

Bilans & Rapports

Conditions de travail

Bilan 2013



RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

MINISTÈRE
DU TRAVAIL, DE L'EMPLOI,
DE LA FORMATION
PROFESSIONNELLE
ET DU DIALOGUE SOCIAL

CONDITIONS DE TRAVAIL

Bilan 2013

Conseil d'orientation
sur les conditions de travail

Ministère du Travail, de l'Emploi, de la Formation professionnelle
et du Dialogue social

Direction générale du travail

**La présente publication est une édition hors commerce,
strictement réservée aux membres du Conseil d'orientation
sur les conditions de travail et aux agents
du ministère du Travail, de l'Emploi,
de la Formation professionnelle et du Dialogue social**

Conception et rédaction
Direction générale du travail

Collaboration rédactionnelle et mise en page
Publicis Activ Paris

*En application de la loi du 11 mars 1957 (article 41) et du Code de la propriété intellectuelle du 1^{er} juillet 1992,
complétés par la loi du 3 janvier 1995, toute reproduction partielle ou totale à usage collectif de la présente
publication est strictement interdite sans l'autorisation expresse de l'éditeur.*

© Ministère du Travail, de l'Emploi, de la Formation professionnelle
et du Dialogue social - Paris, 2014

SOMMAIRE

LES CONDITIONS DE TRAVAIL VUES PAR LES ORGANISATIONS PROFESSIONNELLES

Les Organisations de salariés	19
Contribution de la Confédération Française Démocratique du Travail (CFDT)	21
Contribution de la Confédération Française de l'Encadrement - Confédération Générale des Cadres (CFE-CGC)	33
Contribution de la Confédération Française des Travailleurs Chrétiens (CFTC)	35
Contribution de la Confédération Générale du Travail (CGT)	39
Contribution de la Cgt-Force Ouvrière	45

Les Organisations patronales	51
Contribution de la Confédération Générale des Petites et Moyennes Entreprises (CGPME)	53
Contribution de la Fédération Nationale des Syndicats d'Exploitants Agricoles (FNSEA)	55
Contribution du Mouvement des Entreprises de France (MEDEF)	59
Contribution de l'Union Nationale des Professions Libérales (UNAPL)	63
Contribution de l'Union Professionnelle Artisanale (UPA)	67

ÉLÉMENTS DE POLITIQUE GÉNÉRALE

L'organisation de la prévention des risques professionnels en France	77
1. Quelques repères historiques	79
1.1. Les premières mesures protectrices	79
1.2. La sécurité intégrée et l'amélioration des conditions de travail	80
1.3. Les apports majeurs de la construction européenne	80
2. Les acteurs de la prévention des risques professionnels au sein de l'entreprise	83
2.1. L'employeur	83
2.2. Les instances représentatives du personnel	85
2.3. Les services de santé au travail	86
3. Les acteurs de la prévention des risques professionnels hors de l'entreprise	88
3.1. Le ministère chargé du Travail	88
3.2. Le ministère chargé de l'Agriculture	89
3.3. Les systèmes d'Inspection du travail	90
3.4. Les organismes de la sécurité sociale	92
3.5. Les opérateurs et les organismes techniques	97

Santé et sécurité au travail : les actions européennes et internationales	109
1. L'action européenne	111
1.1. Le cadre général	111
1.2. Les évolutions normatives dans le domaine de la santé et de la sécurité au travail	116
1.3. L'activité des réseaux	124
2. L'action internationale	132
2.1. La participation aux travaux de l'OIT	132
2.2. La participation aux travaux du Conseil de l'Europe	133
3. L'activité de coopération internationale : le Groupement d'intérêt public International (GIP International)	134
3.1. L'appui au développement de systèmes nationaux de santé et de sécurité au travail	134
3.2. Le renforcement des capacités des acteurs de la prévention et des Inspections du travail	137
3.3. L'amélioration des conditions de travail dans le secteur agricole et dans l'économie informelle	139

Les données chiffrées	141
Introduction	143
1. Les accidents du travail	148
1.1. Le régime général	148
1.2. Le régime agricole	185
1.3. Le secteur public	197

2. Les maladies professionnelles	212
2.1. Le régime général	212
2.2. Le régime agricole	223
2.3. Le secteur public	228
3. La médecine du travail	242
3.1. Les données chiffrées de la médecine du travail hors agriculture	242
3.2. L'évolution du temps médical	249
3.3. La composition de l'équipe entourant le médecin du travail	254
3.4. L'activité des médecins du travail	258
3.5. Les services de santé et de sécurité au travail en agriculture	263

ACTIVITÉS COURANTES ET MISSIONS PERMANENTES

Le ministère chargé du Travail	281
1. Les services centraux du ministère	283
1.1. Les actions normatives	283
1.2. Le traitement des recours hiérarchiques et contentieux	294
1.3. La normalisation	299
1.4. L'activité interministérielle	301
1.5. Les actions d'accompagnement et de communication	306
2. Les services déconcentrés du ministère	313
2.1. Les actions transversales	313
2.2. L'approche par public	315
2.3. L'approche par secteur	316
2.4. Les risques psychosociaux	324
2.5. Les troubles musculo-squelettiques	325

Les activités des services centraux du ministère chargé de l'Agriculture	331
1. La réduction des risques chimiques liés à l'utilisation des pesticides	335
1.1. La mise en place d'une approche globale et interministérielle de prévention des risques liés à l'utilisation de pesticides	335
1.2. Les produits phytopharmaceutiques	337
1.3. Les risques pour la reproduction	344
2. L'amélioration des règles d'hygiène et de sécurité dans le secteur des travaux forestiers et sylvicoles	349
2.1. Les mesures d'accompagnement et de suivi de la mise en œuvre de la nouvelle réglementation	349
2.2. Premier bilan et propositions concernant l'évolution de la réglementation sur les travaux au voisinage de lignes électriques	350
3. La sécurité des tracteurs agricoles et forestiers	352
3.1. Les travaux relatifs aux actes délégués du règlement (UE) n° 167/2013 relatif à la réception et à la surveillance du marché des véhicules agricoles et forestiers	352
3.2. L'adoption d'arrêtés précisant des règles techniques à prendre en compte dans l'homologation nationale ou la réception CE des tracteurs visés	353
3.3. La mise à jour du guide juridique relatif à la réglementation des tracteurs agricoles ou forestiers	354
4. La surveillance du marché des machines agricoles en 2013	356
4.1. Un premier bilan des contrôles de la conformité des machines et tracteurs agricoles et forestiers dans le cadre de la surveillance du marché	356
4.2. Des demandes d'interprétation sur une machine	357
4.3. La poursuite des travaux du groupe de travail VITI-VINI sur la viticulture et la viniculture	358

5. La normalisation	359
5.1. Le risque mécanique du machinisme agricole et forestier	359
5.2. Le risque chimique des équipements de travail et de protection individuelle	360
6. Le renforcement du dialogue social et des logiques territoriales et professionnelles	362
6.1. Un premier bilan de la mise en place et du fonctionnement des CPHSCT dans le secteur de la production agricole	362
6.2. Des engagements réciproques entre les entreprises, les représentants des salariés et les pouvoirs publics dans la filière alimentaire	364
7. L'amélioration de la réparation des maladies professionnelles	366
8. La prévention des risques psychosociaux et les actions de prévention du suicide des exploitants et des salariés agricoles	368

La négociation collective sur les conditions de travail **371**

1. L'accord national interprofessionnel "Qualité de vie au travail"	373
1.1. Genèse et grands principes de l'accord QVT : une mutation dans l'approche des conditions de travail	373
1.2. Définition du champ de la qualité de vie au travail	374
1.3. Contenu de l'accord	375
2. La négociation sur la prévention de la pénibilité	378
3. La négociation sur la prévention des risques psychosociaux	381
3.1. Branches concernées	381
3.2. Rôle de la branche	381
4. La révision partielle de la convention collective des services de santé au travail	385

Le Conseil d'orientation sur les conditions de travail et les Comités régionaux de prévention des risques professionnels **389**

1. Le Conseil d'orientation sur les conditions de travail (COCT)	392
1.1. Le Comité permanent	392
1.2. Les activités du secrétariat général	400
1.3. La Commission générale	401
1.4. Les Commissions spécialisées	405
2. Les Comités régionaux de prévention des risques professionnels	422
2.1. Présentation générale	422
2.2. Des modes de gouvernance hétérogènes, souvent en raison d'une insuffisance de moyens	423
2.3. Des CRPRP conjoncturellement remobilisés par la réforme de la médecine du travail	425
2.4. Une remobilisation des CRPRP à pérenniser et à approfondir	426

Les activités des organismes de prévention	429
1. La branche Accidents du travail - Maladies professionnelles (AT-MP) de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS)	431
1.1. La préparation des actions prioritaires à mettre en œuvre de 2014 à 2017	432
1.2. La mise en œuvre des incitations financières	438
1.3. Les actions en direction des enseignes de la grande distribution	440
1.4. Des actions pour la prévention des risques psychosociaux et des addictions	442
1.5. La sensibilisation et la formation des futurs managers à la prévention des risques professionnels	443
1.6. Des actions de prévention dans le secteur de la petite enfance	444
1.7. Une action en partenariat avec la CNAV et l'ANACT sur le thème "mieux vieillir en sécurité à domicile"	445
1.8. Des échanges internationaux sur le thème du maintien dans l'emploi	446
1.9. Une conférence scientifique sur les allergies professionnelles	446
1.10. Une journée technique sur la prévention des collisions engins-piétons	447
2. L'agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail (ANACT) et le réseau des agences régionales (Aract)	448
2.1. 2013, année de la qualité de vie au travail	448
2.2. Genre et conditions de travail	450
2.3. L'organisation du travail, travaux sur le <i>lean management</i> et sur la relation client (centres d'appels)	451
2.4. Maladies chroniques et travail	453
2.5. Insertion et conditions de travail	453
2.6. La prévention des risques psychosociaux	455
2.7. Le Fonds pour l'amélioration des conditions de travail en 2013	456
2.8. Les publications de l'ANACT et du réseau des Aract	457
3. L'agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (Anses)	458
3.1. Les valeurs limites d'exposition professionnelle (VLEP)	458
3.2. L'exposition aux agents cancérogènes, mutagènes et toxiques pour la reproduction	462
3.3. Le Réseau national de vigilance et de prévention des pathologies professionnelles (RNV3P)	465
3.4. La mise en œuvre des règlements REACH et CLP	467
3.5. L'appel à projets de recherche de l'Anses	468
3.6. Les activités européennes et internationales	469
4. L'Institut de veille sanitaire (InVS) - département santé-travail	471
4.1. La convention avec la DGT et la DGS	471
4.2. Les activités de surveillance épidémiologique et de veille sanitaire dans le champ des risques professionnels	472
5. L'Institut de radioprotection et de sûreté nucléaire (IRSN)	484
5.1. La convention avec la DGT	484
5.2. Le bilan des activités de l'IRSN en 2013	485
5.3. Le bilan des expositions des travailleurs	489
6. L'organisme professionnel de prévention du bâtiment et des travaux publics (OPPBTP)	495
6.1. Le portail de la prévention pour le BTP	495
6.2. La dimension économique de la prévention	496

ACTIONS PRIORITAIRES ET STRUCTURANTES POUR 2013

La réforme de la médecine du travail	501
1. Premiers éléments de bilan de la réforme de la médecine du travail	503
1.1. Les enjeux de gouvernance	504
1.2. Les nouveaux enjeux liés à la politique d'agrément	513
1.3. Le projet pluriannuel de service, un document pivot pour l'agrément et la contractualisation et un élément central pour la gestion du SSTI	522
1.4. La contractualisation, un nouveau levier d'action partagé	531
1.5. La mise en œuvre effective de la pluridisciplinarité, enjeu majeur de la réforme et condition de sa réussite	543
2. Les services de santé au travail interentreprises dans le BTP	556
2.1. La réforme de la médecine du travail a été l'occasion de créer des partenariats renforcés entre les SST et l'OPPBT	556
2.2. Les CPOM, un cadre fédérateur pour la contractualisation menée par l'OPPBT	556
2.3. Quelques exemples de mises en œuvre concrètes	557
3. Un premier bilan de la réforme de la médecine du travail en agriculture	558
3.1. La nouvelle organisation des services de santé et de sécurité au travail au sein des caisses de la MSA	558
3.2. Les modalités de gestion paritaire du service interentreprises	560
3.3. La collaboration en région, un levier d'action à renforcer	562
La prévention de l'exposition aux risques chimiques	565
1. La prévention du risque amiante	567
1.1. Les principales actions réglementaires en 2013	569
1.2. Les actions d'accompagnement de l'application de la réglementation, de sensibilisation et d'information auprès des professionnels et des acteurs concernés	574
1.3. L'amiante : une priorité des services de l'Inspection du travail	580
1.4. La surveillance renforcée des mésothéliomes par l'InVS	582
1.5. Le second mandat du groupe de travail national amiante et fibres	584
2. La prévention de l'exposition aux gaz présents dans les conteneurs	586
2.1. Présentation du contexte	586
2.2. La mise en place par la DGT d'une coordination au niveau national	588
3. Les nanomatériaux	591
3.1. Actions menées au niveau international	592
3.2. Actions menées au niveau européen	593
3.3. Actions menées au niveau national	594

EPI intelligents : analyse des opportunités et des risques 599

Introduction : la réglementation concernant les équipements de protection individuelle (EPI)	601
1. Les EPI intelligents : de la sécurité réglée à la sécurité gérée	603
1.1. Sécurité réglée et sécurité gérée	603
1.2. Qu'est-ce qu'un système de protection individuelle intelligent ?	605
2. Utilité des EPI intelligents pour la santé et la sécurité des opérateurs dans le milieu de travail	606
2.1. La "plasticité" de la protection des opérateurs	606
2.2. Aides à la décision en temps réel des opérateurs et du management de proximité	606
2.3. Incitation en faveur du développement de comportements d'initiatives des opérateurs en complément des comportements de conformité	607
2.4. Amélioration de la prévention par le suivi de la santé des salariés dans le temps grâce à la transmission et l'analyse des données	607
3. Exemples d'applications de systèmes de protection intelligents à l'étude ou en cours de développement dans le domaine de la santé et sécurité au travail	608
4. Risques potentiels induits par ces équipements	610
5. Évolutions de la réglementation et des normes	611

La prévention du risque hyperbare 613

1. Une réforme réglementaire d'envergure et plurisectorielle	616
2. Une meilleure organisation du secteur professionnel du BTP subaquatique	618
3. Un accompagnement des services de contrôle	618
4. Une réorganisation des échanges avec les partenaires institutionnels en matière d'expertise et de recherche	619

La prévention de la pénibilité 621

1. le bilan de la négociation sur la prévention de la pénibilité	625
2. La loi du 20 janvier 2014 garantissant l'avenir et la justice du système de retraites	628
2.1. Les objectifs poursuivis par la loi	628
2.2. Les modalités retenues	630
3. La précision de la notion de pénibilité	631
3.1. Des seuils universels associés à chaque facteur de risque professionnel pris en compte au titre de la pénibilité	631
3.2. Une traçabilité plus robuste	631
4. Le compte personnel de prévention de la pénibilité	633
4.1. Alimentation du compte	633
4.2. Utilisation des points inscrits au compte	634
5. Le dialogue social en faveur de la prévention de la pénibilité	636
5.1. La négociation en faveur de la prévention de la pénibilité ("1 % pénibilité")	636

5.2. Une meilleure prise en compte de la prévention de la pénibilité par les CHSCT	637
6. L'accompagnement des entreprises pour prévenir la pénibilité	639
6.1. Le Fonds national de soutien relatif à la pénibilité	639
6.2. L'appui des services déconcentrés du ministère chargé du Travail et du réseau territorial de la branche AT-MP	641
6.3. L'offre de service déployée par deux acteurs majeurs de la prévention : l'ANACT et l'OPPBTP	642

ANNEXES

Répertoire des textes publiés au Journal officiel en 2013 et début 2014	647

Liste des sigles	651

Liste des encadrés, tableaux, schémas et graphiques	659

Avant-propos

À de nombreux égards, le *Bilan des conditions de travail* illustre le fait que 2013 a été une année charnière dans le champ de la santé sécurité au travail.

Année charnière d'abord parce qu'elle illustre le rôle essentiel des partenaires sociaux sur ces enjeux. La signature, le 19 juin 2013, de l'Accord national interprofessionnel (ANI) "Vers une politique de l'amélioration de la qualité de vie au travail et de l'égalité professionnelle" (QVT), constitue une avancée majeure sur plusieurs plans. Elle a été renforcée par la loi du 5 mars 2014 relative à la formation professionnelle, l'emploi et le dialogue social, puis la loi du 4 août 2014 pour l'égalité réelle entre les femmes et les hommes, qui ont consolidé et élargi la possibilité ouverte par l'ANI de traiter de sujets variés dans le cadre d'une négociation conclue par un accord unique. En créant la possibilité pour les entreprises de grouper les thèmes obligatoires de la négociation collective autour de leurs problématiques propres, elle conforte le rôle des partenaires sociaux. L'ANI QVT propose ainsi des méthodes et des outils, qui permettent d'apporter des réponses aux attentes des salariés et des employeurs à l'égard du travail. Ainsi, l'ANI QVT affirme de manière forte qu'il est possible de concilier la satisfaction des salariés et l'optimisation des résultats de l'entreprise et de hisser les conditions de travail au rang de facteurs de performance des entreprises. Sa mise en œuvre en trois ans constitue un enjeu majeur, qui appelle un suivi attentif.

Les travaux du groupe de travail du Conseil d'orientation sur les conditions de travail (COCT) sur la gouvernance de la santé au travail, constitué

des partenaires sociaux et de représentants des pouvoirs publics, ont abouti à l'adoption de conclusions communes. Elles visent à renforcer l'implication des partenaires sociaux dans l'orientation de la politique en matière de conditions de travail. Ce rôle d'orientation est confié à une nouvelle instance du COCT plus restreinte : le groupe permanent d'orientation. Constitué des organisations patronales et syndicales représentatives, il sera dès lors en mesure de contribuer effectivement et de manière opérationnelle à la définition des grandes orientations de la politique en matière d'amélioration des conditions de travail.

Autre traduction du rôle essentiel des partenaires sociaux dans l'orientation et l'animation de la santé au travail, le *Bilan des conditions du travail* leur offre pour la première fois cette année un espace rédactionnel. Ce dernier permet d'illustrer les modalités selon lesquelles ils s'approprient les enjeux essentiels de la santé au travail et leur conception de leur propre rôle et de leurs interventions dans ce champ.

L'année 2013 fait également figure d'année charnière car elle voit s'achever la mise en œuvre du Plan santé au travail pour 2010-2014 (PST 2). À présent, le chantier de l'élaboration d'un nouveau Plan santé au travail (PST 3) reste à bâtir, notamment à partir des éléments de bilan du précédent PST. Tous s'accordent à dire que le PST 2 a contribué à créer une dynamique, partagée par l'ensemble des acteurs, en faveur de l'amélioration de la santé au travail et de la prévention des risques professionnels. C'est en particulier l'apparition d'une réelle dynamique au niveau régional qui apparaît comme l'un des acquis majeurs : les régions se sont toutes dotées d'un Plan régional de santé au travail (PRST), des partenariats locaux ont été noués, qui ont produit des résultats positifs en matière de prévention.

Toutefois, des critiques ont également été formulées, dont il faut tirer les leçons pour l'élaboration du PST 3. Le PST 2 a peut-être pêché par une trop grande ambition, avec un trop grand nombre d'objectifs et d'actions peu hiérarchisés, qui n'ont pas tous pu être réalisés. Son animation et son suivi se sont également révélés perfectibles.

Le PST 3 devra en particulier répondre aux défis et anticiper les sujets à venir en matière de santé sécurité au travail.

Un premier défi est celui du vieillissement de la population active, également mis en exergue par le cadre stratégique de l'Union européenne en matière de santé et de sécurité au travail pour 2014-2020. L'enjeu du maintien en emploi devra ainsi être abordé et faire l'objet de solutions innovantes, notamment en tirant les enseignements des initiatives existantes menées par plusieurs acteurs (DIRECCTE, CARSAT, SST, MSA, RSI, Agefiph,

etc.). La mise en place du compte personnel de prévention de la pénibilité poursuit également une logique de prévention de l'usure professionnelle : la mise en œuvre de son volet prévention (limitation des expositions, utilisation du temps partiel) et de son volet gestion prévisionnelle des emplois (formation), ainsi que son appropriation par tous les acteurs de l'entreprise dans les années à venir sont des enjeux essentiels.

