 BIS	Affections cancéreuses provoquées par l'aldéhyde formique
RG 44	Affections consécutives à l'inhalation de poussières minérales ou de fumées, contenant des particules d'oxyde de fer
RG 44 BIS	Affections consécutives au travail au fond dans les mines de fer
RG 45	Infections d'origine professionnelle par les virus des hépatites A, B, C, D et E
RG 46	Mycoses cutanées
RG 47	Affections professionnelles provoquées par les poussières de bois
RG 49	Affections cutanées provoquées par les amines aliphatiques, alicycliques ou les éthanolamines
RG 49 BIS	Affections respiratoires provoquées par les amines aliphatiques, les éthanolamines ou l'isophoronediar
RG 50	Affections provoquées par la phénylhydrazine
RG 51	Maladies professionnelles provoquées par les résines époxydiques et leurs constituants (*)
RG 52	Affections provoquées par le chlorure de vinyle monomère.
RG 53	Affections dues aux rickettsies
RG 54	Poliomyélites
RG 55	Affections professionnelles dues aux amibes
RG 56	Rage professionnelle
RG 57	Affections périarticulaires provoquées par certains gestes et postures de travail
RG 58	Affections professionnelles provoquées par le travail à haute température
RG 59	Intoxications professionnelles par l'hexane
RG 61	Maladies professionnelles provoquées par le cadmium et ses composés
RG 61 BIS	Cancer broncho-pulmonaire provoqué par l'inhalation de poussières ou fumées renfermant du cadmium
RG 62	Affections professionnelles provoquées par les isocyanates organiques
RG 63	Affections provoquées par les enzymes

RG 64	Intoxication professionnelle par l'oxyde de carbone
RG 65	Lésions eczématiformes de mécanisme allergique
RG 66	Rhinites et asthmes professionnels
RG 66 BIS	Pneumopathies d'hypersensibilité
RG 67	Lésions de la cloison nasale provoquées par les poussières de chlorure de potassium dans les mines de potasse et leurs dépendances
RG 68	Tularémie
RG 69	Affections provoquées par les vibrations et chocs transmis par certaines machines-outils, outils et objets par les chocs itératifs du talon de la main sur des éléments fixes
RG 70	Affections professionnelles provoquées par le cobalt et ses composés
RG 70 BIS	Affections respiratoires dues aux poussières de carbures métalliques frittés ou fondus contenant du cobalt
RG 70 TER	Affections cancéreuses broncho-pulmonaires primitives causées par l'inhalation de poussières de cobalt associées au carbure de tungstène avant frittage
RG 71	Affections oculaires dues au rayonnement thermique
RG 71 BIS	Affections oculaires dues au rayonnement thermique associé aux poussières
RG 72	Maladies résultant de l'exposition aux dérivés nitrés des glycols et du glycérol
RG 73	Maladies professionnelles causées par l'antimoine et ses dérivés
RG 74	Affections professionnelles provoquées par le furfural et l'alcool furfurylique
RG 75	Affections professionnelles résultant de l'exposition au sélénium et à ses dérivés minéraux
RG 76	Maladies liées à des agents infectieux ou parasitaires contractées en milieu d'hospitalisation et d'hospitalisation à domicile
RG 77	Périonyxis et onyxis
RG 78	Affections provoquées par le chlorure de sodium dans les mines de sel et leurs dépendances
RG 79	Lésions chroniques du ménisque
RG 80	Kératoconjunctivites virales
RG 81	Affections malignes provoquées par le bis(chlorométhyle)éther
RG 82	Affections provoquées par le méthacrylate de méthyle
RG 83	Lésions provoquées par les travaux effectués dans un milieu où la pression est inférieure à la pression atmosphérique et soumise à variations
RG 84	Affections engendrées par les solvants organiques liquides à usage professionnel
RG 85	Affection engendrée par l'un ou l'autre de ces produits
RG 86	Pasteurelloses
RG 87	Ornithose-psittacose
RG 88	Rouget du porc (Érysipéloïde de Baker-Rosenbach)
RG 89	Affection provoquée par l'halothane
RG 90	Affections respiratoires consécutives à l'inhalation de poussières textiles végétales
RG 91	Broncho-pneumopathie chronique obstructive du mineur de charbon
RG 92	Infections professionnelles à Streptococcus suis
RG 93	Lésions chroniques du segment antérieur de l'œil provoquées par l'exposition à des particules en circulation dans les puits de mine de charbon
RG 94	Broncho-pneumopathie chronique obstructive du mineur de fer
RG 95	Affections professionnelles de mécanisme allergique provoquées par les protéines du latex (ou caoutchouc naturel)
RG 96	Fièvres hémorragiques avec syndrome rénal dues aux agents infectieux du groupe hantavirus
RG 97	Affections chroniques du rachis lombaire provoquées par des vibrations de basses et moyennes fréquences transmises au corps entier
RG 98	Affections chroniques du rachis lombaire provoquées par la manutention manuelle de charges lourdes