Un deuxième défi est lié à l'apparition de nouveaux risques professionnels. Si l'année 2013 a été marquée par des actions sur le risque chimique, et notamment le renforcement de la protection des travailleurs contre l'exposition aux fibres d'amiante, l'anticipation des risques émergents apparaît comme un nouveau chantier majeur. S'agissant par exemple des nanomatériaux, en 2013, un système permettant une connaissance et une traçabilité des nanomatériaux a été instauré en application des articles L.523-1 et L.523-2 du Code de l'environnement issus des lois Grenelle I et II. Les substances à l'état nanoparticulaire font dorénavant l'objet d'une déclaration annuelle par les fabricants, importateurs et distributeurs. Une autre avancée réside dans la prévention des risques liés à la fumigation des containers, qui traduit de surcroît l'efficacité des initiatives partenariales en la matière. On citera également l'exemple du développement des équipements de protection individuelle "intelligents", qui démontre que les innovations technologiques, si elles fournissent des outils de progrès, doivent également, pour atteindre leur plein effet, faire l'objet d'un accompagnement. Enfin, c'est la structuration des acteurs de la veille et de l'expertise, qui a connu des avancées tout au long du PST 2, qu'il s'agit à présent de consolider et de développer afin de doter la France d'un système de veille, de vigilance et d'expertise plus efficace en matière de risques professionnels émergents.

Un troisième défi est lié au bon fonctionnement du système que forment les nombreux acteurs de la santé au travail. La réforme de la médecine du travail issue de la loi de 2011 et dont l'année 2013 a permis de dresser un premier bilan, a vocation à apporter des réponses aux défis de la médecine du travail, interlocuteur-clé des entreprises, et particulièrement des petites entreprises. Parmi ces défis, l'on peut citer les tensions nées des évolutions de la démographie médicale, les mutations des risques professionnels et des formes d'emploi. La mise en place des équipes pluridisciplinaires et l'inscription des services de santé au travail dans une démarche de programmation stratégique de leurs actions sont des premiers éléments de réforme opérationnels.

S'agissant des organismes de prévention, l'année 2013 a aussi été marquée par un large débat mené au sein d'un groupe tripartite réunissant les partenaires sociaux, les représentants de l'ANACT et des Aract ainsi que

l'État, dans le cadre de la feuille de route de la Grande conférence sociale. Il a abouti à la signature, le 26 novembre 2013, du contrat d'objectifs et de performance entre l'État et l'ANACT, qui renforce le rôle de l'agence et de son réseau comme acteur de référence dans le champ de l'amélioration des conditions de travail ainsi que les priorités et la stratégie dans lesquelles s'inscrit son action.

Des jalons essentiels ont donc été posés en 2013. C'est à présent au PST 3, élaboré en lien étroit avec toutes les parties prenantes, de dégager les orientations stratégiques sur lesquelles rassembler et fédérer l'action de tous les acteurs de la santé sécurité au travail.

Ainsi, le présent bilan tente de mettre en valeur les actions partenariales, les initiatives, souvent issues du niveau régional et en particulier des DIRECCTE. Il s'agit de démarches innovantes que le PST 3 se devra de soutenir et de renforcer, en mettant l'accent sur l'articulation avec l'animation des PRST.

Le *Bilan des conditions de travail 2013*, qui se veut un outil de réflexion pour l'action, développe notamment les éléments évoqués précédemment qui font de 2013 une année charnière, permettant de faire face aux nouveaux défis. Après une ouverture sur les contributions des partenaires sociaux, le présent ouvrage présente le système français de prévention des risques professionnels et ses résultats chiffrés, mais aussi le contexte normatif européen dans lequel il s'inscrit. Il retrace l'action de l'État et des grands organismes de prévention en matière de conditions de travail et met également l'accent sur les résultats de la négociation collective et des instances de gouvernance auxquels participent les partenaires sociaux. Enfin, de nombreux exemples thématiques, nationaux et territoriaux, viennent illustrer ce panorama des actions en faveur de l'amélioration des conditions de travail.

Que ce bilan puisse nourrir débats et diagnostics et il aura atteint son principal objectif.

LES CONDITIONS DE TRAVAIL VUES PAR LES ORGANISATIONS PROFESSIONNELLES

Cette partie constitue un espace rédactionnel ouvert aux organisations professionnelles représentées au sein du Conseil d'orientation sur les conditions de travail.

Afin d'enrichir le bilan annuel réalisé par l'administration, les partenaires sociaux ont été invités à présenter leur vision des conditions de travail au cours de l'année écoulée.

Ont été rassemblées dans cette partie, les contributions des organisations professionnelles de salariés et d'employeurs qui ont été en mesure de s'associer à cette démarche. Les propos tenus sous cette rubrique n'engagent que les organisations qui les ont produits, l'administration n'ayant assuré ici qu'un rôle éditorial.

LES ORGANISATIONS DE SALARIÉS

- CFDT
- CFE-CGC
- CFTC
- CGT
- Cgt-FO



CONTRIBUTION DE LA CONFÉDÉRATION FRANÇAISE DÉMOCRATIQUE DU TRAVAIL (CFDT)

La CFDT se félicite de l'initiative de la Direction Générale du Travail offrant désormais l'opportunité à chacun des partenaires sociaux d'exprimer son analyse sur le bilan annuel des conditions de travail en France. Elle y voit la reconnaissance de leur engagement pour améliorer les conditions de travail. C'est une continuité dans la logique engagée en termes de démocratie sociale pour que les organisations syndicales et patronales participent pleinement avec les pouvoirs publics à la définition des orientations des politiques publiques en matière de santé au travail dans le respect des responsabilités respectives de chacun.

Cette démarche a pu s'illustrer notamment lors des récents travaux du groupe tripartite sur l'évolution de l'ANACT et de son réseau et du groupe tripartite sur la gouvernance de la politique de santé au travail.

Le bilan des conditions de travail de 2013 que dresse ici la CFDT est centré sur le secteur privé, le secteur public ne relevant pas du périmètre de compétence du ministère chargé du travail. Les déterminants du travail qui impactent la vie au travail des agents sont toutefois les mêmes que ceux des salariés, ils seront évoqués au fil du texte.

1. LA SANTÉ AU TRAVAIL UN ENJEU POLITIQUE MAJEUR

La CFDT considère que l'objectif de santé au travail doit s'inscrire dans une stratégie de promotion de la qualité du travail et de la qualité de vie au travail pour le bien-être et l'efficacité au travail et hisser celle-ci au même niveau de priorité que les politiques de l'emploi.

Si qualité du travail et qualité de vie au travail impactent au premier chef le quotidien et l'ensemble de la vie des salariés, elles retentissent sur

La contribution de la **CFDT**

la performance des entreprises et doivent d'autant plus s'inscrire dans leurs modes de fonctionnement.

Il n'y a pas de développement économique durable sans une économie fondée sur la qualité des produits et services, ce qui ne peut s'envisager sans un haut niveau de vie, qui n'exclut personne, qui fait de la cohésion sociale et de la lutte contre les inégalités un enjeu majeur de performance. En ce sens la CFDT considère que les politiques de plein emploi, de compétitivité des entreprises sont indissociables de celles de la qualité du travail.

En cette période de crise, face au poids du chômage, à la dégradation de l'emploi, il faut d'autant plus résister à la tentation excessivement forte, de délaisser la question du travail en en faisant un dossier accessoire.

Il est grand temps que la prise en compte des grands enjeux du travail ne reste plus l'apanage d'un cercle restreint d'acteurs syndicaux, d'institutions, de directions d'administration centrale comme la DGT et dépassent le stade de l'annonce des conférences sociales.

En misant sur les perspectives d'une réelle politique de santé au travail et le renouveau du dialogue social en la matière, **la CFDT n'en occulte pas pour autant les préoccupations majeures qui pèsent sur la situation des conditions de travail en 2013.**

2. UN BILAN GLOBAL DES CONDITIONS DE TRAVAIL PRÉOCCUPANT

La France conserve une place peu enviable au plan européen en matière de prévention des risques professionnels comme en témoigne notamment l'enquête de 2010 de la fondation de Dublin (sur la globalité des items la France se situe parmi la seconde moitié des 27 États membres).

La sinistralité est toujours préoccupante avec une fréquence et une gravité des accidents du travail qui stagnent, une progression continue du nombre de maladies professionnelles liée essentiellement aux TMS en fréquence (malgré les restrictions apportées par la révision du tableau 57 et le blocage de l'évolution d'autres tableaux) et à l'amiante en gravité. L'inégalité de la sinistralité entre hommes et femmes au détriment de celles-ci est persistante.

L'intensification du travail reprend sa progression comme en témoignent notamment les conclusions de l'enquête conditions de travail de la Dares de 2013.

La contribution de la **CFDT**

La progression des ruptures professionnelles liées à la santé et à l'usure professionnelle amplifie le problème du maintien dans l'emploi. Malgré l'absence de statistiques nationales récentes, les remontées de nos équipes confortées par diverses études régionales montrent un accroissement important des inaptitudes pour raisons de santé. Les causes essentielles résident dans le vieillissement de la population au travail que renforce l'allongement de la durée de carrière, l'impact de la pénibilité, les nouveaux modes d'organisation des entreprises qui durcissent les conditions de travail, raréfient les opportunités de reclassement et n'anticipent pas les parcours professionnels.

Si l'enquête SUMER de 2010 montre globalement **une stabilité de l'exposition aux risques conventionnels, ce constat masque une progression pour un certain nombre de critères et certains secteurs professionnels.** Pour exemple la proportion de salariés exposés à des bruits supérieurs à 85 dB(A), toutes durées d'exposition confondues, s'est accrue entre 1994 et 2010. Pour les professions et catégories de salariés les plus exposées (employés de commerce et de service, ouvriers), l'exposition à un produit chimique reste plus élevée en 2010 qu'en 1994.

3. TRAVAIL, QUALITÉ DE VIE AU TRAVAIL ET DIALOGUE SOCIAL

L'Accord national interprofessionnel (ANI) du 19 juin 2013 sur la qualité de vie au travail et l'égalité professionnelle (QVT-EP) rompt avec l'approche défensive du travail axée sur la souffrance et sur la prévention des risques avec sa composante santé, pour se centrer sur le cœur de métier des entreprises. Il réintègre le travail dans le rôle de la direction générale de l'entreprise, du management, des DRH, des organisations syndicales et redonne une place à la réalité vécue par les salariés et à leur capacité à l'exprimer.

Il traduit une évolution dans la manière initiale, fortement marquée par les suicides au travail, d'aborder, par la négociation, la prévention du stress et des risques psychosociaux dans les entreprises. Son approche systémique déborde ainsi du champ traditionnel de la santé au travail mais aussi des relations humaines en englobant le dialogue social, l'anticipation des mutations, l'expression des salariés, le rôle du management, la conciliation des temps, l'égalité professionnelle entre les femmes et les hommes et même la gouvernance. Elle pousse à la recherche d'un mode de gestion et d'organisation pérenne plus performant en étant plus respectueux des femmes et des hommes.

La contribution de la **CFDT**

L'ANI incite par ailleurs à une meilleure articulation de la négociation collective dans l'entreprise en adaptant les obligations de négocier. En effet la superposition des négociations obligatoires (ou non) et leur découpage par thématiques a montré ses limites en ce qu'ils contrarient le propre agenda social des entreprises et aboutissent souvent à des accords formels. Ces nouvelles possibilités doivent permettre l'émergence d'une dynamique basée sur un travail d'échange, de confrontation, d'élaboration commune, d'une prise de conscience des enjeux et des priorités d'actions à mener, de s'adapter aux réalités de chaque entreprise très diverses selon leur spécificité et leur taille.

Le recours à l'expérimentation qui figure dans l'ANI fait également partie du renouveau d'une méthode de dialogue social qui a l'ambition d'avoir prise sur le réel. Il met en avant l'intérêt de la capitalisation d'expérience de terrain pour faire évoluer les pratiques.

La CFDT a cependant conscience que cette démarche, sous-tendue par un accord de méthode, est très exigeante. Elle requiert la volonté des acteurs et une relation de confiance pour sa mise en œuvre. Si les acteurs sociaux ne s'en saisissent pas sur le terrain, ils ne produiront aucun effet. La CFDT en ce qui la concerne s'est engagée pour accompagner ses équipes syndicales, elle attend des autres signataires qu'ils respectent également leurs engagements.

Dans les fonctions publiques on assiste à une évolution similaire du dialogue social autour du travail soutenu par la CFDT. Débutée en 2009 par un accord inédit sur "la santé et la sécurité dans la Fonction publique" et poursuivie par un accord-cadre relatif à la "prévention des risques psychosociaux dans la Fonction publique" en 2013, la négociation doit maintenant aborder la qualité de vie au travail en septembre 2014. Comme pour le secteur privé il existe des réticences ou une lenteur pour décliner ces accords. C'est notamment le cas des employeurs territoriaux ou des Ministères et/ou des services déconcentrés des Ministères.

La contribution de la **CFDT**

4. POUR UNE MEILLEURE MISE EN VISIBILITÉ DES DÉTERMINANTS DU TRAVAIL IMPACTANT LA SANTÉ

L'approche de la réalité du travail par les risques professionnels et la sinistralité qu'ils génèrent a atteint ses limites

L'utilisation quasi exclusive, pour définir les stratégies de prévention, des statistiques des risques indemnisables de la branche AT-MP, fait l'impasse sur la prise en compte de nombre de déterminants du travail (expositions à effets différés, modes d'organisation du travail, modes de fonctionnement de l'entreprise...) ayant un retentissement sur la santé pendant et après la vie professionnelle et circonscrit, de fait, les efforts de prévention.

La mise en visibilité de ces déterminants repose essentiellement sur les enquêtes statistiques nationales diligentées notamment par la Dares (Conditions de travail, SUMER...) ou les dispositifs de veille sanitaire (InVS, Anses).

Ce qui touche aux organisations du travail et à la façon dont s'organise le dialogue social autour de ces questions fait l'objet d'études sociologiques qualitatives de la part d'équipes de recherche (Universités, CNRS, Ires...) ou de contributions de l'ANACT mais elles restent confidentielles et limitées en nombre et ne sont que très rarement mises en débat dans les instances de pilotage tripartite de la politique de santé au travail.

Ainsi à titre d'exemple, la progression continue du travail de nuit qui a doublé en 20 ans, la diffusion exponentielle des modes d'organisation de type "*lean management*" dans les entreprises et les administrations (dont on perçoit maintenant les effets néfastes en termes de risques psychosociaux) qui touchent plusieurs millions de salariés ne font l'objet d'aucune stratégie nationale ne serait-ce que d'information auprès des entreprises et des salariés pour en réduire la portée et en limiter les effets.

En définitive, si l'on se place sous le seul angle de l'impact financier de ces déterminants du travail "hors sinistralité", ils sont loin d'être pris en compte à la hauteur des enjeux économiques qu'ils représentent pour les entreprises et la société.

Dans le même ordre d'idées, les coûts induits par les déterminants du travail pris en charge par la branche maladie de la Sécurité sociale ne font l'objet de la part de celle-ci d'aucune analyse systématique, ce qui participe à l'invisibilité de la réalité de leur impact économique (seule la commission

La contribution de la **CFDT**

prévue par le Code de la sécurité sociale qui évalue le reversement que la branche AT-MP doit effectuer à la branche maladie, tente une estimation en grande partie à partir des études statistiques d'exposition citées plus haut – entre 695 millions et 1,3 milliards d'euros pour le rapport de 2014).

Il apparaît donc nécessaire de mettre en œuvre une structuration des données de santé en lien avec le travail recouvrant à la fois celles de l'Assurance maladie (en profitant des réflexions en cours sur l'*open data*) et celles des SST dans le cadre d'une politique globale d'amélioration des connaissances sur la santé au travail.

La pénibilité, une opportunité à ne pas manquer pour la mesure de la réalité des expositions dans les entreprises

La plupart des entreprises ne se sont pas suffisamment adaptées pour traiter ou prévenir les effets de la pénibilité et notamment garder en leur sein les salariés les plus âgés. C'est pourtant le corollaire indissociable de l'allongement de la durée d'activité. Il s'agit ni plus ni moins que de mettre en place des conditions de travail soutenables pour l'ensemble des salariés y compris pour les jeunes débutant leur carrière. C'est ainsi que l'on permettra aux futurs salariés seniors de se maintenir effectivement en emploi. C'est ainsi que l'on réduira les effets différés des expositions aux facteurs de pénibilité.

Il est donc logique que les entreprises concernées participent à la prise en charge des conséquences individuelles et sociales qu'elles génèrent. Le nier c'est assumer sereinement que d'autres dispositifs dont ce n'est pas la finalité s'en chargent comme l'invalidité ou l'assurance chômage.

Le "compte personnel de prévention de la pénibilité" institué par la loi sur la réforme des retraites de 2013 est une réponse à l'ensemble de ces exigences. Il est regrettable que les décrets d'application qui doivent être publiés en restreignent l'ambition.

C'est en premier lieu un mécanisme qui incite les entreprises à adapter les conditions de travail et les parcours professionnels au vieillissement des salariés. Il permet à chaque salarié d'avoir enfin en temps réel une visibilité sur les expositions qu'il subit et à leur historique. Chaque salarié va pouvoir ainsi devenir acteur de sa propre prévention.

Certes il existe déjà une obligation de tracer les expositions, mais elle n'ouvre aucun droit pour le salarié, et ne donne lieu à aucune sanction pour les employeurs qui s'en affranchissent (en 2006 seulement 16 % des employeurs utilisant des CMR rédigeaient les fiches individuelles d'expo-

La contribution de la **CFDT**

sition – obligatoires depuis 2001). Dire alors que ce compte va accentuer démesurément les contraintes et mettre à mal tous les efforts de prévention accomplis jusqu'ici relève d'un certain cynisme.

Le dispositif doit permettre la compilation des données d'exposition aux facteurs de pénibilité déclarées par les employeurs pour l'ensemble des entreprises concernées au plan régional et national. Cette source de données doit pouvoir être exploitée dès 2016. C'est une opportunité à ne pas manquer pour avoir une vision de la réalité des expositions, leur volume et leur nature, par la réalisation de bilans annuels issus des remontées d'information des Carsat. L'objectif étant, d'une part, de rendre visibles les secteurs où doivent porter plus particulièrement les efforts de prévention et, d'autre part, de mettre en évidence les points qui méritent une adaptation, notamment ceux relatifs aux seuils d'exposition des facteurs de pénibilité.

La CFDT a demandé que les moyens humains et techniques soient mis en œuvre pour que l'exploitation de ces nouvelles données d'exposition devienne effective.

5. LES LIMITES DU SYSTÈME DE RÉPARATION DES MALADIES PROFESSIONNELLES

En matière de maladie professionnelle la CFDT constate que le processus d'évolution des tableaux de maladies professionnelles est bloqué, notamment en ce qui concerne les pathologies mentales.

Le groupe de travail sur les pathologies psychiques d'origine professionnelle mis en place en 2010 dans le cadre de la Commission spécialisée n° 4 du COCT n'a débouché à ce jour sur aucune proposition de rédaction de tableau de maladies professionnelles.

La réparation de ces pathologies reste tributaire du système complémentaire (et donc du franchissement du seuil des 25 % du taux d'IPP) ce qui conduit à un nombre excessivement restreint de reconnaissances et en conséquence à une prise en charge de la majeure partie de ces pathologies par la branche maladie.

Cette situation d'indécision est inacceptable, d'autant plus que dans l'intervalle a été créé récemment un nouveau groupe de travail chargé de réfléchir à la prévention du "*burn-out* professionnel" ce qui laisserait à penser que l'on redécouvre le problème des pathologies psychiques liées au travail ou que l'on souhaite gagner du temps.

La contribution de la **CFDT**

La CFDT appelle de ses vœux une rénovation du dispositif d'élaboration des tableaux avec en premier lieu une réforme du fonctionnement de la commission spécialisée du COCT traitant des maladies professionnelles. Le débat qui relève de l'expertise de la relation entre les facteurs de risques et les atteintes à la santé doit être exclu de son champ et être confié aux agences sanitaires de l'État.

Concernant la diminution des écarts de traitement des victimes sur le territoire, les progrès sont incontestables. Mais la rénovation du barème et de l'attribution des taux d'IPP pour une réparation plus juste reste encore à faire. Malgré une mobilisation des services sociaux des Carsat, la mise en place d'un "*case manager*" pour les victimes d'accidents graves, l'action d'accompagnement individualisé des victimes effectuée par la branche AT-MP, reste encore largement à développer.

6. LE MAINTIEN DANS L'EMPLOI

L'inaptitude est un sujet très mal cerné et mal pris en compte tant sur le nombre de salariés concernés que sur ses causes et ses conséquences en termes d'emploi. Les éléments disponibles, parcellaires, régionaux et anciens, révèlent un volume significatif et en progression de salariés déclarés inaptes pour raisons de santé.

En 2003, plus d'un million de salariés se sont vu notifier des avis de médecins du travail comportant des restrictions d'aptitude ou des demandes d'aménagement de poste de travail dont 106 500 des avis d'inaptitude à tout poste de travail dans l'entreprise.

En l'absence de données nationales, seules quelques études régionales proposent une description des salariés inaptes. Elles font apparaître :

- une surreprésentation des ouvriers et des employés ;
- un âge moyen des salariés déclarés inaptes de 46 ans avec un pic très marqué pour les 55-60 ans et une fraction inquiétante de salariés jeunes ;
- deux types d'affections responsables principales en lien avec le travail :
 - les pathologies du système ostéo-articulaire résultant d'une usure professionnelle sur une longue période et affectant essentiellement les salariés plus âgés ;
 - les troubles psychologiques liés aux facteurs de risques psychosociaux.

La contribution de la **CFDT**

La prévention de la désinsertion professionnelle se situe à l'interface des questions du travail et de santé publique et est donc un enjeu majeur pour les salariés et les entreprises. Il recouvre à la fois :

- les conditions de travail et la gestion des parcours professionnels dans l'entreprise pour prévenir l'usure professionnelle, qui peuvent être prises en compte dans une démarche de qualité de vie au travail ;
- les questions de pilotage territorial des différents acteurs qui interviennent pour la prévention de la désinsertion professionnelle, le maintien ou l'accès en emploi où les partenaires sociaux ont toute leur place. Citons, à titre d'exemple, l'expérience de la région Rhône-Alpes où dans le cadre d'une Charte Régionale de Maintien de l'Emploi signée en 2012, l'ensemble des partenaires sociaux est partie prenante dans le pilotage d'un dispositif rassemblant l'ensemble des acteurs. Il se concrétise par la mise en place de guichets uniques favorisant le traitement pluridisciplinaire des situations individuelles de désinsertions professionnelles liées à la santé.

Ces préoccupations rejoignent celles du plan cancer et du récent rapport de l'IGAS sur le maintien dans l'emploi.

7. LES ORGANISMES ET INSTITUTIONS CONCOURANT À LA PRÉVENTION

Le réseau des SST, organismes dotés d'une mission d'intérêt général fortement encadrée par la loi et le règlement, est le seul en capacité de toucher, en matière de prévention, la totalité des entreprises et notamment les plus petites, de façon systématique.

Il est donc regrettable qu'en 2013 la mise en œuvre de la réforme des services de santé au travail du 20 juillet 2011, même imparfaite, soit restée dominée par les résistances aux changements notamment en ce qui concerne la gouvernance.

Il est pourtant indispensable de mettre en place un instrument efficace permettant à l'Etat en lien avec les organisations patronales et syndicales représentatives au plan national et interprofessionnel d'animer globalement les actions menées par les SST en les inscrivant dans le cadre de la politique de santé au travail.

Enfin, dans un contexte de crise économique qui met en tension les conditions de travail, les moyens mis par l'État sont en nette régression dans les agences qui traitent de la santé au travail que sont l'Anses et l'Anact. Ceci vaut aussi pour la branche AT-MP. Le seuil critique a été atteint pour que ces

La contribution de la **CFDT**

structures restent en capacité de remplir leurs missions qui s'accroissent par ailleurs. Sauf à admettre qu'elles en abandonnent une partie...

8. FOCUS SUR CERTAINS RISQUES ET SECTEURS PROFESSIONNELS

Secteur des services de l'aide et des soins à domicile

Ce secteur souffre d'une sinistralité importante et en progression constante. Un accord de branche relatif à la prévention de la pénibilité a été signé en juin 2013.

Secteur hôtel-café-restaurants

Un accord majeur sur la santé au travail et l'emploi des seniors a été signé en juillet 2013 dans ce secteur. Il concerne 102 090 entreprises et 593 600 salariés.

Cet accord vise à prévenir, détecter, éviter et traiter les risques physiques et psychosociaux. L'évaluation des facteurs de pénibilité des métiers de ce secteur a fait consensus.

Salariés du particulier employeur

La loi du 20 juillet 2011 relative à l'organisation de la médecine du travail a rendu obligatoire le suivi des salariés du particulier employeur (1,2 million de salariés). Une négociation de branche a débuté en 2003 pour organiser ce suivi.

Les nanomatériaux

La progression de l'utilisation des nanomatériaux dans nombre de secteurs professionnels a conduit la CFDT à organiser une journée d'étude en 2013. Elle a plaidé pour une meilleure évaluation des expositions qui passe notamment par une évolution des fiches de données de sécurité et la mise en place d'une surveillance médicale renforcée pour les salariés exposés.

L'amiante

La CFDT se félicite de l'évolution des mesures de prévention relatives à l'exposition à l'amiante consécutive à la prise en compte de la toxicité des fibres courtes et des fibres fines. Elle attire toutefois l'attention sur la nécessité de mettre en œuvre concrètement ces nouvelles mesures et d'en assurer le contrôle.

La contribution de la **CFDT**

La pollution de l'air dans le secteur des transports

La CFDT a mis l'accent sur la prévention de l'exposition à la pollution de l'air respirable des salariés du secteur des transports travaillant dans les réseaux souterrains, les gares, les dépôts, les péages, les aéroports...

Elle attire l'attention sur l'écart existant entre les normes applicables en matière de qualité de l'air concernant le public et celles qui s'appliquent aux salariés. Elle pose la question d'une reconnaissance dans le cadre des tableaux de maladies professionnelles des salariés exposés de façon continue dans ces atmosphères.

CONCLUSION

La CFDT réaffirme son attachement à ce que les enjeux relatifs à la santé au travail soient traités au plus haut niveau des lieux de décisions, tel que cela a été amorcé lors des deux Grandes Conférences Sociales de 2012 et 2013.

En conséquence, elle attend que le mode d'élaboration du PST 3 et son pilotage s'inscrivent dans les évolutions proposées en matière de gouvernance de la stratégie nationale de santé au travail et qu'il soit axé sur **quelques priorités fortes** qui pourraient comprendre **la prévention de la désinsertion professionnelle** pour tous les motifs liés à la santé, **la promotion de la démarche relative à la qualité de vie au travail** et **la structuration des données de santé qui ont un lien avec le travail** en incluant celles de l'Assurance maladie et celles des SST dans le cadre d'une politique globale d'amélioration de la connaissance des déterminants de la santé au travail.



CONTRIBUTION DE LA CONFÉDÉRATION FRANÇAISE DE L'ENCADREMENT - CONFÉDÉRATION GÉNÉRALE DES CADRES (CFE-CGC)

L'année 2013 a été une année marquée par plusieurs événements pour la CFE-CGC.

Tout d'abord, une année de déstabilisation des services de santé au travail :

- sans insister sur le passage au Conseil d'État qui reprend les décrets de janvier 2012 pour des erreurs de forme juridiques révélatrices de l'impréparation des textes ;
- c'est surtout les échos des difficultés de mise en place de la réforme de 2011 et des décrets de 2012 qui ont donné lieu à des manipulations dans beaucoup de services occasions de prise de pouvoir des directions de services dans une optique de santé au travail dédiée à une vision patronale centrée sur la sélection et centrée sur l'individu plus que sur les conditions de travail ;
- c'est également la difficulté de mise en place des acteurs de l'équipe pluri-disciplinaire, infirmières, IPRP, assistants administratifs sans préparation aboutissant souvent au départ de ceux-ci faute de préparation de leur insertion et faute d'action compréhensive des services déconcentrés du ministère ;
- c'est le début des plaintes des employeurs auprès de l'ordre des médecins pour entraver leur capacité à attester le lien entre les affections présentées par les salariés et leurs conditions de travail.

C'est également l'année d'une grande négociation inter-confédérale sur la qualité de vie au travail. Un accord tout à fait intéressant et de qualité mais qui risque de subir le même sort qu'un autre accord tout à fait remarquable

La contribution de la **CFE-CGC**

qui a été approuvé par l'ensemble des participants et a été ensuite étendu, celui sur le stress.

L'accord sur le stress n'a été suivi d'aucune action concrète sur le terrain autre que des accords de forme ou des accords de contraintes supplémentaires pour les salariés.

C'est l'année de l'installation de l'instance de coordination des CHSCT dans les grandes entreprises avec des contraintes visant à diminuer la possibilité pour les salariés de faire appel à des expertises des conditions de travail.

Ce qui aboutit à une déjudiciarisation des contestations sur les expertises CHSCT, cela allège les procédures mais cela n'améliore pas la protection des salariés.

C'est l'année de la circulaire "AYRAULT" sur l'usage de la langue française, un caillou blanc sur le chemin des conditions de travail.

C'est l'année de la journée d'études de l'Observatoire régional d'études des risques psychosociaux en Aquitaine, spécialisé sur l'usage des technologies de l'information et de la communication.

C'est l'année de la réalisation de deux thèses sur les risques psychosociaux : l'une de Thierry Venin sur les technologies de l'information et de la communication, et l'autre, de Sinda Mhiri sur le comportement des cadres vis-à-vis du stress et l'intention de quitter l'entreprise.

C'est l'année où la France se caractérise par sa conception et son approche hiérarchique du management, qui laisse peu de place à l'expression et à la reconnaissance. D'après l'étude européenne EWCS, la proportion des salariés qui déclarent pouvoir influencer les décisions qui sont importantes pour leur travail est très faible en France : 31 % contre 40 % pour la moyenne des 28 pays de l'Union européenne, dont 38 % en Allemagne, 45 % en Grande-Bretagne, 32 % en Italie, 39 % en Espagne. Seule la Slovaquie (28 %) présente un score plus faible.

C'est l'année où l'AFNOR met en place des réflexions sur le management et la qualité de vie au travail pendant que les partenaires sociaux négocient sur le sujet ! Un déni du dialogue social !

C'est l'année où se déroulent des rencontres parlementaires sur la santé au travail et la santé publique ; prolégomènes à l'intégration de la santé au travail dans la santé publique.



CONTRIBUTION DE LA CONFÉDÉRATION FRANÇAISE DES TRAVAILLEURS CHRÉTIENS (CFTC)

Depuis près de 30 ans, le travail s'intensifie en raison des nouvelles formes d'organisation du travail et d'une plus grande flexibilité de la relation de travail. Dans le même temps, de nouvelles pathologies se développent, telles que les TMS des membres supérieurs ou les psychopathologies, bien que leur origine professionnelle soit insuffisamment reconnue.

Le lien entre les dégradations de la santé au travail et cette intensification du travail est évident. Le productivisme contemporain ignore dans une large mesure le fonctionnement humain. Il recherche la maximisation de l'exploitation des ressources humaines. Dans cette situation, la question de la qualité de vie au travail peut être le moyen d'assurer le respect de la personne humaine.

Les différentes enquêtes et la recherche mettent en évidence les évolutions des conditions de travail et leurs effets néfastes sur la santé au travail. Le travail est de plus en plus contraint en raison des cadences, de la standardisation, de la satisfaction du client et du contrôle ou du suivi informatisé. Dans le même temps, le travail est de plus en plus flexible du fait d'une précarisation de l'emploi (CDD, Intérim, etc.), de la multiplication des "stages", des réductions d'effectifs liés à l'externalisation d'une partie des activités, du développement du travail indépendant économiquement dépendant. Cette flexibilité et la précarité qu'elle engendre entraînent une insécurité de l'emploi ressentie par les salariés qui est néfaste à terme pour leur santé. La flexibilité concerne aussi les conditions de travail (horaires, salaire, lieu de travail, fonctions, polyvalence), ce qui crée une incertitude dans la relation de travail, voire un travail antisocial (horaires décalés, travail de fin de semaine), qui est tout autant néfaste.

Par ailleurs, la pénibilité du travail ne diminue pas. Les contraintes physiques sont toujours plus importantes. Cette situation est insupportable

La contribution de la **CFTC**

compte tenu de l'allongement de la durée de vie au travail, d'autant plus que la compensation de la pénibilité ne concernera pas l'ensemble des travailleurs réellement exposés, en raison d'une délimitation stricte des facteurs de risques, de l'absence de prise en compte des effets de leur combinaison et du choix de seuils élevés.

De nombreuses études mettent en évidence de nouveaux enjeux en sécurité et santé au travail. Les transformations techniques et technologiques dans le monde du travail sont très importantes. Il s'agit notamment des nanotechnologies, des environnements virtuels, de la robotisation, etc. Toutefois, la CFTC a le sentiment que les connaissances sur les risques et les modalités de leur prévention ne se développent pas au même rythme.

Comme le soulignait en 2013 le Bureau International du Travail, la nature des maladies professionnelles change rapidement du fait des évolutions technologiques et sociales et cela aggrave des risques sanitaires déjà identifiés et en génère de nouveaux. Certaines maladies professionnelles se propagent, parmi lesquelles les troubles psychiques et les troubles musculo-squelettiques (TMS). Or, l'insuffisance de la reconnaissance sociale de ces maladies limite les coûts des risques professionnels générés par l'activité des entreprises et entraîne un coût supplémentaire pour l'assurance maladie de la sécurité sociale. Cette situation n'est pas favorable à la prévention et permet le développement d'organisations du travail néfastes pour la santé des travailleurs et ses liens familiaux et sociaux.

Si, depuis maintenant dix ans, le dialogue social, au niveau national et interprofessionnel, dans le champ de la santé au travail s'est développé (ANI de 2004 sur le stress au travail, ANI de 2010 sur les violences et le harcèlement au travail, négociation entre 2006 et 2008 sur la pénibilité au travail, ANI de 2013 vers une politique d'amélioration de la qualité de vie au travail et de l'égalité professionnelle), il ne semble pas se traduire par des accords dans les entreprises. La CFTC est signataire de tous les ANI qui ont été conclus et s'étonne que les directions des entreprises ne se saisissent pas de ce cadre élaboré par les partenaires sociaux pour engager loyalement des négociations. Lors du bilan annuel 2012 de la négociation collective, la CFTC a déploré que les thématiques de la santé au travail, de la prévention des risques psychosociaux, du bien-être au travail ou de la prévention du stress ne soient pas souvent abordées dans les négociations.

Le cadre élaboré par l'ANI précité de 2013 a pour but de développer l'amélioration des conditions de travail par la négociation collective, à condition de réaliser un diagnostic préalable afin de déterminer les enjeux

La contribution de la **CFTC**

propres à l'entreprise en matière de qualité du travail, de qualité de vie au travail et de conciliation des temps. Cependant, la CFTC remarque que, trop souvent, la prévention des risques psychosociaux ou la promotion de la qualité de vie au travail dans l'entreprise se limitent à des discours sur l'autonomie (latitude décisionnelle) et la polyvalence (employabilité) des salariés qui ne tiennent aucun compte de la réalité du travail et des contraintes organisationnelles toujours plus fortes (gestion par objectifs, organisation par projet, qualité totale). Une telle situation va dans le sens d'une plus grande individualisation de la relation de travail et d'une mise en concurrence des travailleurs. En définitive, cela est néfaste pour la santé en raison de l'accentuation de l'instabilité de l'emploi et de l'absence de soutien qui résulte de la déstructuration du collectif de travail.

La CFTC considère que le respect de la sécurité et de la santé au travail doit prioritairement être assuré par la mise en œuvre d'une prévention primaire dans l'entreprise, c'est-à-dire avec la volonté d'éviter l'exposition des travailleurs aux facteurs de risques professionnels. Cela suppose d'intégrer la prévention dès la conception des situations de travail conformément aux principes généraux de prévention. Trop souvent l'introduction d'innovations techniques ou l'évolution des organisations s'effectue sans évaluation préalable de l'impact sur les conditions de travail et la santé des travailleurs.

La prévention des risques professionnels consiste à prendre des mesures pour éviter les risques. Elle ne peut pas se limiter à l'information et à la formation des travailleurs. Elle ne peut pas non plus se limiter à la recherche d'une compensation de l'inaptitude. En ce sens, la prévention des risques professionnels se distingue d'une logique de gestion des risques d'accidents du travail et de maladies professionnelles qui consiste seulement à réduire la sinistralité ou les seuils d'exposition.

Or, il est évident que la prévention primaire n'est pas effective dans toutes les entreprises. Il suffit de constater qu'environ une entreprise sur quatre ne dispose pas d'une retranscription de l'évaluation préalable des risques professionnels, pour la raison qu'elles ne la font tout simplement pas. Cette situation d'ineffectivité d'un élément essentiel de la réglementation en sécurité et santé au travail interroge sur les moyens des acteurs de la prévention des risques professionnels et, en particulier, de ceux de l'Inspection du travail.

Par ailleurs, l'évaluation des risques professionnels permet aussi d'assurer la traçabilité des expositions dans le but d'aider à l'identification de l'origine professionnelle des maladies, d'assurer un suivi médical post-professionnel

La contribution de la **CFTC**

lorsque les travailleurs ont été exposés à des dangers à effets différés et, également, d'identifier les nouvelles pathologies professionnelles. Cette traçabilité devrait, de ce fait, être constituée comme un instrument de santé publique qui ne se limiterait évidemment pas à la mesure de la pénibilité. Cette traçabilité suppose la conservation des retranscriptions successives des résultats de l'évaluation des risques professionnels, y compris en cas de disparition de l'entreprise ou de son établissement. Or, dans la plupart des entreprises, le document unique d'évaluation des risques, lorsqu'il existe, n'est conservé que dans sa plus récente version, effaçant ainsi les traces des expositions passées.

La prévention des risques professionnels repose sur la participation des travailleurs et de leurs représentants. Il s'agit de favoriser un véritable débat sur le travail réel et non de se contenter d'évaluer le travail prescrit et de suivre des indicateurs de fréquence et de gravité des sinistres. Il s'agit aussi de développer la capacité des travailleurs à transformer les situations concrètes de travail. Pour cela, les directions des entreprises devront changer leur mode de gestion, basé sur la mesure de la réalisation d'objectifs, et participer à la résolution des problèmes rencontrés dans les situations réelles de travail. Toutefois, une telle approche est peu compatible avec la standardisation de la gestion de la sécurité et de la santé au travail dans le cadre d'une stratégie de la qualité totale.

Pour la CFTC, le rôle du CHSCT dans la démarche d'évaluation des risques professionnels, ainsi que dans la mesure de la pénibilité, mériterait une clarification. En outre, cette instance représentative du personnel gagnerait en légitimité face à l'employeur si les représentants qui y siègent étaient élus directement par les salariés.

Par ailleurs, la CFTC a porté la question de l'expression des travailleurs dans la négociation de l'ANI de 2013 relative à la politique d'amélioration de la qualité de vie au travail et de l'égalité professionnelle. Cet accord comporte des dispositions qui visent à encourager et à favoriser l'expression des salariés sur leur travail (article 12). Il s'agit de permettre, par accord collectif, la mise en place d'espaces de discussion sur le travail. Ces espaces de discussion s'organiseront sous la forme de groupes de travail entre salariés d'une entité homogène de production ou de réalisation d'un service. Ils peuvent s'organiser en présence d'un référent métier ou d'un facilitateur chargé d'animer le groupe et d'en restituer l'expression et comportent un temps en présence de leur hiérarchie. Cette expression des salariés, si elle est prise en compte dans les décisions de la direction sur l'organisation du travail, leur permettra ainsi de transformer leur situation de travail.



CONTRIBUTION DE LA CONFÉDÉRATION GÉNÉRALE DU TRAVAIL (CGT)

Cette année, la Direction Générale du Travail souhaite associer les organisations syndicales de travailleurs et patronales à la rédaction du *Bilan des conditions de travail*.

C'est une initiative que la CGT tient à saluer. Notre contribution portera sur les déterminants travail/santé de l'année 2013 et développera quelques propositions pour tendre à accélérer les transformations du champ du travail et de la santé...

Le 15 mai 2012, lors de la présentation du *Bilan des conditions de travail 2011*, nous étions dans un moment politique nouveau, symbolisé par le slogan "Le changement c'est maintenant". Nous nous interrogeons alors sur les pistes de réflexion et les actions nécessaires pour le traduire dans le domaine des conditions de travail.

Mais, hélas, ce n'est resté qu'un beau slogan qui à lui seul n'a pas fait une alternative politique. Car rien ou pas grand-chose n'est venu du côté gouvernemental pour remettre le travail et les enjeux de la santé au cœur des politiques depuis ce mois de mai 2012.