ANNEXE 3 :

Les tableaux des maladies professionnelles MP du régime agricole prévus à l'article 12.751-25 du code rural et de la pêche maritime

Source : [http://inrsmp.konosphere.com/cgi-](http://inrsmp.konosphere.com/cgi-bin/mppage.pl?rgm=3&rgm=2&acc=5&state=1&stack=&hi=&ti=&pn=&ret=&gs=&str=&doc=&hascmt=&action=search)

[bin/mppage.pl?rgm=3&rgm=2&acc=5&state=1&stack=&hi=&ti=&pn=&ret=&gs=&str=&doc=&hascmt=&action=search](http://inrsmp.konosphere.com/cgi-bin/mppage.pl?rgm=3&rgm=2&acc=5&state=1&stack=&hi=&ti=&pn=&ret=&gs=&str=&doc=&hascmt=&action=search)

RA 1	Tétanos professionnel
RA 2	Ankylostomose professionnelle
RA 4	Charbon professionnel
RA 5	Leptospiroses
RA 5 BIS	Maladie de Lyme
RA 6	Brucelloses
RA 7	Tularémie
RA 8	Sulfocarbonisme professionnel
RA 9	Intoxication professionnelle par le tétrachlorure de carbone
RA 10	Affections provoquées par l'arsenic et ses composés minéraux
RA 11	Affections provoquées par les phosphates, pyrophosphates et thiophosphates d'alcoyle, d'aryle ou d'alcoylaryle et autres organo-phosphorés anticholinestérasiques, ainsi que par les phosphoramides anticholinestérasiques et les carbamates anticholinestérasiques.
RA 12	Maladies causées par le mercure et ses composés
RA 13	Affections provoquées par les dérivés nitrés du phénol (dinitrophénols, dinitro-orthocrésol, dinosebe, dinoterbe, leurs homologues et leurs sels), par le pentachlorophénol et les pentachlorophénates, et par les dérivés halogénés de l'hydroxybenzonnitrile (bromoxynil, ioxynil)
RA 13 BIS	Affections provoquées par des préparations associant pentachlorophénol (ou pentachlorophénates) avec du lindane
RA 14	Affections causées par les ciments
RA 15	Mycoses cutanées, périonyxis et onyxis d'origine professionnelle
RA 16	Maladies dues aux bacilles tuberculeux et à certaines mycobactéries atypiques (/CMycobacterium marinum, /CMycobacterium fortuitum)
RA 18	Maladies causées par le plomb et ses composés
RA 19	Hémopathies provoquées par le benzène et tous les produits en renfermant
RA 19 BIS	Affections gastro-intestinales et neurologiques provoquées par le benzène, le toluène, les xylènes et tous les produits en renfermant
RA 20	Affections provoquées par les rayonnements ionisants
RA 21	Affections professionnelles provoquées par les hydrocarbures aliphatiques halogénés énumérés ci-après : Affections professionnelles provoquées par les hydrocarbures aliphatiques halogénés énumérés ci-après : dibromométhane, dichlorométhane ; bromochlorométhane, diiodométhane, trichlorométhane ; tribromométhane ; triiodométhane ; tétrachlorométhane, tétrabromométhane ; chloroéthane ; 1,1-dichloroéthane ; 1,2-dichloroéthane ; 1,2-dibromoéthane ; 1,1,1-trichloroéthane ; 1,1,2-trichloroéthane ; 1,1,2,2-tétrabromoéthane ; 1,1,2,2-tétrachloroéthane, pentachloroéthane ; 1-bromopropane ; 2-bromopropane ; 1,2-dichloropropane ; trichloroéthylène ; tétrachloroéthylène ; dichloroacétylène ; trichlorofluorométhane ; 1,1,2,2-tétrachloro - 1,2-difluoroéthane ; 1,1,1,2-tétrachloro-2,2-difluoroéthane ; 1,1,2-trichloro-1,2,2-trifluoroéthane ; 1,1,1-trichloro-2,2,2-trifluoroéthane ; 1,1-dichloro-2,2,2-trifluoroéthane ; 1,2-dichloro-1,1-difluoroéthane ; 1,1-dichloro-1-fluoroéthane.
RA 22	Pneumoconioses consécutives à l'inhalation de poussières minérales renfermant de la silice libre
RA 23	Intoxication professionnelle par le bromure de méthyle
RA 25	Affections provoquées par les huiles et graisses d'origine minérale ou de synthèse
RA 25 BIS	Affections cutanées cancéreuses provoquées par les suies de combustion des produits pétroliers
RA 26	Maladies professionnelles engendrées par la chlorpromazine