Aussi, à force de faire l'impasse sur l'activité du travail elle-même, de ne pas comprendre les transformations de sa nature et de sa structure, celles qui sont à l'œuvre et celles qui devraient l'être, de négliger le débat sur la qualité d'un travail bien fait et l'efficacité d'un travail utile, le monde du travail continue de s'épuiser, l'économie et le social souffrent, les inégalités et l'insécurité sociale progressent, le vivre ensemble se disloque.

Alors les interrogations d'hier restent toujours d'une brûlante actualité.

Est-il possible ou pas de faire un travail de qualité, un travail dans lequel on puisse se reconnaître et construire un monde meilleur pour soi et pour

La contribution de la **CGT**

les autres, où se développe, entre autres, une nouvelle dynamique industrielle économique et écologique, opérant la transition vers un nouveau type de développement respectant et préservant notre milieu de vie, économe en énergie et en matières premières ?

Est-il possible dans et par une politique globale du travail de reprendre le nécessaire débat sur la place et le rôle des institutions œuvrant dans les champs du travail et de la santé ?

Avec notamment l'avenir de la Sécurité sociale et de sa branche AT-MP qui a la vocation et la mission de tenir fermement les fils qui relient santé au travail et santé publique et retrouver cet esprit de conquête au service du monde du travail et de la promotion de la santé. Car l'avenir est à la réévaluation du travail, facteur de production éminemment renouvelable pour ne pas dire inépuisable et facteur de socialisation indispensable à toute conception du développement durable.

Est-il possible d'oser un dialogue social de qualité sur la qualité, sur la finalité du travail pour reprendre la main sur le travail ? Parce que le bien-être n'existe pas sans le bien faire.

Alors, le dialogue social en 2013 a été appelé comme solution suprême à tous les maux du mal travail.

Mais, le dialogue social ne s'est pourtant pas épanoui en 2013, pas plus que maintenant, car démocratie et droits de l'homme dans l'entreprise restent toujours un préalable à l'expression libre des salariés afin de construire à partir du "réel du travail", le dialogue nécessaire. Une entreprise définie comme un collectif dédié à l'innovation et au développement commun sur le long terme, fondée sur ses capacités à produire de nouvelles technologies et de nouveaux services, donc à créer en interaction avec la société, des mondes nouveaux. Non comme champ clos, privatif, au service d'une minorité.

En 2013, c'est la ténacité, la clairvoyance d'acteurs syndicaux, d'équipes d'institutions, de directions notamment de la DGT et de la Sécurité sociale, qui a permis de sortir les grands enjeux de "faire autrement" de l'incantation de la conférence sociale.

Ainsi, des avancées ont émergé quant aux nécessaires façons de travailler ensemble, dépassant les querelles de territoires et de pouvoirs, distançant la tentation du *statu quo*, comme celle de l'affichage de principe sans contenu, sans lendemain, tout en remplaçant le COCT comme lien pertinent pour donner sens à cette politique du travail au service du monde du travail.

La contribution de la **CGT**

Encore faut-il que les moyens de la démocratie sociale existent dans ces institutions représentatives nationales pour faire vivre l'ambition politique. Or, le constat est plutôt désolant avec des commissions du COCT qui, d'une manière générale, se réunissent très peu, voire pas du tout, alors que les sujets ne manquent pas. Notamment, des sujets sociaux impactant les entreprises, les salariés, comme la normalisation sans pour autant qu'il y ait eu un débat social sur sa place, son rôle, son fonctionnement. Se posent toujours les questions du financement de la participation des représentants de salariés.

2013 est restée dominée par les difficultés rencontrées dans la mise en œuvre de la réforme des services de santé au travail avec un front du refus au changement, notamment dans la gouvernance.

Avec la réduction des moyens des institutions, couplée à l'augmentation des tâches, de réelles difficultés se sont accumulées pour celles et ceux qui au quotidien, tentent de bien faire leur travail. Ce qui a généré tensions et désengagement.

L'autre déterminant de 2013 reste la poursuite de la négociation QVT engagée le 21 septembre 2012 et sa conclusion.

Les enjeux du travail, de sa qualité, de son sens et de son organisation étaient et restent au cœur de l'actualité avec la médiatisation de la souffrance au travail et des conséquences du "mal travail". La montée du désengagement des salariés pour se sauver d'un travail "ni fait ni à faire" percute les questions de qualité et d'efficacité. Le patronat en proie à cette réalité s'est retrouvé contraint d'ouvrir cette négociation vite interrompue pendant 3 mois pour favoriser l'ANI du 11 janvier 2013, malgré nos interventions et propositions de tenir les deux négociations en parallèle. La bataille de l'emploi ne peut se gagner dans le sacrifice du travail. Nous n'avons pas été entendus.

La CGT a porté dès le début l'enjeu du travail comme déterminant de santé et d'efficience pour le monde du travail à condition de le reconnaître et de le transformer. Car cette négociation avait le grand mérite de sortir le travail de l'idée de souffrance "inélucltable" pour enfin l'aborder comme enjeu de progrès social et économique, source de possible transformation du travail.

Ainsi, transformer le travail, s'est permettre aux salariés de s'exprimer sur son organisation, son sens, son contenu. C'est porter l'urgence du changement vis-à-vis de la place faite aux femmes dans le travail (80 % des

La contribution de la **CGT**

temps partiel, précarité...) et la manière dont elles sont traitées (27 % de rémunérations en moins, non reconnaissance des qualifications des métiers très féminisés...). L'égalité professionnelle est donc un enjeu déterminant de cette transformation du travail.

Nous avons donc porté 5 enjeux essentiels :

- rendre effectif l'accord du 1^{er} mars 2004 sur l'égalité professionnelle et les lois notamment celle de 2006 ;
- l'organisation du travail qui doit être aussi l'affaire des salariés ;
- le droit d'expression de ses derniers sur la qualité de leur travail ;
- la nécessité d'obtenir un droit de négociation sur la qualité du travail ;
- l'évolution des CHSCT comme outil pour changer le travail et au service de tous (aujourd'hui 2/3 des salariés n'ont pas de CHSCT).

À l'issue de cette négociation conduite avec esprit de responsabilité par tous, l'acceptation par le patronat de voir l'organisation du travail interrogée, négociée pour d'éventuelles transformations, la confédération n'a pas signé le texte conclusif. Cet accord n'étant pas normatif, limité à 3 ans, l'effectivité ne sera pas au rendez-vous.

Toujours en 2013, s'est vérifiée l'impérieuse nécessité de la prise en compte de la réalité des situations de travail des agents de la fonction publique. Il n'est plus tenable de laisser dans l'invisibilité 5 millions de travailleurs. De plus cette indigence de l'État nuit dans le débat sur la responsabilité et l'exemplarité demandée à tous les acteurs : celui qui exige ne s'applique à lui-même ce qu'il impose à d'autres.

Enfin, l'enquête nationale sur les conditions de travail réalisée par la DARES en 2013 fait à merveille le lien entre passé, présent et avenir en démontrant que l'intensification des rythmes de travail s'est accélérée et avec elle, les pressions qui pèsent sur les salariés. Toutes les entreprises sont touchées, publiques comme privées, toutes les catégories de salariés sont affectées et les différences entre les catégories s'atténuent.

Les rescapés de la crise de 2008, ceux qui n'ont pas rejoint la case chômage, subissent de plein fouet l'intensification liée aux restructurations permanentes et accélérées. Cette crise a également amplifié la précarité et la fragilité de l'emploi. L'insécurité sociale reste comme en 2013 une dominante du travail d'aujourd'hui et cela pèse sur son efficacité.

Le problème, reste que cette non prise en compte pèse sur la santé au travail des salariés mais aussi sur l'efficacité même de l'entreprise. Le 17 juillet dernier, le journal *"Le Figaro"* témoignait du rappel de plus de

La contribution de la **CGT**

28 millions de voitures General Motors depuis le début de l'année 2014 pour "malfaçon" pour un coût de 2,5 milliards.

Pour la CGT, il y a donc 2 défis à relever :

1. Le travail comme déterminant dans les prises de décisions jusqu'au plus haut niveau dans les entreprises publiques comme privées :

C'était une des recommandations du rapport *"Bien-être et efficacité au travail"*, de même que la prise de conscience du gâchis humain et financier lié au mal travail. Ce qui nous amène à porter l'urgence du renversement en passant d'une politique trop exclusivement réparatrice qui, de fait, banalise et nourrit la dégradation des conditions de travail, à une politique de prévention, d'éducation, de promotion de la santé *via* le travail.

2. La démocratie au travail, dans l'entreprise :

Une avancée sociale qui s'organise autour du droit d'expression des salariés et des droits nouveaux pour les syndiqués et les IRP et une redéfinition de la place et rôle du CHSCT avec son extension à tous les travailleurs. La prochaine négociation sur les conditions du dialogue social devrait concrétiser cette avancée du droit de tous pour tous.



CONTRIBUTION DE LA Cgt-FORCE OUVRIÈRE

Pour FORCE OUVRIÈRE, l'amélioration des conditions de travail a des répercussions dans la sphère professionnelle comme dans la vie privée. C'est donc un sujet primordial puisqu'il impacte l'homme et la femme, non seulement en leur qualité de travailleurs, mais aussi en leur qualité de citoyens.

En effet, nous ne pouvons nier les conséquences néfastes que peuvent avoir de mauvaises conditions de travail sur la santé physique et mentale de tout un chacun ; de même qu'il nous est aujourd'hui possible d'affirmer qu'une amélioration des conditions de travail et un solide collectif de travail participent à un mieux-être général, ou tout du moins, à la guérison plus rapide de la maladie, qu'elle soit professionnelle ou non.

Les interlocuteurs sociaux se sont donc engagés très tôt dans la recherche d'une bonne santé au travail, avec des notions telles que l'hygiène, la sécurité, le repos, les risques professionnels, la prévention...

Dans ces domaines, les évolutions majeures, non seulement législatives (nationales et européennes) mais aussi techniques, ont permis d'épargner des vies, de sécuriser des postes, d'anticiper les accidents, ou encore d'améliorer les techniques de production afin que les travailleurs soient protégés et préservés de conditions de travail difficiles voire inhumaines.

Toutefois, si les améliorations sont nettes et indiscutables, FORCE OUVRIÈRE tient à soulever le problème de financement qui se pose avec le projet d'exonérer les entreprises des cotisations AT-MP sur les "bas salaires". Le fameux dispositif "zéro charges" pour 2015 imposera-t-il aux citoyens le financement d'un AT-MP qui aurait dû relever de l'unique responsabilité de l'employeur ?

Cette déresponsabilisation du patronat conjuguée, à terme, à un affaiblissement des montants normalement dévolus à la branche AT-MP (les

La contribution de la **Cgt-FO**

compensations pourtant décidées par les gouvernements successifs peuvent ne pas être pérennes et ce sont les lois de finances et de financement de la sécurité sociale qui en décident année après année) aura des conséquences directes sur la prévention des risques professionnels.

Aussi, quand bien même le bilan des conditions de travail 2013 se révélerait positif, nous ne devons pas occulter ces données plus récentes. Données qui nous laissent craindre un affaiblissement certain de la politique de prévention des risques professionnels dans les prochaines années, et ce, alors qu'elle est indispensable pour l'amélioration des conditions de travail.

Alors que la vie professionnelle s'allonge et que nous devons donc faire face à une augmentation des suspensions du contrat de travail pour cause de maladie (chronique, professionnelle, extra-professionnelle) ou d'accident (risque cardio-vasculaire, accidents du travail...), il est indispensable de mener une politique ambitieuse en matière de prévention des risques et de pénibilité.

Le maintien dans l'emploi et la prévention de la désinsertion professionnelle doivent rester des priorités pour les prochaines années à venir.

Pour ce faire, c'est-à-dire pour renforcer cette prévention, détecter les risques émergents, faire le lien entre les employeurs, les salariés et leurs représentants (CHSCT et DP), FORCE OUVRIÈRE souhaiterait revenir sur **la réforme de la médecine du travail**.

Nous ne pouvons dresser un bilan des conditions de travail sans interroger les médecins du travail qui œuvrent quotidiennement sur le terrain et qui sont en relation directe avec les travailleurs.

En effet, les statistiques en matière de santé au travail ne peuvent totalement refléter une réalité complexe (nous en voulons pour preuve la diminution du nombre de maladies professionnelles due à la modification du Tableau 57 qui durcit les conditions de reconnaissance de pathologies professionnelles liées à l'épaule).

Or, nous avons assez de recul aujourd'hui pour affirmer que la réforme issue de la loi du 20 juillet 2011 (et des décrets d'application de janvier 2012) peine à atteindre les résultats escomptés et ne règle aucunement le problème de démographie médicale qui avait été la cause première de l'ouverture des négociations en 2009.

Il faut que la gouvernance des services de santé au travail (SST) se fasse en toute transparence ; c'est à cette condition uniquement que l'action des

La contribution de la **Cgt-FO**

SST sera pleinement efficace et qu'il se créera un réel réseau sur l'ensemble du territoire.

Les médecins du travail ne sont pas assez nombreux et leur indépendance est souvent menacée. Les salariés eux-mêmes ont donc souvent peur de leur faire part d'une maladie professionnelle, d'un accident du travail ou de mauvaises conditions de travail. La situation n'évoluant pas, les travailleurs sont les premières victimes d'un manque de visites, d'informations et d'accompagnement dans leurs démarches éventuelles de reconnaissance d'AT-MP.

Toute fragilisation de la médecine du travail représente une fragilisation de la santé des travailleurs. À cette occasion, FORCE OUVRIÈRE tient à dénoncer fermement les manœuvres intimidantes des entreprises qui consistent à porter les décisions et constats de certains médecins du travail devant le Conseil de l'Ordre des Médecins.

Ces "dénonciations" naissent généralement lorsque le médecin du travail établit un lien entre les conditions de travail et la détérioration de la santé mentale des travailleurs.

Au travers de cet exemple, nous le voyons bien, la question des **risques psychosociaux** (RPS) reste sensible et loin d'être réglée.

Si l'accord national interprofessionnel relatif à l'amélioration de la Qualité de Vie au Travail et à l'égalité professionnelle du 19 juin 2013 (non signé par FORCE OUVRIÈRE) a tenté de répondre à cette problématique, nous pensons que les propositions déployées par l'accord sont bien trop insuffisantes et manquent de pertinence face à l'ampleur du phénomène.

Pour FORCE OUVRIÈRE, il faut aborder la prévention des RPS sous l'angle de l'impact des modes d'organisation du travail.

L'organisation du travail dépend du pouvoir de l'employeur. Or, nous le savons, le mode d'organisation choisi, de même que le mode de management mis en œuvre entraînent des conséquences directes sur les conditions de travail et donc, sur la santé physique et mentale des salariés.

En la matière, les ANI relatifs au "Stress au travail" (2 juillet 2008) et au "Harcèlement et violence au travail" (26 mars 2010) avaient déjà jeté les bases de la problématique en abordant les aspects organisationnels du travail.

Il faudrait que les branches professionnelles s'emparent de la question des RPS et des modes nocifs d'organisation du travail qui conduisent tant à des maux physiques et mentaux des salariés qu'à des pertes financières

La contribution de la **Cgt-FO**

pour les entreprises et pour le pays (selon l'OIT, les mauvaises pratiques de sécurité et santé au travail représentent, tous les ans, 4 % du PIB).

Les travailleurs, victimes d'organisations et de managements toxiques peuvent développer nombre de pathologies en lien avec le travail : TMS, dépressions, *burn-out* ou épuisement, maladies cardio-vasculaires...

Dans ce domaine de prévention, il est donc urgent d'agir. Par exemple, les études récentes sur la *lean production* prouvent que cette dernière produit des effets dévastateurs en matière de conditions de travail et donc de santé au travail.

Les RPS représentent donc un enjeu majeur de prévention.

Par conséquent, l'allongement de la vie professionnelle et le recul de l'âge de départ à la retraite ne pourront pas être possibles si les conditions de travail ne s'améliorent pas.

Le **dispositif de prise en compte de la pénibilité au travail** doit renforcer la prévention des risques professionnels en même temps qu'il doit octroyer aux travailleurs une compensation à la hauteur de leur exposition aux facteurs de pénibilité.

La loi n° 2014-40 du 20 janvier 2014 "garantissant l'avenir et la justice du système de retraites" prévoit les grandes lignes de la prise en compte de la pénibilité (compte personnel de prévention de la pénibilité, alimentation du compte en nombre de points...) tandis que des projets de décrets d'application sont venus apporter des précisions.

Pour l'heure, FORCE OUVRIÈRE estime que la philosophie du système marque indéniablement une avancée pour les droits des travailleurs. En effet, le dispositif reconnaît un lien entre l'exposition aux risques professionnels et de nouvelles prérogatives pour les salariés (et ce, sans aller jusqu'à exiger la reconnaissance d'une maladie professionnelle, comme c'était le cas auparavant).

Toutefois, ne pas prendre en compte les RPS ou troubles psychiques affaiblit considérablement le dispositif. Pour notre syndicat, exclure de la pénibilité les RPS revient à nier la souffrance et le mal-être des salariés aujourd'hui en France.

Tel qu'il est conçu aujourd'hui et détaillé par les décrets, le dispositif ne permet pas de remédier à l'injustice des conditions de travail ; les salariés usés et dont la santé a été dégradée directement par le travail ne jouiront pas d'une retraite décente ; le dispositif est donc insuffisant.

La contribution de la **Cgt-FO**

Pour ce qui est de la prévention des risques professionnels, FORCE OUVRIÈRE salue un système cohérent et incitatif. Pour autant, nous estimons que la fixation de seuils trop contraignants affaiblit nettement le système.

Pour FORCE OUVRIÈRE, ce dispositif ne doit donc être qu'une étape vers une réelle prise en compte de la pénibilité qui induira donc une amélioration des conditions de travail.

L'occasion qui nous est aujourd'hui donnée d'exprimer notre opinion nous permet ici de saluer le travail réalisé par l'ensemble des acteurs qui œuvrent pour la prévention des risques professionnels et pour l'amélioration des conditions de travail. La CATMP, les IRP (notamment les CHSCT), l'INRS, Eurogip, l'ANACT, les Carsat, les CTN et CTR, le COCT, les SST ; chaque interlocuteur permet une prise de conscience de la nécessité d'une amélioration des conditions de travail et d'un renforcement de la lutte contre les risques professionnels.

Si le chemin est long et fastidieux, il ne doit pas occulter les progrès qui ont été réalisés en matière de prévention des risques professionnels ces dernières années.

Notre système national global, cohérent et qui assure un niveau élevé de protection des travailleurs en matière d'hygiène et de sécurité des conditions de travail doit perdurer et se renforcer.

FORCE OUVRIÈRE se montrera donc particulièrement vigilante quant à l'adoption de la norme "management des systèmes de santé/sécurité" à laquelle la France s'est opposée.

Cette norme desservira la prévention des risques professionnels et ses effets pourraient aller à l'encontre même des principes généraux de prévention tels que le Code du travail les prévoient. Ainsi, Eurogip, l'INRS et la KAN se sont dits *"préoccupés par le fait que la norme ISO n'offrirait pas de valeur ajoutée tout en entraînant une pression plus forte pour la certification... Cela affecterait avant tout, les petites et moyennes entreprises qui devraient être certifiées pour obtenir des commandes en tant que sous-traitants..."* (Déclaration commune sur la politique de normalisation en santé et sécurité au travail – Bonn du 25 mars 2014).

En conclusion, FORCE OUVRIÈRE tient à préciser que les conditions de travail et l'organisation même du travail doivent connaître une nette amélioration ; non seulement pour le bien-être physique et mental des travailleurs mais aussi parce que cette amélioration aura des effets vertueux sur l'entreprise.

La contribution de la **Cgt-FO**

Les thèmes développés ici sont d'une actualité criante mais ils ne sauraient, bien entendu, laisser de côté des pans entiers du domaine de la santé au travail tels que l'amiante, les TMS, les risques chimiques, les poly-expositions et leurs conséquences, les nanomatériaux, les allergies...

Chaque risque professionnel menace le travailleur, non seulement dans sa santé mais aussi dans le maintien de son poste de travail.

Il faut donc que chaque entreprise s'interroge sur les conditions de travail qu'elle impose à ses salariés : l'organisation de sa production ne doit pas induire, à moyen ou long terme, de licenciements pour inaptitude et donc d'éloignement du marché du travail.

Pour conclure, nous pouvons dire que l'espérance de vie augmente et que c'est une bonne nouvelle. Mais nous pouvons lui préférer un indicateur plus précis qui est l'espérance de vie en bonne santé. Pour l'INSEE, l'espérance de vie "en bonne santé" correspond à la vie sans limitation d'activité ou sans incapacité majeure liée à des maladies chroniques, aux séquelles d'affections aiguës ou de traumatismes.

L'enjeu de ces prochaines années est d'améliorer l'espérance de vie en bonne santé des salariés et pour ce faire, il est impératif d'améliorer leurs conditions de travail.

LES ORGANISATIONS PATRONALES

- CGPME
- FNSEA
- MEDEF
- UNAPL
- UPA



CONTRIBUTION DE LA CONFÉDÉRATION GÉNÉRALE DES PETITES ET MOYENNES ENTREPRISES (CGPME)

La CGPME ne souhaite pas joindre au Bilan annuel des conditions de travail qui demeure, en l'état actuel, un exercice lié aux prérogatives de l'État, d'autre contribution que celle d'une participation régulière et active aux instances de concertation du Conseil d'Orientation des Conditions de travail et dans la gouvernance des organismes paritaires de prévention des risques professionnels.



CONTRIBUTION DE LA FÉDÉRATION NATIONALE DES SYNDICATS D'EXPLOITANTS AGRICOLES (FNSEA)

Fidèle à ses principes, la FNSEA considère que le dialogue social est un vecteur essentiel pour l'amélioration des conditions de travail dans les exploitations et entreprises agricoles. De nombreux accords agricoles ont été ainsi conclus permettant la mise en place en agriculture de dispositifs relatifs à la santé et à la sécurité au travail prenant en compte les spécificités des secteurs professionnels agricoles. Pour ne citer que les plus importants : accord national sur les Commissions Paritaires d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail (CPHSCT), accord national sur la médecine du travail et la santé au travail en agriculture, accord national sur les conditions du travail en agriculture, accord national sur la pénibilité.

L'accord national sur la pénibilité a été signé en 2012. L'année 2013 a permis sa mise en œuvre.

Un document relatif à la prévention sur lequel l'employeur peut s'appuyer lors de l'embauche de salariés ou d'un changement d'emploi pour informer des éventuels risques pour la santé et des moyens de les supprimer ou tout au moins de les réduire, a été ainsi adressé aux 150 000 entreprises de la production agricole.

De même, comme ils s'y étaient engagés, les partenaires sociaux ont d'une part négocié de nouvelles conventions d'objectifs de prévention (signé pour le secteur de l'horticulture et des pépinières et en cours d'élaboration pour celui du secteur des cultures fruitières) et d'autre part développé le dispositif spécifique agricole des aides financières simplifiées (plus de 600 aides ont été conclues).

Les partenaires sociaux agricoles se sont dotés depuis quelques années d'une instance paritaire dédiée à l'amélioration des conditions de travail en agriculture, la CPNACTA. Parmi les différentes missions qui lui ont été

La contribution de la **FNSEA**

dévolues, la CPNACTA a notamment en charge de relancer les CPHSCT. Dans l'accord de 2012, les partenaires sociaux agricoles se sont engagés à ce qu'au moins la moitié du territoire soit dotée de CPHSCT. En 2013, c'est déjà chose faite avec 7 CPHSCT régionales et près de 50 CPHSCT départementales. La CPNACTA a également édité un guide d'aide à la mise en place d'une CPHSCT (siège, secrétariat, désignation président/secrétaire, contenu des premières réunions, financement des actions). Elle envisage d'organiser une journée afin d'amener les membres de ces instances à échanger sur les différentes actions déjà menées et à prendre conscience du rôle que les CPHSCT peuvent jouer auprès des employeurs et des salariés. En effet, pour les partenaires sociaux agricoles, les CPHSCT sont un vecteur essentiel de la prévention de la santé des salariés dans les entreprises.

C'est également *via* la formation professionnelle que les partenaires sociaux ont prévu d'agir sur l'amélioration des conditions de travail et la prévention des risques dans l'accord 2012. Considérant que la réduction des risques pour la santé et la sécurité des salariés passe par l'acquisition de gestes professionnels intégrant des notions de sécurité dans l'apprentissage du métier, ils ont entamé des réflexions simultanément au sein de la CPNE et de l'OPCA pour que, à terme, seules les formations comportant un volet prévention adapté, soient prises en charge financièrement.

Si au cours de l'année 2013 aucune nouvelle négociation à proprement parler, ne s'est ouverte en agriculture sur les conditions de travail, l'actualité a quand même donné lieu à de nombreux positionnements de la FNSEA.

LA PÉNIBILITÉ

La prise en compte de la pénibilité dans une vie professionnelle est un sujet auquel la FNSEA est sensible, mais la mise en place d'un compte pénibilité ne peut que poser des problèmes.

La FNSEA dénonce :

- La complexité de mise en œuvre pour les petites entreprises qui ne disposent pas des moyens administratifs, techniques et humains pour réaliser les formalités envisagées ;
- Le risque juridique *a posteriori* encouru par les employeurs dans la mesure où le salarié peut contester le contenu ou l'absence de fiches ;
- La charge financière supplémentaire pour les entreprises qui ne pourra que progresser à long terme alors que le contexte économique est très défavorable.

La contribution de la **FNSEA**

Les concertations menées dès 2013, si elles sont satisfaisantes dans leur principe, demandent à être retravaillées dans le fond.

LES PESTICIDES

La Commission supérieure des maladies professionnelles agricoles (COSMAP) a travaillé en 2013 sur la création d'un tableau de maladie professionnelle sur les lymphomes malins non hodgkiniens et l'exposition aux pesticides, ce qui pose à la FNSEA un problème.

En effet, elle considère que dans le cadre de l'utilisation des pesticides la responsabilité doit être partagée. Les exploitants agricoles ont utilisé les pesticides, aujourd'hui incriminés, en toute légitimité avec l'aval de l'État et sur les conseils des fabricants. Par conséquent, l'État comme les fabricants doivent assumer également leur part de responsabilité y compris en matière de financement de la réparation.

La création d'un tel tableau, outre les incertitudes scientifiques qui seraient à lever, rendrait très hypothétique la mise en place d'une véritable réflexion sur ces coresponsabilités puisque alors, seules les cotisations des employeurs assureraient l'indemnisation.

LA GOUVERNANCE DE LA POLITIQUE SANTÉ AU TRAVAIL

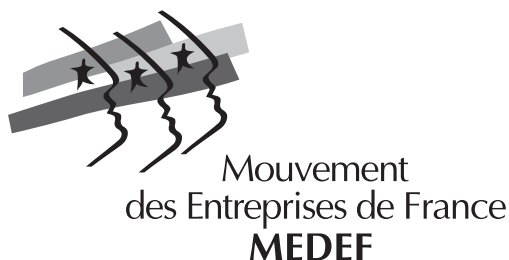
Sollicitée dans le cadre du groupe de travail COCT mis en place à la suite de la Grande Conférence sociale de 2013, la FNSEA a pu affirmer que le maintien d'un groupe permanent dans lequel les partenaires sociaux et l'État peuvent débattre des conditions de travail est un préalable indispensable à la détermination de la politique de santé. Cependant, l'État doit demeurer décisionnaire et donc assumer la responsabilité de ses décisions.

La FNSEA a rappelé les priorités qu'elle souhaite voir figurer dans le prochain plan santé. Les thèmes de la pénibilité et de la normalisation des règles sont incontournables. Un effort doit également être fait sur la réglementation. Les lourdeurs administratives et la multiplication des contraintes subies par les employeurs dans le cadre de la santé et de la sécurité au travail ne sont plus admissibles et sont contreproductives. La MSA doit être systématiquement associée à l'ensemble des débats. Les priorités ainsi dégagées doivent être déclinables et déclinées dans les plans régionaux, évaluées financièrement et mesurables dans leur objectif.

La contribution de la **FNSEA**

À ce titre, la FNSEA sera donc particulièrement vigilante lors de l'adoption définitive du 3^{ème} plan à pouvoir retrouver ses attentes.

L'attention portée à la santé et à la sécurité des salariés au travail répond à une évolution de la société à laquelle la FNSEA adhère totalement. Cependant les nombreux dossiers initiés en 2013 demandent une vigilance particulière pour que l'objectif louable d'amélioration des conditions de travail ne devienne source uniquement de contraintes et sanctions pour l'employeur. Seuls l'effort et l'implication conjugués de l'ensemble des acteurs permettront d'avancer dans le bon sens.



CONTRIBUTION DU MOUVEMENT DES ENTREPRISES DE FRANCE (MEDEF)

LA SANTÉ AU TRAVAIL ET LES CONDITIONS DE TRAVAIL COMME ÉLÉMENT ESSENTIEL DE LA VIE DES ENTREPRISES

La prévention des risques professionnels est une priorité des entreprises pour des raisons humaines évidentes. L'amélioration des conditions de travail est aussi un élément clé de la compétitivité économique des entreprises qui en sont conscientes et assument pleinement la responsabilité qui est la leur. Par ailleurs, dans un contexte socio-économique aux exigences croissantes et en mutation, la performance des entreprises est de plus en plus liée à la qualité du travail.

Il faut poursuivre les actions et promouvoir une approche positive du travail autour des notions de qualité du travail, sens du travail, engagement des salariés à travers des lieux ou moments de concertation dans l'entreprise. Pour autant, si les entreprises sont un lieu de vie, elles ne peuvent pas assumer l'ensemble de la politique de santé publique. Nous pouvons tout à fait nous réjouir des initiatives qui ont pu être menées par les entreprises ces dernières années en matière de santé globale et les porter comme des exemples à suivre. Mais il est difficile et même juridiquement impossible d'aller plus loin et de leur attribuer une responsabilité dans ce domaine. En clair, nous revendiquons la responsabilité de l'entreprise sur la santé au travail dans ses aspects spécifiques et donc refusons le transfert vers l'entreprise de la responsabilité des pouvoirs publics et des personnes en matière de santé publique.

Les acteurs de la prévention des risques professionnels, y compris la branche accidents du travail et maladies professionnelles de la CNAMTS, participent activement à la politique d'amélioration des conditions de

La contribution du **MEDEF**

travail. Les statistiques officielles (site : www.risquesprofessionnels.ameli.fr) montrent bien la réalité de l'engagement des entreprises pour la prévention des risques professionnels et l'amélioration des conditions de travail des salariés alors que le *Bilan des conditions de travail* montre que le secteur public n'en fait pas autant.

Il convient de soutenir les entreprises et non les décourager en multipliant les obligations, les contraintes administratives inutiles, les cotisations multiples qui pèsent sur elles et donc sur leur compétitivité.

UNE FORTE MOBILISATION DU **MEDEF**, DES BRANCHES PROFESSIONNELLES ET DES ENTREPRISES EN 2013

Le MEDEF s'est fortement mobilisé en 2013 pour contribuer à cette évolution positive et souhaite souligner les évolutions suivantes :

- la **signature de l'ANI du 19 juin 2013** relatif à la qualité de vie au travail qui pose la qualité de vie au travail comme un des éléments importants de la compétitivité des entreprises ;
- la **signature de la Convention d'objectifs et de gestion 2014-2017** de la branche accidents du travail et maladies professionnelles qui doit permettre de *"poursuivre les efforts d'organisation de la Branche, en mettant l'accent sur la priorisation des actions de prévention, la sécurisation des processus et le développement des partenariats avec les autres acteurs de la prévention"*. Un travail important des CTN doit être également souligné avec un dialogue social important entre les organisations employeurs et les organisations syndicales de salariés ;
- la **mise en œuvre de la contractualisation** (contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens) prévue par la dernière réforme de la médecine du travail, visant à accroître la cohérence des actions menées par les différents acteurs institutionnels de la prévention.

Cette nouvelle politique de prévention en santé au travail doit ouvrir la voie, au travers d'une évaluation périodique des résultats, à une amélioration continue de l'efficacité des actions menées. Mais cette évolution ne pourra pas se faire sans les représentants des employeurs et des salariés qui vont être amenés à jouer un rôle clé au sein des caisses de Sécurité sociale et de la commission restreinte du comité régional de prévention des risques professionnels.

La contribution du MEDEF

Nos représentants doivent pouvoir porter l'expression des besoins des entreprises pour prévenir les risques professionnels et assurer la santé des salariés par exemple par :

- les **travaux qui sont menés dans les différents organismes tels que l'INRS, l'Anses, l'ANACT**, etc. qui doivent permettre d'améliorer les connaissances sur certains risques, d'anticiper les politiques de prévention à mettre en place et de relayer des informations fiables auprès des entreprises ;
- la **mise en place du groupe de travail sur la gouvernance de la santé au travail**. Le MEDEF a également réaffirmé, dans le cadre du groupe de travail tripartite sur la gouvernance en santé au travail, son souhait de poursuivre son investissement, auprès de l'État, dans le cadre des travaux menés par le Conseil d'orientation des conditions de travail. En outre ce COCT évoluera prochainement pour légitimer davantage le rôle des partenaires sociaux dans le champ de la santé au travail.

Le MEDEF a également rappelé son attachement et sa légitimité dans ce domaine prioritaire : il a confirmé dans le cadre de la commission de suivi de l'accord du 13 septembre 2000 sur la santé au travail son intérêt de maintenir un lieu de dialogue paritaire sur les orientations politiques régionales et interprofessionnelles en matière de santé au travail.

VERS UNE NÉCESSAIRE SIMPLIFICATION ET UNE NÉCESSAIRE PERFORMANCE DE LA RÉGLEMENTATION

Aujourd'hui, nos réflexions doivent être mises en perspective avec les réformes en cours ou annoncées :

- la **loi retraite et la création du compte personnel de prévention de la pénibilité**. Cette réforme constitue un choc de complexité pour les entreprises. Et ce dispositif est porteur d'un signal très négatif pour la prévention et source d'une grande insécurité juridique pour les entreprises ;
- le **besoin de simplification et de performance de la réglementation**. Dans l'esprit du choc de simplification voulu par le Président de la République, et sans remettre en cause la nécessité d'une prévention efficace, il faut faire en sorte que la réglementation prenne en compte la réalité des entreprises. La simplification et la lisibilité sont les garants d'une application effective de la réglementation dans les entreprises dont l'efficacité se traduit par sa capacité à transformer positivement la réalité,

La contribution du **MEDEF**

sans déstabiliser les entreprises, et en s'intégrant dans les règles de l'art de la profession ;

- la **normalisation dans le domaine du management en santé et sécurité au travail**. Cette normalisation intervient de plus en plus dans le champ du social, ce que nous regrettons vivement. C'était le cas, par exemple, du projet de norme sur la qualité de vie au travail.



CONTRIBUTION DE L'UNION NATIONALE DES PROFESSIONS LIBÉRALES (UNAPL)

Pour le secteur d'activités des professions libérales deux sujets relatifs aux conditions de travail ont dominé l'année 2013 :

- Les travaux du groupe de gouvernance des politiques de santé au travail sous la présidence de M. Boulanger assisté de M. Lenoir.
- L'arrivée prochaine du compte personnel de prévention de la pénibilité (C3P).

Le COCT est une structure de création relativement récente. Il est compréhensible que son fonctionnement soit remis en cause, pour l'améliorer. Car, c'est bien à son niveau que doivent être enregistrées les positions des partenaires sociaux, face à des textes législatifs et réglementaires qui vont influencer sur les conditions de travail.

Mais ce n'est pas parce que le COCT est un organisme national, que doit être oubliée, ou négligée, l'importance des CRPRP (Comités Régionaux de Prévention des Risques Professionnels) plus proches des réalités de terrain et de leurs aspects spécifiques. Nous espérons que, à la suite de la réforme qui se profile, l'UNAPL ne soit pas oubliée dans la composition des CRPRP.

De toute façon, la multiplicité des organismes traitant des conditions de travail et de risques professionnels, nécessite, selon nous, un lieu de convergence et de débat. En ce lieu, il y aura confrontation d'idées, d'expériences, de pratiques qui ne peuvent qu'enrichir la prise de position commune.

Il nous semble nécessaire d'aboutir à une position aussi consensuelle que possible, même si elle n'est pas unanime, pour indiquer la voie vers les meilleures pratiques.

Nous attendons beaucoup de la réforme du COCT pour plus d'efficacité. En ce sens, nous espérons que les pouvoirs publics s'inspireront

La contribution de l'**UNAPL**

fortement des propositions du groupe de gouvernance, tant sur les deux commissions principales (Comité Permanent et Commission Générale) que sur les commissions spécialisées (champ, composition, compte rendus des travaux...) et sur le programme général de travail.

Il nous paraîtrait dommageable que les pistes dégagées ne soient pas reprises, au moins en grande majorité, car elles correspondent à un travail de fond prenant en compte les problématiques et même les divergences, pour arriver à une cohérence de groupe certaine.

L'arrivée prochaine du C3P a mobilisé les énergies, mais de manière plutôt négative. Les professions libérales étant des TPE (3,8 salariés en moyenne) et n'étant pas un secteur accidentogène reconnu, cette perspective de lourdeur administrative, d'aggravation des charges des entreprises, de difficulté pour isoler les pénibilités (branche par branche et métier par métier) ne pouvait qu'être mal acceptée.

La liste interprofessionnelle, proposée plus tard, ne couvrant que fort peu et mal les risques encourus par nos salariés, n'a pas arrangé la compréhension de la nécessité de se conformer à la loi.

D'autant qu'il n'est pas évident de trouver une logique certaine reliant retraite et pénibilité. Si tant est que celle-ci devait être marquée – et tout un chacun sait reconnaître des emplois plus pénibles que d'autres – d'autres champs de pratique auraient pu être trouvés.

Dans la vie professionnelle il n'est pas rare – et ceci tout particulièrement dans les professions libérales – que des personnes changent plusieurs fois de statut. Ainsi peuvent elles passer du salariat au travail indépendant, ou inversement, en fonction des époques de leurs parcours professionnel ou des avatars de la vie. Que la pénibilité ne soit reconnue que pour les salariés est vécu comme une injustice.

Cela formulé, nous attendrons que passée l'émotion ainsi soulevée, les pratiques de prévention mises en place par les branches reprennent le dessus. Là, les personnes chargées de la prévention feront remonter le recul prévisible de ces bonnes pratiques dans les entreprises. La prévention mise en échec par la taxation, nous ne pouvons qu'espérer que cela ne soit que momentané.

Nous terminerons ces lignes par une note d'espoir. Il nous semble possible, à partir de ce que nous voyons transsuder de la future loi de Santé, qu'un certain nombre de pistes, que l'UNAPL avance depuis des années, puissent voir le jour. Prévenir plutôt que guérir pour améliorer les

La contribution de l'**UNAPL**

comptes de l'assurance-maladie. Créer une liaison entre la Santé au travail et la Santé publique, l'une et l'autre ne pouvant rester cloisonnées. Améliorer la connaissance des questions de santé au travail par les médecins de ville.



CONTRIBUTION DE L'UNION PROFESSIONNELLE ARTISANALE (UPA)

L'UPA est sensible à la démarche initiée par les services de la Direction Générale du Travail, visant à enrichir le bilan annuel réalisé par l'administration du point de vue des partenaires sociaux, d'un chapitre relatif aux conditions de travail, à l'instar de notre collaboration au bilan annuel de la négociation collective.

S'il s'agit bien d'un premier recensement sur ce sujet, il est important de rappeler que les conditions de travail, c'est-à-dire, la connaissance des facteurs physiques, sociaux et administratifs sont des **préoccupations anciennes et quotidiennes des entreprises de l'Artisanat et du Commerce de proximité.**

L'UPA et les branches professionnelles de l'Artisanat et du Commerce de proximité ont toujours eu pour ambition, d'améliorer les conditions de travail des salariés relevant de leur secteur, conformément aux accords professionnels et interprofessionnels sur la santé au travail qu'elles ont signés.

L'amélioration de l'environnement de travail est une gageure de qualité du travail, en valorisant les métiers de l'Artisanat et du Commerce de proximité et, de pérennité des entreprises, en renforçant l'attractivité de ces secteurs.

Un chef d'entreprise de l'artisanat ou du commerce de proximité, qui travaille aux côtés de ses salariés est directement sensibilisé à la gestion des conditions de travail dans son entreprise car le coût social et financier d'un climat social tendu (maladie, inaptitude...) impacte directement la performance de l'entreprise et son existence à long terme.

Depuis de nombreuses années, des efforts considérables ont été réalisés dans les entreprises de l'artisanat et du commerce de proximité afin de proposer aux salariés des conditions de travail et des avantages sociaux

La contribution de l'UPA

équivalents à ceux qui peuvent être proposés dans les grandes entreprises. (par exemple : complémentaire santé).

Néanmoins, afin de pouvoir mettre en place efficacement de telles mesures tendant à la prévention des risques professionnels et en général à l'amélioration des conditions de travail, dans les secteurs d'activités que représentent l'UPA, il est nécessaire voire impératif que les politiques engagées, se développent grâce à une mutualisation de moyens.