RA 28	Affections provoquées par l'aldéhyde formique et ses polymères
RA 29	Affections provoquées par les vibrations et chocs transmis par certaines machines-outils, outils et objets et par les chocs itératifs du talon de la main sur des éléments fixes
RA 30	Rage professionnelle
RA 33	Infections d'origine professionnelle par les virus des hépatites A, B, C, D et E
RA 34	Ulcérations et dermites provoquées par l'acide chromique, les chromates et bichromates alcalins, le chromate de zinc et le sulfate de chrome
RA 35	Affections provoquées par les goudrons de houille, huiles de houille, brais de houille et suies de combustion du charbon
RA 35 BIS	Affections cancéreuses provoquées par les goudrons de houille, huiles de houille, brais de houille et suies de combustion du charbon
RA 36	Affections professionnelles provoquées par les poussières de bois
RA 38	Poliomyélite
RA 39	Affections périarticulaires provoquées par certains gestes et postures de travail
RA 40	Intoxication professionnelle par l'oxyde de carbone
RA 41	Intoxications professionnelles par l'hexane
RA 42	Maladies professionnelles provoquées par le cadmium et ses composés
RA 43	Affections professionnelles provoquées par les isocyanates organiques
RA 44	Affections cutanées et muqueuses professionnelles de mécanisme allergique
RA 45	Affections respiratoires professionnelles de mécanisme allergique
RA 46	Atteintes auditives provoquées par les bruits lésionnels
RA 47	Affections consécutives à l'inhalation de poussières d'amiante
RA 47 BIS	Cancer broncho-pulmonaire provoqué par l'inhalation de poussières d'amiante
RA 48	Affections engendrées par les solvants organiques liquides à usage professionnel : hydrocarbures liquides aliphatiques ou cycliques saturés ou insaturés et leurs mélanges, hydrocarbures halogénés liquides, dérivés nitrés des hydrocarbures aliphatiques, alcools, glycols, éthers de glycols, cétones, aldéhydes, éthers aliphatiques et cycliques (dont le tétrahydrofurane), esters, diméthylformamide et diméthylacétamide, acétonitrile et propionitrile, pyridine, diméthylsulfoxyde
RA 49	Affections dues aux rickettsies
RA 50	Pasteurelloses
RA 51	Rouget du porc (Érysipéloïde de Baker-Rosenbach)
RA 52	Psittacose
RA 53	Lésions chroniques du ménisque
RA 54	Affections respiratoires consécutives à l'inhalation de poussières textiles végétales
RA 55	Infections professionnelles à Streptococcus suis
RA 56	Infections professionnelles à hantavirus
RA 57	Affections chroniques du rachis lombaire provoquées par des vibrations de basses et moyennes fréquences transmises au corps entier
RA 57 BIS	Affections chroniques du rachis lombaire provoquées par la manutention manuelle habituelle de charges lourdes

ANNEXE 4

Liste des secteurs des activités qui composent le secteur de la coopération chez les salariés du régime agricole

COOPERATION

Secteurs d'activités n°s 6 et 7

Personnel technique : codes risque AT 600, 610, 620, 630, 640, 650, 660, 670, 680, 690, 760 et 770.

600 - Stockage et conditionnement (à l'exception des fleurs, fruits ou légumes)

Coopératives agricoles, sociétés d'intérêt collectif agricole ou sociétés mixtes d'intérêt agricole de stockage et de conditionnement des produits agricoles (stockage des céréales et oléagineux en l'état, etc.).

610 - Approvisionnement

Coopératives agricoles, sociétés d'intérêt collectif agricole ou sociétés mixtes d'intérêt agricole d'approvisionnement en produits divers (pesticides, plants et semences, aliments du bétail, etc.).

620 - Traitement des produits laitiers

Coopératives agricoles, sociétés d'intérêt collectif agricole ou sociétés mixtes d'intérêt agricole de traitement des produits laitiers (laiteries, beurreries, fromageries, caséineries et fabrication de poudre de lait et autres transformations du lait).

630 - Traitement de la viande, comprenant une ou plusieurs des opérations suivantes : découpe, désossage, conserverie.