En effet, les actions de prévention pour les plus petites entreprises ne peuvent se faire que dans un cadre mutualisé.

Or, cette dynamique va subir un ralentissement dans les mois à venir, au regard des orientations récentes données à la généralisation des couvertures complémentaires de santé, au temps partiel, et aux mesures gouvernementales prises en matière de pénibilité.

Pour autant, à la lumière des progrès accomplis depuis quelques années en France en matière de prévention et de protection de la santé des travailleurs dans le secteur de l'Artisanat et du commerce de proximité, la démonstration de l'intérêt que l'UPA porte à la santé au travail est évidente.

1. LES AVANCÉES, AU NIVEAU DE L'ENTREPRISE, EN MATIÈRE DE PRÉVENTION DES RISQUES ET D'AMÉLIORATION DES CONDITIONS DE TRAVAIL

Dans le secteur de l'Artisanat et du Commerce de proximité, 1 200 000 entreprises occupant plus de 3 millions de salariés (soit 20 % des effectifs salariés du secteur marchand), le chef d'entreprise (également son conjoint) est particulièrement sensibilisé à l'exercice de son métier et au développement de son activité puisque plus qu'ailleurs, il participe à tous les stades de la production au même titre que ses collaborateurs. Il pratique les mêmes gestes, est soumis au même environnement de travail.

C'est pourquoi, avec l'aide des services de Médecine du travail inter-entreprises ou des actions organisées par les organismes de protection sociale complémentaire, il a été permis de prendre en compte les spécificités des entreprises de l'Artisanat et du Commerce de proximité.

Ainsi, depuis de nombreuses années des efforts considérables ont été réalisés en matière de réduction de risques professionnels notamment en ce qui concerne le port de charges – par exemple : la modification du condi-

La contribution de l'UPA

tionnement des ciments ou du plâtre pour parvenir à des sacs moins lourds dans le bâtiment, l'approvisionnement des boucheries avec des carcasses prédécoupées en abattoirs.

2. LES AVANCÉES, AU NIVEAU DES BRANCHES PROFESSIONNELLES ET AU NIVEAU INTERPROFESSIONNEL, EN MATIÈRE DE PRÉVENTION DES RISQUES ET D'AMÉLIORATION DES CONDITIONS DE TRAVAIL

Cette sensibilisation se retrouve bien évidemment au niveau interprofessionnel mais également au niveau des branches professionnelles des secteurs de l'Artisanat et du commerce de proximité.

Dans le cadre de l'accord interprofessionnel du 13 septembre 2000 sur la Santé au travail dont l'UPA est signataire, la commission de suivi a proposé, en 2013, de faire évoluer les Observatoires Régionaux de la Santé au Travail et d'instituer des Conseils Paritaires Régionaux pour la Santé au Travail (COPAREST).

En effet, convaincue que la qualité de la gouvernance mise en œuvre dans le champ de la santé au travail concourt à son efficacité, la commission de suivi où siège l'UPA a donc souhaité rénover la gouvernance paritaire régionale.

Plus spécifiquement, les entreprises de l'Artisanat et du Commerce de proximité disposent, depuis l'accord du 12 décembre 2001 relatif au développement du dialogue social dans l'Artisanat, de Commissions Paritaires Régionales Interprofessionnelles de l'Artisanat (CPRIA), espaces de dialogue privilégiés pour permettre aux salariés et aux chefs d'entreprise de ces secteurs d'échanger.

Les CPRIA ont vocation à examiner des questions relatives notamment aux conditions de travail, à la santé, à l'hygiène et à la sécurité au travail.

L'amélioration des conditions de travail valorisant les métiers et l'attractivité des secteurs de l'Artisanat et du Commerce de proximité, plusieurs CPRIA ont créé des groupes de travail sur cette thématique.

Ainsi, en région Poitou-Charentes, le groupe de travail institué au sein de la CPRIA avec l'appui de l'ARACT, a procédé à titre expérimental à la rédaction d'un guide de bonnes pratiques en santé au travail de la mécanique agricole avec le soutien de la fédération nationale des artisans en milieu rural. Cette

La contribution de l'UPA

action pourrait être dupliquée à d'autres branches professionnelles à l'issue du projet, programmé en juin 2015.

Autre exemple, la CPRIA du Languedoc-Roussillon a organisé avec l'appui de l'ARACT deux sessions de formation pour les acteurs de la prévention des risques professionnels. La CPRIA est également impliquée dans la "prévention des risques professionnels dans le secteur taxi-ambulance-funéraire".

En signant l'accord national interprofessionnel relatif à la promotion de la Qualité de Vie au travail (QVT) le 19 juin 2013, l'UPA a une nouvelle fois montré son attachement fort au sujet que sont les conditions de travail aujourd'hui et fait la preuve de son engagement en faveur de l'amélioration de celles-ci qu'il s'agisse notamment de la qualité de l'environnement physique, de la qualité de l'organisation du travail ou de la possibilité de concilier vie professionnelle et vie personnelle...

L'accord signé en juin 2013, se veut le prolongement d'autres accords nationaux interprofessionnels que l'UPA a déjà signés, à savoir l'accord national interprofessionnel du 23 novembre 1989 sur l'égalité professionnelle entre les femmes et les hommes, l'accord sur la mixité et l'égalité professionnelle entre les femmes et les hommes (1^{er} mars 2004), sur le stress au travail (2 juillet 2008) et enfin l'accord sur la prévention et la violence au travail du 26 mars 2010.

En conséquence, sous l'impulsion de l'UPA, dans les secteurs de l'Artisanat et du commerce de proximité, le constat qui peut être dressé en 2013 montre qu'il n'y a plus des métiers "pour les hommes" et des métiers "pour les femmes" : l'amélioration des conditions de travail a permis d'ouvrir des métiers que l'on croyait autrefois réservés aux hommes que ce soit dans le bâtiment, la production, l'alimentation ou encore les services.

Cependant, si l'année 2013 avait débuté sur une note prometteuse, les suites données, sur quelques points particuliers, ressemblent fort à un retour en arrière.

La contribution de l'UPA

3. LES “RECUADES” EN MATIÈRE DE PRÉVENTION DES RISQUES PROFESSIONNELS ET D'AMÉLIORATION DES CONDITIONS DE TRAVAIL POUR LES ENTREPRISES DE L'ARTISANAT ET DU COMMERCE DE PROXIMITÉ

a) La remise en cause des actions de prévention inhérentes aux complémentaires Santé et l'application des seuils d'exposition au regard du compte personnel “pénibilité”

Comme rappelé précédemment, les actions de prévention pour les plus petites entreprises ne peuvent se faire que dans un cadre mutualisé.

Aussi, le gouvernement doit impérativement trouver des réponses au vide juridique créé par les deux décisions du Conseil Constitutionnel de juin et décembre 2013 qui conduisent à interdire les dispositifs mutualisés créés par les branches professionnelles dans les domaines de la prévoyance et de la complémentaire santé.

La double censure du Conseil constitutionnel a rompu l'équilibre qui avait été négocié entre les partenaires sociaux dans le cadre de l'accord national interprofessionnel du 11 janvier 2013.

Le Conseil constitutionnel remet en cause trente ans de politique conventionnelle et détruit les dispositifs de prévoyance collective de onze millions de salariés.

Aujourd'hui, les branches professionnelles ne peuvent plus apporter, grâce à la mutualisation la plus large possible les solutions les mieux adaptées aux attentes des entreprises et aux besoins des salariés, tant en termes de garanties que de services. L'évaluation de la réalité du risque au seul niveau de l'entreprise aura nécessairement pour effet une cotisation très élevée, voire l'impossibilité pour celle-ci de s'assurer.

Ces décisions plongent dans une totale insécurité juridique un grand nombre de branches professionnelles du secteur de l'Artisanat et du commerce de proximité dont les accords négociés tant en matière de couverture santé que de prévoyance arrivent ou sont d'ores et déjà arrivés à échéance.

Ces risques dénoncés par l'UPA ont été confirmés récemment par le Défenseur des droits qui a pointé les difficultés rencontrées par des entreprises de moins de 10 salariés avec leurs assureurs en prévoyance lorsqu'elles ont embauché un salarié présentant un risque de santé aggravé.

La contribution de l'UPA

L'UPA a donc déposé un recours devant la Cour Européenne des Droits de l'Homme.

Autre sujet d'inquiétude pour les chefs d'entreprises représentés par l'UPA : la mise en œuvre du compte personnel de prévention de la pénibilité.

Sa création par la loi du 20 janvier 2014 a suscité des réactions fortes et a été très mal comprise. L'instauration d'un dispositif qui s'apparente à un dispositif de réparation a été un élément important de perturbation.

En particulier, avec ce compte, les entreprises seront contraintes de mesurer l'exposition de chacun de leurs salariés pris individuellement aux dix facteurs de pénibilité identifiés par la loi, ce qui est clairement impossible dans les entreprises de l'Artisanat et du commerce de proximité qui ne disposent pas, pour la très grande majorité d'entre elles, de ressources humaines et techniques dédiées à cette fonction comme l'a souligné le Plan santé au travail 2010-2014.

b) Les incidences, en matière de politiques d'amélioration des conditions de travail dans les entreprises de l'Artisanat et du Commerce de proximité, de l'application de la durée minimale de travail pour des salariés à temps partiel ou de la remise en cause du repos dominical

Concernant la durée du travail, les entreprises représentées par l'UPA ont eu à vivre, en 2013, deux mesures d'« assouplissements » qui, pour certains secteurs de l'artisanat et du commerce de proximité, engendreront des tensions voire des contentieux et au bout, des conséquences sur l'amélioration des conditions de travail et la prévention des risques professionnels.

En premier lieu concernant les dispositions prises sur la durée du travail des temps partiels.

La réforme de la réglementation du travail à temps partiel tendait, au départ, à améliorer la situation des salariés dont la durée de travail était inférieure à un temps complet.

C'est pourquoi, une durée minimale due au titre du temps partiel a été inscrite dans la loi mais avec la faculté, dans certains cas (salariés de particulier employeur, jeunes de moins de 26 ans), de déroger à cette nouvelle règle.

Dans tous les autres cas, il ne sera possible de déroger à cette durée minimale par accord de branche ou à la demande écrite et motivée du salarié, qu'au travers de la mise en œuvre d'une répartition des horaires sur

La contribution de l'**UPA**

des journées ou demi-journées régulières ou complètes afin notamment de permettre de cumuler plusieurs emplois et ainsi d'atteindre une durée de travail plus importante, portant ainsi une rémunération plus importante.

La difficulté va résider à convaincre certaines branches professionnelles de l'Artisanat et du commerce de proximité de faire face à cette nouvelle obligation. Et il n'est pas interdit de penser que les employeurs de certaines de ces branches professionnelles préféreront recourir à d'autres types de relations de travail plutôt que de s'engager dans une négociation.

Une des conséquences concernera les risques professionnels. En effet, ils seront externalisés et l'objectif initial de la loi ne pourra donc pas être appliqué.

En second lieu, 2013 est aussi marqué par un retour du débat autour de la question du travail dominical.

En effet, à la suite de la publication du Rapport Bailly, l'UPA a été amenée à rappeler que :

- le principe général devait rester le repos dominical ;
- mais des dérogations à ce principe sont nécessaires et doivent être encadrées ;
- les conditions et modalités du travail le dimanche doivent résulter du dialogue entre les employeurs et les représentants des salariés des différentes branches professionnelles.

Malgré une année 2013 morose qui touche de plein fouet le chiffre d'affaires des artisans et des commerçants de proximité, un environnement réglementaire, fiscal et social défavorable, avec plus d'un milliard de prélèvements supplémentaires, l'UPA a maintenu son cap de promouvoir ses engagements en matière de santé au travail et d'amélioration des conditions de travail comme elle l'a toujours fait.

4. L'UPA : ACTEUR À PART ENTIÈRE DU DIALOGUE SOCIAL SUR LES CONDITIONS DE TRAVAIL

L'UPA a toujours réaffirmé et su prouver sa volonté d'œuvrer au bénéfice de la Santé au travail et de la Santé en général.

C'est pourquoi, en 2001, alors que d'autres organisations avaient fait le choix de quitter les instances de gestion des Caisses de Sécurité Sociale, l'UPA décidait de rester.

La contribution de l'**UPA**

Depuis lors, l'UPA a démontré toute sa légitimité dans le dialogue social et dans les thématiques traitant de la Santé ; elle est un interlocuteur reconnu qui participe activement en France et en Europe (EuroGIP), au développement de l'amélioration des conditions de travail et à la prévention des risques.

Au sein d'instances nationales et territoriales telles que, le Conseil d'Orientation sur les conditions de travail (COCT), les Comités régionaux de prévention des risques professionnels (CRPRP), les organismes de Sécurité Sociale (Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés et notamment la Commission des accidents du travail et des maladies professionnelles – CNAMTS/CTN) et leurs déclinaisons territoriales (CRAM/CARSAT/CGSS), les organismes de prévention et Agences (Anses, ANACT/ARACT, OPPBTP, InVS, INRS, IRSN et les services de Santé au travail), les commissions paritaires régionales interprofessionnelles de l'Artisanat (CPRIA), l'UPA et ses structures territoriales contribuent à l'évolution des connaissances sociales et techniques en matière de prévention des risques et d'amélioration des conditions de travail.

ÉLÉMENTS DE POLITIQUE GÉNÉRALE

L'ORGANISATION DE LA PRÉVENTION DES RISQUES PROFESSIONNELS EN FRANCE

1. Quelques repères historiques	79
1.1. Les premières mesures protectrices	79
1.2. La sécurité intégrée et l'amélioration des conditions de travail	80
1.3. Les apports majeurs de la construction européenne	80
2. Les acteurs de la prévention des risques professionnels au sein de l'entreprise	83
2.1. L'employeur	83
2.2. Les instances représentatives du personnel	85
2.3. Les services de santé au travail	86
3. Les acteurs de la prévention des risques professionnels hors de l'entreprise	88
3.1. Le ministère chargé du Travail	88
3.2. Le ministère chargé de l'Agriculture	89
3.3. Les systèmes d'Inspection du travail	90
3.4. Les organismes de la sécurité sociale	92
3.5. Les opérateurs et les organismes techniques	97

L'ORGANISATION DE LA PRÉVENTION DES RISQUES PROFESSIONNELS EN FRANCE

1. QUELQUES REPÈRES HISTORIQUES

1.1. LES PREMIÈRES MESURES PROTECTRICES

La protection de la santé et de la sécurité au travail constitue le noyau autour duquel le droit du travail s'est progressivement construit.

La première phase remonte au XIX^e siècle. Le développement de la révolution industrielle et ses conséquences ont conduit le législateur à intervenir pour édicter les premières mesures de protection au bénéfice des populations particulièrement fragiles : les travailleurs dans les mines (loi du 21 avril 1810 et décret du 3 janvier 1813), les enfants (loi du 22 mars 1841) et les jeunes filles (loi du 19 mai 1874).

Le processus de création d'une législation préventive s'accélère au tournant du siècle et manifeste la volonté de l'État de mettre en place les premiers éléments d'une politique de protection de la santé et de la sécurité des travailleurs : les lois du 2 novembre 1892 (sur le travail des enfants, filles mineures et femmes dans les établissements industriels), du 12 juin 1893, du 29 décembre 1900 et du 11 juillet 1913 fixent un corps de règles en matière d'hygiène et de sécurité.

Parallèlement, la loi du 9 avril 1898 constitue une étape capitale pour la réparation des risques professionnels et pour la prévention. Elle établit le principe de la responsabilité civile systématique de l'employeur pour les accidents survenus dans son entreprise.

Une deuxième phase s'ouvre à partir de 1945. D'une part, la prévention s'appuie sur de nouveaux concepts et les réglementations "techniques" se développent. D'autre part, elle bénéficie de la création d'institutions nouvelles (mise en place de la Sécurité sociale, de la médecine du travail ou des Comités d'hygiène et de sécurité (CHS) dans les entreprises).

1.2. LA SÉCURITÉ INTÉGRÉE ET L'AMÉLIORATION DES CONDITIONS DE TRAVAIL

Entre 1955 et 1975 – vingt années marquées par une forte croissance et par la modernisation de l'outil industriel – le taux d'accidents du travail diminue d'un tiers.

Grâce à ces progrès, deux nouveaux concepts ont pu s'imposer à partir des années 1970 : l'amélioration des conditions de travail et la promotion de la sécurité intégrée.

En 1973, le législateur consacre le concept de “conditions de travail” et crée l'Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail (ANACT), dotant ainsi le ministère chargé du Travail d'un opérateur chargé de l'information et du conseil des entreprises.

La loi du 6 décembre 1976 pose le principe de l'intégration de la prévention des risques professionnels à l'ensemble des situations de travail : locaux de travail, machines et appareils, produits utilisés, mais également formation pratique à la sécurité de chaque salarié à son poste de travail.

Ces orientations se trouvent complétées par des mesures visant à développer la concertation sur la prévention et les conditions de travail :

- le dialogue dans la définition des politiques est renforcé et systématisé par la création du Conseil supérieur de la prévention des risques professionnels (1976) qui assure la concertation avec les partenaires sociaux et auquel se substitue, en 2009, le Conseil d'orientation sur les conditions de travail ;
- la loi du 23 décembre 1982 crée le Comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT) dans l'entreprise, instance représentative du personnel aux compétences élargies, qui remplace les anciens CHS. La loi permet également aux salariés de se retirer d'une situation de travail présentant un danger grave et imminent pour leur vie ou leur santé.

1.3. LES APPORTS MAJEURS DE LA CONSTRUCTION EUROPÉENNE

Depuis les années 1980, c'est de la construction communautaire, et essentiellement de la Commission européenne, que vient une nouvelle et considérable impulsion. L'Europe est désormais à l'origine de l'essentiel de l'actualisation des normes françaises et de la modernisation de notre système en matière de santé et de sécurité au travail.

De nombreuses directives, qui constituent le principal instrument d'intervention communautaire grâce à leur force contraignante, ont ainsi été à l'origine d'avancées du droit de la santé et de la sécurité au travail, en contribuant à renforcer la protection des travailleurs et à réduire les

risques et les dangers sur tous les lieux de travail. Le nombre d'accidents du travail mortels au sein de l'Union européenne a de fait diminué de plus de 30 % entre 1994 et 2000 et, au cours de cette même période, le nombre d'accidents graves a chuté de 15 %.

L'intensité de ce développement législatif dû à l'adoption de directives "sociales" n'a cessé de croître jusqu'au milieu des années 1990. Le point de départ de cette évolution est marqué sans conteste par la directive sur la sécurité et la santé des travailleurs (directive 89/391/CEE du Conseil, du 12 juin 1989, concernant la mise en œuvre de mesures visant à promouvoir l'amélioration de la sécurité et de la santé des travailleurs), dite directive cadre.

Sur cette base, qui fixe les règles générales et minimales de prévention des risques professionnels applicables à tous les États membres, une vingtaine de directives dérivées, dites directives "filles", ont été adoptées dans la quasi-totalité des domaines couvrant la protection de la sécurité et de la santé en milieu de travail (manutention des charges, travail sur écran, risques physiques, chimiques et biologiques, prescriptions minimales de sécurité sur les chantiers...).

En France, la directive cadre a été transposée par la loi du 31 décembre 1991 relative à la prévention des risques professionnels. Complétée par la loi de modernisation sociale en 2002 et le décret sur la réforme de la médecine du travail en 2004, elle marque un tournant majeur dans l'approche de la santé et de la sécurité au travail. À l'origine d'une trentaine d'articles nouveaux introduits dans le Code du travail qui, pour la première fois, codifient l'ensemble des principes généraux de prévention des risques professionnels, la loi du 31 décembre 1991 constitue également le fondement de la démarche d'évaluation a priori des risques avec la mise en place du document unique, dans lequel doivent être retranscrits les résultats de l'évaluation des risques et dont la responsabilité incombe à l'employeur.

Avec l'entrée en vigueur en 1993 du traité de Maastricht, l'objectif d'ouverture d'un grand marché unique entre tous les pays membres de l'Union européenne a également conduit à l'adoption d'une vingtaine de directives économiques, notamment dans le domaine de la conception des équipements de travail (directives "machines" ou encore "équipements de protection individuelle") ou relatives à la mise sur le marché des produits chimiques, qui participent aussi, pour une part très importante, à l'amélioration des conditions de travail, de santé et de sécurité sur les lieux de travail.

Vers le milieu des années 1990, cette activité normative est devenue moins intense. C'est d'abord la conséquence de l'ampleur des réalisations. C'est aussi la traduction de changements institutionnels dans une Europe de plus en plus tournée vers l'élargissement à de nouveaux pays membres.

C'est désormais davantage dans une volonté d'orientation stratégique que s'inscrit l'Union européenne ainsi que dans le développement des activités de réseau (sur ce dernier point, cf. Partie 2 - Chapitre 2 : Santé et sécurité au travail : les actions européennes et internationales). La santé et la sécurité au travail y trouvent une place nouvelle, liée en particulier au concept de "qualité de l'emploi" développé lors du sommet de Lisbonne de 2001.

Le principal artisan des stratégies communautaires de santé et de sécurité au travail est la Commission européenne (DG Emploi), mais les partenaires sociaux au niveau européen et les États membres participent également à leur élaboration dans le cadre des discussions du Comité consultatif pour la santé et la sécurité sur le lieu de travail du Luxembourg. Par ailleurs, les délégations des États membres au Conseil de l'Union européenne disposent d'un pouvoir d'amendement des propositions de la Commission.

2. LES ACTEURS DE LA PRÉVENTION DES RISQUES PROFESSIONNELS AU SEIN DE L'ENTREPRISE

C'est au quotidien et dans chaque entreprise que les conditions de travail se construisent sur le terrain. L'employeur, responsable de l'organisation de l'entreprise et des risques qu'elle peut créer, est aussi responsable des bonnes conditions de travail, de santé et de sécurité des salariés. Il prend donc les dispositions nécessaires à cet effet.

Dans l'entreprise, plusieurs autres acteurs ont un rôle à jouer :

- les instances représentatives du personnel assurent le dialogue interne et font des propositions d'amélioration à l'employeur ;
- les services de santé au travail, où l'action du médecin du travail et, le cas échéant, du personnel spécialisé en santé et sécurité assure la surveillance de la santé des salariés et l'analyse du milieu du travail pour conseiller les salariés et l'employeur ;
- les salariés contribuent aussi par leur expérience à l'amélioration des conditions de travail, de santé et de sécurité. Ils exercent leurs droits dans le respect des règles (générales ou spécifiques à l'entreprise).

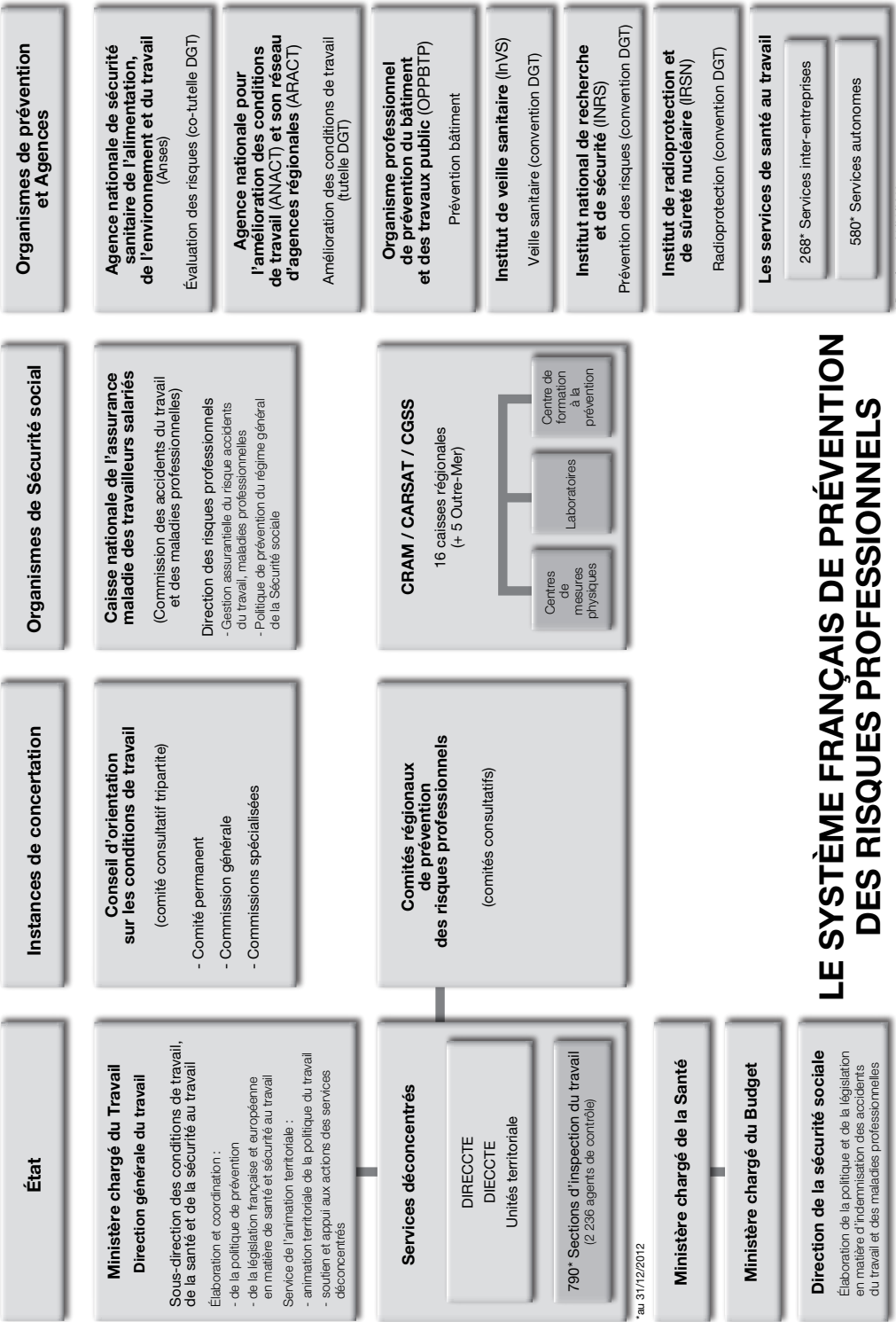
2.1. L'EMPLOYEUR

L'employeur doit prendre toutes les dispositions nécessaires pour assurer la sécurité et protéger la santé des travailleurs de l'établissement – y compris celle des travailleurs temporaires – sur la base d'une évaluation des risques existants dans son entreprise.

Il veille personnellement au respect des dispositions légales et réglementaires qui engagent sa responsabilité.

Les objectifs que l'employeur doit atteindre, en mettant en œuvre des mesures appropriées, découlent des principes généraux de prévention suivants :

- éviter les risques ;
- évaluer les risques qui ne peuvent pas être évités ;
- combattre les risques à la source ;
- adapter le travail à l'homme, en particulier en ce qui concerne la conception des postes de travail ainsi que le choix des équipements de travail et des méthodes de travail et de production, en vue notamment de limiter le travail monotone et le travail cadencé et de réduire les effets de ceux-ci sur la santé ;
- tenir compte de l'état de l'évolution de la technique ;
- remplacer ce qui est dangereux par ce qui n'est pas dangereux ou par ce qui est moins dangereux ;



LE SYSTÈME FRANÇAIS DE PRÉVENTION DES RISQUES PROFESSIONNELS

- planifier la prévention en y intégrant, dans un ensemble cohérent, la technique, l'organisation du travail, les conditions de travail, les relations sociales et l'influence des facteurs ambiants, notamment les risques liés au harcèlement moral ;
- prendre des mesures de protection collective en leur donnant la priorité sur les mesures de protection individuelle ;
- donner les instructions appropriées aux travailleurs.

2.2. LES INSTANCES REPRÉSENTATIVES DU PERSONNEL

Les instances représentatives du personnel concourent par leurs propositions à l'amélioration de la santé, de la sécurité et des conditions de travail.

Les délégués du personnel et les comités d'entreprise ou d'établissement ont une compétence générale sur les relations de travail intégrant, notamment, la prévention des risques.

Instauré par les lois Auroux en 1982, dont le trentième anniversaire a été célébré lors de la 9^e semaine pour la qualité de vie au travail et du séminaire européen de Bilbao à Strasbourg, le Comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail est l'instance représentative spécialisée en matière de prévention des risques professionnels.

Le Comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT)

Cette instance représentative du personnel réunit l'employeur et des délégués représentant les salariés. C'est une instance spécialisée où se discutent toutes les questions relatives à la santé des salariés, à la sécurité et aux conditions de travail. La création du CHSCT est obligatoire dans les établissements de plus de 50 salariés ainsi que – sous ce seuil – sur décision de l'Inspection du travail, en cas de risques particuliers.

Le Comité contribue à la protection de la santé, à l'amélioration de la sécurité et des conditions de travail des salariés travaillant dans l'établissement (y compris pour les travailleurs temporaires et les salariés d'entreprises extérieures).

Le Comité est associé à la recherche de solutions concernant :

- l'aménagement des postes de travail ;
- l'environnement physique du travail (poussières, substances, température, éclairage, aération, vibrations) ;
- l'aménagement des lieux de travail et de leurs annexes ;
- l'organisation du travail (charge, rythme et pénibilité du travail, élargissement et enrichissement des tâches) ;

- la durée et l'aménagement du temps de travail (et leurs conséquences sur l'intensité du travail) ;
- les conséquences des investissements sur les conditions de travail, notamment, en matière de nouvelles technologies.

Dans tous ces domaines, le CHSCT :

- analyse les risques professionnels et les conditions de travail ;
- veille à l'application des règles relatives à la protection des salariés ;
- formule des propositions, soit de sa propre initiative, soit à la demande de l'employeur ou des autres instances représentatives (comité d'entreprise, délégués du personnel).

La loi du 30 juillet 2003 relative à la prévention des risques technologiques et naturels et à la réparation des dommages a renforcé l'implication des salariés et de leurs représentants dans la prévention des risques sur les sites les plus dangereux. À cet effet, les moyens et les prérogatives des CHSCT des établissements à hauts risques ont été renforcés (nombre de représentants du personnel, crédit d'heures, information et consultations plus nombreuses, possibilité de recourir à un expert en risques technologiques, lien renforcé entre le CHSCT et l'inspection des installations classées...). En outre, la collaboration entre les CHSCT d'un même site à hauts risques devient obligatoire grâce au Comité interentreprises de santé et de sécurité au travail ; les entreprises extérieures sont associées aux travaux du CHSCT portant sur les règles de sécurité de l'encadrement de la sous-traitance.

Les délégués du personnel

Dans les établissements dépourvus de CHSCT (en principe, les établissements de moins de cinquante salariés), les délégués du personnel exercent toutes les compétences de ce Comité.

2.3. LES SERVICES DE SANTÉ AU TRAVAIL

Depuis 1946, la médecine du travail – exclusivement préventive – a pour mission de suivre l'évolution, dans chaque entreprise, de l'état de santé de chacun des salariés et d'adapter, en permanence, les postes de travail aux contraintes physiologiques et psychologiques de l'homme.

Tout employeur du secteur privé doit, quelle que soit la taille de son entreprise, organiser et financer la surveillance médicale de ses salariés, soit en mettant en place son propre service, dit service autonome, dans les grandes entreprises, soit, dans les petites et moyennes entreprises, en adhérant à un service interentreprises.

Dans le secteur public, une médecine de prévention remplit des missions comparables, selon les dispositions du décret du 28 mai 1982 modifié par le décret du 28 juin 2011.

Les services de santé au travail ont fait l'objet d'une profonde réforme par la loi n° 2011-867 du 20 juillet 2011, relative à l'organisation de la médecine du travail, et ses décrets d'application n° 2012-135 et n° 2012-137 du 30 janvier 2012.

Aux termes de la nouvelle loi, les services de santé au travail ont pour mission d'éviter toute altération de la santé physique et mentale des travailleurs tout au long de leur parcours professionnel. La loi définit les actions qu'ils doivent mener à cette fin : actions en milieu de travail, conseil dans l'entreprise, surveillance de l'état de santé des travailleurs, suivi et contribution à la traçabilité des expositions professionnelle et à la veille sanitaire, etc.

Les services de santé au travail sont agréés par la direction régionale des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi (DIRECCTE). Les services interentreprises doivent conclure un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM), qui définit leurs priorités d'action avec la DIRECCTE et l'organisme de sécurité sociale compétent.

La loi du 20 juillet 2011 développe en outre la pluridisciplinarité – érigée en obligation générale lors de la précédente réforme (loi de modernisation sociale du 17 janvier 2002 et décrets de 2003 et 2004) –, par la mise en place, au sein des services de santé au travail interentreprises, d'une équipe pluridisciplinaire de santé au travail et, dans l'entreprise, par l'appel à des compétences internes ou externes pour la gestion de la santé et la sécurité au travail.

3. LES ACTEURS DE LA PRÉVENTION DES RISQUES PROFESSIONNELS HORS DE L'ENTREPRISE

Chaque entreprise agit dans un cadre fixé par les pouvoirs publics, et plus particulièrement par le ministère chargé du Travail qui élabore et met en œuvre la politique publique de prévention de la santé et de la sécurité au travail.

Cependant, hors de l'entreprise, bien d'autres acteurs participent au système de prévention des risques professionnels et à l'amélioration des conditions de travail :

- l'Inspection du travail et les organismes de contrôle de la Sécurité sociale informent, contrôlent le respect de l'application des dispositions législatives et réglementaires relatives aux conditions de travail, à la santé et la sécurité sur les lieux de travail et conseillent les entreprises ;
- les réseaux de la Sécurité sociale (branche AT-MP, CCMSA) et du ministère chargé du Travail (ANACT) ainsi que les organismes spécialisés (OPPBTP, IRSN) disposent de capacités d'expertise technique mobilisables par les entreprises. Des organismes à caractère technique et scientifique apportent leur concours, notamment en matière de connaissance des risques : l'Agence nationale de sécurité sanitaire (Anses), l'Institut de veille sanitaire (InVS), l'Institut de radioprotection et de sûreté nucléaire (IRSN), l'Institut national de recherche en sciences et technologies pour l'environnement et l'agriculture (IRSTEA, anciennement Cemagref).

3.1. LE MINISTÈRE CHARGÉ DU TRAVAIL

Depuis sa création en 1906, le ministère chargé du Travail a pour mission d'élaborer et de mettre en œuvre la politique française en matière de santé et de sécurité au travail.

Cette priorité s'inscrit aujourd'hui, et depuis la mise en œuvre de la loi organique relative aux lois de finances (LOLF), dans le cadre d'un programme budgétaire spécifique piloté par la Direction générale du travail (programme 111 "Amélioration de la qualité de l'emploi et des relations du travail").

Le ministère prépare la législation soumise au Parlement. Il établit par ailleurs, les textes réglementaires d'application (décrets, arrêtés), nombreux dans un domaine en constante évolution scientifique, technique ou sociale. Il veille à l'application de ce dispositif juridique dans les entreprises en s'appuyant sur l'Inspection du travail et en développant des programmes de contrôles prioritaires.

L'activité au niveau européen du ministère chargé du Travail est déterminante, en raison du rôle essentiel de la législation communautaire. Le ministère participe aux travaux du Conseil des ministres de l'Union européenne qui arrête des règlements, des directives et des programmes. Il représente les autorités publiques françaises dans l'activité de multiples agences et réseaux européens. Il assure ensuite la transposition en droit français des directives communautaires, veille à leur application et à leur évaluation.

Le ministère impulse la concertation avec les partenaires sociaux. Il anime le COCT qui exerce un rôle consultatif et de proposition.

Avec deux dispositifs d'intervention publique complémentaires auprès des entreprises, le système français de prévention des risques professionnels est un système dual :

- le ministère chargé du Travail (Direction générale du travail) élabore les politiques de prévention et fixe les règles d'ordre public. Ses services – en premier lieu, l'Inspection du travail – veillent à leur application ;
- les organismes de Sécurité sociale – la CNAMTS et les CARSAT, CRAM et CGSS⁽¹⁾, gérés par les partenaires sociaux – sont chargés, depuis 1945, de l'indemnisation des accidents du travail et de la gestion du risque "accidents du travail et maladies professionnelles". Ils exercent, dans le cadre de leur fonction d'assureur, un contrôle spécifique, une action d'incitation à la prévention dans les entreprises et une assistance technique, grâce à l'expertise de l'INRS.

La coordination des divers partenaires au plan national (administrations et organismes jouant un rôle dans la politique française de prévention) se fait par le biais du COCT, par des concertations entre le ministère et la branche AT-MP, ainsi que par des concertations régionales. Pour un maximum d'efficacité les interventions et, notamment, les contrôles et les enquêtes, s'organisent autour d'objectifs généraux déterminés d'un commun accord.

3.2. LE MINISTÈRE CHARGÉ DE L'AGRICULTURE

Le ministère chargé de l'Agriculture détermine la politique relative à la santé et la sécurité au travail des actifs agricoles, qu'ils soient salariés ou indépendants, en concertation étroite avec les organisations professionnelles et syndicales du monde agricole, et la Caisse centrale de la Mutualité sociale agricole (CCMSA).

Les questions de santé et de sécurité des travailleurs agricoles et forestiers relèvent du bureau de la santé et de la sécurité au travail de la

1) CNAMTS : Caisse centrale de la Mutualité sociale agricole ;
CARSAT : Caisse d'assurance retraite et de la santé au travail ;
CRAM : Caisse régionale d'assurance maladie ;
CGSS : Caisse générale de sécurité sociale.

sous-direction du travail et de la protection sociale. À ce titre, il a trois missions principales :

- l'élaboration de la réglementation relative à la santé et à la sécurité au travail des salariés et des non-salariés agricoles ;
- la définition, avec la CCMSA, de la politique de prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles en direction des salariés et des non-salariés agricoles ;
- une coopération technique et juridique avec les services du ministère en charge du Travail concernant les aspects spécifiquement agricoles de la réglementation en matière de santé et de sécurité au travail.

3.3. LES SYSTÈMES D'INSPECTION DU TRAVAIL

L'Inspection du travail

L'Inspection du travail est un corps de contrôle créé dès 1892 et organisé sur une base géographique (790 sections en 2012). Chaque section comprend des agents de contrôle, inspecteurs et contrôleurs (soit 743 Inspecteurs du travail et 1 493 contrôleurs). L'Inspection bénéficie d'une indépendance dans le traitement individuel des dossiers, conformément à la convention n° 81 de l'OIT ; son action générale s'inscrit pleinement dans la politique du ministère⁽²⁾.

La fonction première de l'Inspection du travail est de contrôler le respect des dispositions du droit du travail dans l'entreprise et notamment celles concernant la sécurité et les conditions de travail.

L'activité de contrôle de l'Inspection se partage entre :

- l'action quotidienne, spontanément organisée en fonction des circonstances et de la connaissance du terrain ;
- l'action programmée dans le cadre de priorités définies nationalement et déclinées localement.

Pour cela, l'Inspection du travail dispose de plusieurs moyens. Elle dispose d'un droit d'accès dans les entreprises. Elle peut se faire communiquer divers documents. Elle peut faire effectuer des mesures, des prélèvements aux fins d'analyse et diverses vérifications techniques. L'inspecteur du travail participe, par ailleurs, aux réunions du CHSCT.

Si elle constate des manquements à la réglementation, elle peut, selon le cas, rappeler ses obligations à l'employeur, le mettre en demeure de faire cesser les infractions, dresser procès-verbal (transmis à l'autorité judiciaire) ou, en cas d'urgence, saisir le juge des référés.

2) Voir les rapports annuels adressés par la France au Bureau international du travail (BIT) : "L'inspection du travail en France en 2012" (DGT 2013) accessible sur le site Internet du ministère chargé du Travail.

Elle peut faire cesser les travaux sur les chantiers si les protections contre certains risques graves (chutes, ensevelissements, expositions à l'amiante) ne sont pas suffisantes. Une possibilité d'arrêt d'activité comparable, en cas de risque chimique, lui a été donnée par une loi de 2002, complétée par un décret de 2007.

Parallèlement, l'Inspection du travail assure aussi une importante activité d'information et de conseil des salariés, de leurs représentants et des chefs d'entreprise.

L'Inspection du travail, généraliste, bénéficie du concours de spécialistes. À la différence de la plupart des pays d'Europe, la France n'a pas confié le contrôle des règles de santé et de sécurité au travail à un corps technique spécialisé. Cette conception généraliste de l'inspection résulte du fait qu'il existe des relations très étroites entre le respect des règles de santé et de sécurité dans l'entreprise et le respect des autres règles de droit du travail (durée du travail, contrat de travail, représentation du personnel, etc.). Mais dès lors que les inspecteurs et contrôleurs du travail ne sont pas eux-mêmes experts, ils doivent pouvoir s'appuyer sur les spécialistes que sont les ingénieurs de prévention et les médecins inspecteurs du travail.