640- Conserverie des produits autres que la viande

Coopératives agricoles, sociétés d'intérêt collectif agricole ou sociétés mixtes d'intérêt agricole de conserverie (fruits et légumes, lyophilisation et déshydratation).

650 – Vinification

Coopératives agricoles, sociétés d'intérêt collectif agricole ou sociétés mixtes d'intérêt agricole de vinification (y compris embouteillage).

660 - Insémination artificielle

670 - Sucrierie, distillerie

Coopératives agricoles, sociétés d'intérêt collectif agricole ou sociétés mixtes d'intérêt agricole de sucrierie ou distillerie (vin, alcools, fruits, parfums, etc.).

680 - Meunerie, panification

Coopératives agricoles, sociétés d'intérêt collectif agricole ou sociétés mixtes d'intérêt agricole de meunerie et panification.

690 - Stockage et conditionnement de fleurs, fruits ou légumes

Coopératives agricoles, sociétés d'intérêt collectif agricole ou sociétés mixtes d'intérêt agricole de stockage et conditionnement de fleurs, fruits ou légumes.

760 - Traitement des viandes de volailles avec abattage, découpe, transformation

770 - Coopératives diverses

Coopératives n'entrant absolument pas dans les catégories de risques n°s 600 à 760.

ANNEXE 5

Liste des personnes rencontrées dans le cadre des entretiens qualitatifs

TOTAL : 17 entretiens et 31 personnes rencontrées

Mr DE GAILLANDE	DIRECCTE de Bretagne – Directeur régional adjoint – Responsable du pôle travail
Mr GUEDES	DIRECCTE de Bretagne – Directeur adjoint du secteur travail – UT 35
Dr FILY	DIRECCTE de Bretagne – Médecin inspecteur du travail et de la main d'œuvre
Pr VERGER	DIRECCTE de Bretagne – Médecin inspecteur du travail et de la main d'œuvre
Mme BUFFET	DIRECCTE de Bretagne – Inspectrice du travail
Mme BERNICOT	DIRECCTE de Bretagne – Contrôleur du travail – UT 35
Mme ROBERT	DIRECCTE de Bretagne – Ingénieur de prévention
Mr ROCHER	DIRECCTE de Bretagne – Ingénieur de prévention
Mme CHEDALEUX	Service de santé au travail Lorient – Directrice
Mme POTTIER	Service de santé au travail Dinan – Directrice
Mr RASPAIL	Service de santé au travail Rennes – Directeur
Dr JEGADEN	SIST 29 Brest – Médecin du travail
Dr JOSSO	AMIEM 56 – Médecin du travail
Dr MESSAGER	AIDAMT 22 – Médecin du travail
Dr PELÉ	SME BTP et carrières – Médecin du travail et médecin conseil à l'OPPBTB
Dr RESCHE RIGON	MSA Armorique – Médecin du travail
Mr JEAN	CARSAT de Bretagne – Contrôleur de sécurité
Mr SOREL	CARSAT de Bretagne – Chargé de mission informatique
Mr GUINAMANT	MSA – Service santé et sécurité au travail – Conseiller en prévention des risques professionnels
Mme HEBERT	Agence régionale pour l'amélioration des conditions de travail (ARACT) – Directrice
Mr CHEVANCÉ	Agence régionale pour l'amélioration des conditions de travail (ARACT) – Chargé de mission
Mr DUVAL	MEDEF Bretagne - Délégué général de l'union des entreprises
Mr VOILEAU	MEDEF Bretagne – Chef de file
Mme PELÉ	CGT – Représentante interprofessionnelle Bretagne
Mme JANOT FORESTIER	OPP BTP – Chef d'agence régionale
Mr CADE	ADEFIA - Président
Mr FANTOU	ADEFIA - Directeur
Pr DEWITTE	CHU de Brest - Chef de service de médecine du travail et de pathologies professionnelles et responsable de la consultation. Responsable des services de santé au travail du CHU de Brest....
Mme VIDY	ARS de Bretagne - Département santé environnement – Animatrice du PRSE
Mr FERNAND	GRF de Bretagne - Chargé de mission pour l'enquête inaptitudes
Mr LE DUNFF	Conseil économique et social de la région Bretagne (CESR) - Directeur adjoint

· OBSERVATOIRE RÉGIONAL DE SANTÉ DE BRETAGNE
· 8 D rue Franz Heller
· CS 70625 - 35 706 RENNES Cedex 7
· Tél. 02 99 14 24 24 - Fax. 02 99 14 25 21
· E-mail : orsb@orsbretagne.fr - <http://www.orsbretagne.fr>