La réorganisation du système d'inspection du travail

Le travail et le dialogue engagés en 2012 à l'initiative du ministre chargé du Travail se sont déployés au cours de 2013 et concrétisés par la publication du décret n° 2014-359 du 20 mars 2014.

L'un des défis auquel répond ce texte est de mettre en place le maillage adapté, notamment, à la prise en charge de certains phénomènes ou risques majeurs : opérations complexes en présence d'amiante, facteurs de risques concentrés dans une zone d'activités donnée, etc. Des enquêteurs expérimentés peuvent ainsi se saisir de faits d'envergure nationale ou régionale, de façon à soutenir l'action des agents de proximité, en intervenant directement en lien avec eux ou en assurant un suivi des procédures. Leur apport essentiel concerne les gestes professionnels spécialisés, par exemple l'entrée en zone de confinement lors d'une opération de retrait d'amiante, ou encore le contrôle des risques nouveaux liés à l'emploi de nanoparticules.

Pour autant, le système d'inspection reste organisé de façon territoriale dans la mesure où la proximité des situations de travail et des administrés est l'un de ses atouts.

L'organisation visée comporte trois niveaux d'intervention.

- Le **niveau de proximité** de l'inspection du travail est restructuré dans un but d'efficacité générale. Il favorise une approche collective des problématiques de contrôle et la prise en charge de certaines thématiques par des agents dédiés.

Les sections sont regroupées en unités de contrôle (nouvel échelon territorial d'intervention dans l'entreprise), au sein desquelles certains agents traitent au besoin de thématiques spécifiques.

- Au **niveau régional** est mis en place, en fonction des besoins, un réseau de suivi des risques particuliers, voire une unité d'appui et de contrôle. L'objectif est d'améliorer la prévention des risques notamment chimique, biologique, ou liés à l'amiante, en y concentrant les compétences internes disponibles.
- Au **niveau national** est mis en place un groupe national de veille, d'appui et de contrôle, composé d'agents chargés d'enquêtes et de la coordination d'actions qui nécessitent un pilotage national.

Les ingénieurs de prévention

Les ingénieurs de prévention sont spécialisés dans les domaines techniques : chimie, électricité, mécanique, etc.

À cet égard, les cellules pluridisciplinaires constituées au niveau des DIRECCTE, fournissent un appui technique efficace.

Les médecins inspecteurs du travail

Les médecins inspecteurs du travail exercent une action permanente en vue de la protection de la santé physique et mentale des travailleurs sur leur lieu de travail et participent à la veille sanitaire. Ils concourent à l'ensemble des missions des services déconcentrés du ministère en charge du Travail. Ils formulent des avis, prennent des décisions et veillent, avec les services de l'Inspection du travail, à l'application de la réglementation relative à la santé au travail.

Les actions des médecins inspecteurs du travail portent également sur le contrôle du fonctionnement des services de santé au travail et l'étude des risques professionnels et de leur prévention. Le médecin inspecteur du travail a une mission d'information auprès des médecins du travail.

3.4. LES ORGANISMES DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

La branche Accidents du travail-Maladies professionnelles

Grâce à ses trois missions complémentaires : prévenir les risques, indemniser les victimes et tarifier les entreprises, la branche Accidents du travail-Maladies professionnelles (AT-MP) de la Sécurité sociale développe une gestion du risque au sein de laquelle la prévention tient une place particulière.

Fondée sur le postulat que les risques liés au travail peuvent être évités, et, à tout le moins maîtrisés, cette primauté de la prévention se justifie autant pour des raisons éthiques qu'économiques : ce qui importe, c'est de préserver la santé et d'assurer la sécurité des salariés dans l'entreprise.

Au sein de la branche AT-MP, plusieurs organismes concourent à cette mission de prévention :

- la **Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS)** élabore et met en œuvre la politique de prévention des risques professionnels de la branche. Elle anime le réseau Prévention (qui regroupe les CARSAT, CRAM et CGSS, l'INRS et Eurogip) en vue de créer une véritable dynamique, et coordonne les initiatives ;
- les **16 caisses régionales** – les 15 caisses d'assurance retraite et de santé au travail (CARSAT) et la caisse régionale d'assurance maladie (CRAM) d'Ile-de-France –, les **4 Caisses générales** de Sécurité sociale (CGSS) dans les DOM et la Caisse de Sécurité sociale de Mayotte développent et coordonnent la prévention des risques professionnels dans leur circonscription. Dans le cadre des orientations définies par les instances paritaires nationales et régionales de la branche AT-MP, elles élaborent et mettent en œuvre des programmes de prévention en direction des entreprises et des branches professionnelles.

Pour accomplir leur mission, les caisses disposent de moyens spécifiques tels que le droit d'entrer dans les entreprises, de demander toute mesure justifiée de prévention, de participer aux CHSCT, le pouvoir d'accorder des minorations ou majorations de cotisation AT-MP, ou d'accompagner financièrement des investissements en matière de santé et de sécurité au travail.

Elles peuvent également faire appel à des unités techniques, laboratoires de chimie et centres de mesures physiques, qui les assistent dans le repérage et l'évaluation des nuisances chimique ou physiques.

- **L'Institut national de recherche et de sécurité** pour la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles (**INRS**) a pour missions de mieux identifier les risques professionnels et mettre en évidence les dangers ; d'analyser les conséquences de ces risques pour la santé et la sécurité de l'homme au travail ; de développer et promouvoir les moyens et outils à mettre en œuvre pour maîtriser ces risques. Ses activités sont donc diversifiées mais complémentaires : études et recherches, formation, assistance, information et communication. L'INRS est l'expert scientifique et technique de la branche AT-MP qui le finance. Il exerce aussi, dans le cadre d'une convention signée avec la Direction générale du travail (DGT), certaines actions pour le compte des pouvoirs publics : assistance, participation à des campagnes de contrôles, etc.
- **Eurogip** analyse les évolutions au niveau européen (textes, actions des organismes, campagnes) dans le domaine des risques professionnels. Il effectue une veille sur ces sujets, réalise des études comparatives et coordonne des projets d'intérêt communautaire. Par ailleurs, il coordonne les travaux des experts de la branche qui participent à l'élaboration de normes européennes ou internationales. Par délégation des minis-

tères chargés du travail et de l'agriculture, il assure le secrétariat de la Coordination française des organismes notifiés pour la certification des machines et des équipements de protection individuelle ; par contrat avec la Commission européenne, il tient le secrétariat technique de la coordination européenne au titre de la directive "machines".

repères

BRANCHE AT-MP

Statuts

- La CNAMTS est un établissement public à caractère administratif.
- Les CARSAT, CRAM et CGSS sont des organismes de droit privé avec mission de service public.
- L'INRS est une association loi 1901 sans but lucratif constituée sous l'égide de la CNAMTS et gérée par les partenaires sociaux.
- Eurogip est un groupement d'intérêt public constitué entre la CNAMTS et l'INRS.

Organisation

Les questions relatives aux accidents du travail et aux maladies professionnelles concernant autant les chefs d'entreprise que les salariés, les instances décisionnelles de la branche AT-MP sont composées de façon strictement paritaire.

Représentants des employeurs et des salariés y siègent donc à part égale.

Les orientations de la politique de prévention de la branche AT-MP sont définies par la Commission des accidents du travail et des maladies professionnelles (CAT-MP).

Cette Commission est assistée par neuf Comités techniques nationaux (CTN), organisés par branches d'activités et paritaires eux aussi. Ces Comités réalisent des études sur les risques des professions qu'ils représentent et sur les moyens de les prévenir à travers, par exemple, l'élaboration de recommandations.

Effectif 2013

Au sein de la branche AT-MP, environ 2 100 personnes travaillent pour la mission "Prévention" dont notamment :

- les 277 ingénieurs conseils, 572 contrôleurs de sécurité et les 600 autres personnels des services Prévention des CARSAT, CRAM et CGSS ;
- les 617 agents de l'INRS, 215 localisés à Paris et 402 en Lorraine.

Ce potentiel humain se caractérise par la diversité des métiers et des compétences (ingénieurs, médecins, techniciens, ergonomes, psychologues, formateurs, spécialistes de l'information, etc.) dans des disciplines variées.

Budget 2013

Les actions de prévention de la branche AT-MP sont financées sur les crédits du Fonds national de prévention des accidents du travail (FNPAT), qui se sont élevés à un peu plus de 378 millions d'euros en 2013.

Les dotations/subventions ont été de :

- 200 millions pour les CARSAT, CRAM et CGSS ;
- 85 millions pour l'INRS (soit 98 % du budget total de l'organisme) ;
- 1,4 million pour Eurogip (soit environ 85 % du budget de l'organisme) ;
- 38,5 millions pour les contrats de prévention (crédits de paiement) ;
- 38,5 millions pour les aides financières simplifiées (y compris les reports de crédits).

Sites Internet

www.risquesprofessionnels.ameli.fr

www.inrs.fr

www.eurogip.fr

La Caisse centrale de la Mutualité sociale agricole (CCMSA)

Dans le cadre de la politique de prévention des risques professionnels définie par le ministre chargé de l'Agriculture, la CCMSA a pour mission de promouvoir la prévention des risques professionnels des salariés et des non-salariés agricoles.

Dans le domaine de la santé au travail, la CCMSA s'assure du financement des services de santé au travail créés au sein de chacune des caisses de Mutualité sociale agricole qui sont responsables de l'application des dispositions concernant l'organisation et le fonctionnement de ces services.

La CCMSA coordonne l'action des caisses de Mutualité sociale agricole qui mettent en œuvre des actions de prévention au niveau local, en cohérence avec l'action des services de santé au travail. Pour ce faire, elle élabore et pilote le Plan pluriannuel de santé et sécurité au travail des actifs agricoles. Elle établit et exploite les statistiques nationales d'accidents du travail et de maladies professionnelles. Elle assure la gestion des Fonds nationaux de prévention des salariés et des non-salariés.

Les cinq comités techniques nationaux sont consultés sur toutes les questions relatives à la mise en œuvre de la prévention dans les secteurs professionnels relevant de leur compétence.

Dans le cadre de la réforme de la médecine du travail aboutie en 2012, les services de santé et de sécurité au travail ont été créés au sein de chaque

caisse de MSA, réunissant les missions de préservation de la santé des travailleurs définies à l'article L. 4622-2 du Code du travail et les missions de gestion et promotion de la prévention des risques professionnels des salariés et des non-salariés prévues aux articles L. 751-48 et L. 752-29 du Code rural et de la pêche maritime.

La CCMSA a aussi la responsabilité de la politique de formation initiale et continue des médecins du travail et des préventeurs par l'organisation de sessions de formation et la mise en réseau d'outils par l'Institut national de la médecine agricole (INMA) à Tours.

repères

CCMSA

Statuts

La Caisse centrale de la MSA est un organisme de droit privé chargé d'une mission de service public.

Organisation

Le conseil d'administration

- définit les politiques institutionnelles de la MSA pour mettre en œuvre la protection sociale agricole, notamment en action sanitaire et sociale, en prévention de la santé et des risques professionnels, pour l'offre de services de la MSA sur les territoires, pour l'aide aux agriculteurs et aux salariés agricoles en difficulté ;
- contribue à la mise en œuvre des politiques sociales par les propositions qu'il transmet aux pouvoirs publics, les avis qu'il donne sur les textes relatifs à la protection sociale, les engagements qu'il prend au travers de la convention d'objectifs et de gestion ;
- participe à la gestion des régimes de protection sociale agricole par les décisions qu'il prend sur le financement des dépenses de prestations et de fonctionnement de l'institution ;
- contribue, par les directives générales qu'il donne et les décisions qu'il prend, à la fonction de pilotage du réseau des organismes de MSA et à la gestion de la Caisse centrale.

Les Comités techniques nationaux et régionaux

Pour la mise en œuvre de la politique de santé et sécurité au travail, la CCMSA est assistée par cinq comités techniques nationaux composés de partenaires sociaux représentatifs des différents secteurs d'activités agricoles : exploitations agricoles et assimilés (CTN1), travaux forestiers (CTN2), entreprises d'approvisionnement, de commercialisation et de transformation agricole (CTN3), paysagistes et travaux agricoles et artisanat rural (CTN4), organismes de services (CTN5).

Au niveau régional, un comité technique régional unique est consulté sur la politique de santé et sécurité au travail mise en œuvre par les MSA de la région. Un réseau de 35 caisses couvre le territoire, piloté au niveau national par la CCMSA.

Effectif 2013 (en ETP)

Pour la prévention des risques professionnels des MSA : 260 ingénieurs ou conseillers en prévention et 87 assistants.

Pour les services de santé au travail : 308 médecins du travail, 73 infirmiers et 316 assistants administratifs.

Budget 2013

Budget du Fonds national de prévention des salariés et des non-salariés : 45,8 millions d'euros. Budget santé au travail : 71,2 millions d'euros.

Site Internet

www.msa.fr

3.5. LES OPÉRATEURS ET LES ORGANISMES TECHNIQUES

L'Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail (ANACT)

Créée par la loi n° 73-1195 du 27 décembre 1973 et placée sous la tutelle du ministère chargé du Travail, l'ANACT s'appuie sur un réseau régional d'associations régionales (Aract) qui s'est développé progressivement.

L'ANACT a pour mission :

- d'agir pour une prise en compte systématique des conditions de travail dans le traitement des questions sociales (santé, sécurité, formation, égalité femmes/hommes, allongement des carrières, diversité, insertion, etc.) en partenariat avec tous les acteurs de l'entreprise ;
- de développer et proposer des méthodes et outils éprouvés, à partir de retours d'expérience de projets pilotes en entreprise, permettant aux salariés et aux directions d'entreprises d'améliorer les conditions de travail en agissant sur l'organisation du travail ;
- de diffuser ces méthodes et outils dans les entreprises, en équipant particulièrement tous ceux qui accompagnent, forment et informent dans les domaines de la prévention des risques professionnels, de l'organisation du travail et du dialogue social ;
- de conduire une activité de veille et d'étude sur les enjeux et les risques liés aux conditions de travail afin d'aider les pouvoirs publics et les partenaires sociaux à mieux appréhender les besoins émergents pour éclairer leurs choix et leurs prises de décision.

Ses actions sont destinées à trois cibles principales :

- les dirigeants et salariés d'entreprises, en particulier les TPE-PME ;
- les représentants des salariés dans les entreprises (délégués du personnel membres de comité d'entreprises et de CHSCT, représentants syndicaux), et dans les branches professionnelles ;
- des réseaux d'intervenants, consultants, formateurs, en santé-sécurité, gestion des ressources humaines des secteurs privé mais aussi public (fonction publique hospitalière, collectivités territoriales).

L'ANACT gère le Fonds pour l'amélioration des conditions de travail (FACT).

Le 26 novembre 2013, l'ANACT a signé son premier contrat d'objectifs et de performance (COP) 2014-2017 avec l'État, au terme d'un processus approfondi de concertation au sein d'un groupe de travail tripartite constitué de représentants des organisations patronales et syndicales, des administrations concernées, de l'ANACT et du réseau des Aract.

repères

ANACT

Statuts

L'ANACT est un établissement public administratif placé sous la tutelle du ministère chargé du Travail.

Organisation

Elle est dotée d'un conseil d'administration tripartite (organisations d'employeurs et organisations syndicales de salariés représentatives au niveau national, représentants de l'État et personnes qualifiées).

Les 26 associations qui constituent le réseau sont réparties sur l'ensemble du territoire métropolitain et dans les départements d'outre-mer (La Réunion, Martinique, Guadeloupe, Guyane).

Les Aract sont gérées paritairement.

Effectif 2013

ANACT : 73 salariés.

Aract : 203 salariés.

Financement

L'ANACT et les Aract sont financées par des fonds publics à plus de 80 %.

La subvention du ministère en charge du travail pour l'ANACT s'élève à 10,8 millions d'euros pour 2013.

Les Aract sont financées par transfert de la subvention reçue par l'ANACT (40 %) ; par les DIRECCTE (30 %) ; par les conseils régionaux (18 %) ; par les Fonds européens (10 %) ; le reste de leur financement provient de prestations facturées.

Site Internet

www.anact.fr

L'Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (Anses)

Placée sous la tutelle des ministres chargés de l'agriculture, de la consommation, de l'environnement, de la santé et du travail, l'Anses a été créée par l'ordonnance du 7 janvier 2010. Son organisation administrative a été définie par le décret du 28 juin 2010.

Elle doit contribuer à assurer la sécurité sanitaire humaine dans les domaines de l'environnement, du travail et de l'alimentation. Cette agence publique d'expertise a pour mission principale de réaliser l'évaluation des risques, de fournir aux autorités compétentes les informations nécessaires à la prise de décision (élaboration des normes, etc.) et à la mise en œuvre des mesures de gestion des risques. Elle intervient aussi dans le champ de la protection de la santé et du bien-être des animaux et des végétaux ainsi que dans celui des médicaments vétérinaires.

En ce qui concerne le domaine de la santé au travail, l'Anses fournit des études et une expertise indépendante, utiles pour la prévention des risques professionnels. Elle relaie aussi la politique d'amélioration des conditions de travail, notamment par sa participation au Plan santé au travail pour 2010-2014.

Pour effectuer ses missions, "l'Agence peut établir des relations conventionnelles avec tout organisme qui détient des informations ou exerce des compétences utiles à l'accomplissement de ses missions". Le réseau comprend une trentaine d'organismes, dont l'Ademe (Agence de l'environnement et de la maîtrise de l'énergie), le CNRS, le CEA (Commissariat à l'énergie atomique), l'InVS, l'INRS, l'Inserm, ou encore l'Onema (Office national de l'eau et des milieux aquatiques).

repères

Anses

Statut

L'Anses est un établissement public à caractère administratif placé sous la tutelle des ministres chargés de l'agriculture, de la consommation, de l'environnement, du travail et de la santé.

Organisation

Outre les services supports, information, affaires européennes et internationales, recherche et veille, l'Agence est organisée en trois pôles métiers :

- l'agence nationale du médicament vétérinaire ;
- le pôle évaluation des risques qui regroupe :
 - la direction des produits réglementés qui comprend les activités d'évaluation des produits phytosanitaires et les activités d'évaluation des biocides et de mise en œuvre du règlement REACH ;
 - la direction de l'évaluation des risques en santé alimentation, environnement et travail ;
- les 11 laboratoires de référence et de recherche.

Le pilotage de l'Agence est assuré par un conseil d'administration composé de représentants de l'État, d'associations, des organisations professionnelles, des organisations syndicales, de personnalités qualifiées et de représentants du personnel de l'Agence.

Il est assisté d'un conseil scientifique qui, notamment, donne son avis sur les orientations de recherche et d'expertise et assiste la direction de l'Agence en ce qui concerne l'allocation des ressources sur appels à projets.

Il valide et supervise également le processus d'évaluation de l'activité de recherche et donne un avis sur la liste, les règles de fonctionnement, les nominations des membres des commissions spécialisées.

Le Comité de déontologie et de prévention des conflits d'intérêts

Le Comité de déontologie et de prévention des conflits d'intérêts est composé de huit membres. Ces membres sont nommés pour une durée de cinq ans par arrêté des ministres chargés de la tutelle, sur proposition du conseil d'administration, parmi des personnalités reconnues pour leurs connaissances et compétences en matière de déontologie.

Ce Comité peut être saisi en cas d'interrogation sur l'application des règles déontologiques ou de prévention des conflits d'intérêts.

Effectif 2013

L'Anses compte plus de 1 300 agents et fait appel à près de 800 experts externes. Elle possède 18 implantations réparties en France.

Budget 2013

132 millions d'euros de budget annuel.

6 millions d'euros par an pour soutenir les appels à projets de recherche.

Site Internet

www.anses.fr

L'Institut de veille sanitaire (InVS)

Créé en 1998 dans le cadre du renforcement de la veille sanitaire et du contrôle de la sécurité sanitaire des produits destinés à l'homme, l'InVS a notamment pour mission :

- d'effectuer la surveillance et l'observation permanente de l'état de santé de la population ;
- de participer au recueil et au traitement des données sur l'état de santé à des fins épidémiologiques ;
- de rassembler, analyser et actualiser les connaissances sur les risques sanitaires, leurs causes et leurs évolutions ;
- de détecter tout événement modifiant ou susceptible d'altérer l'état de santé de la population.

La convention pour 2013-2014 signée entre l'InVS, la DGT et la DGS, précise les domaines d'intervention de l'InVS. Les points forts de cette convention concernent :

- le développement d'outils de connaissance et de suivi, en lien avec l'objectif 2 ("Développer les outils de connaissance et de suivi") du Plan santé au travail 2010-2014 ;
- la mise au point d'un dispositif régionalisé de surveillance des maladies susceptibles d'être d'origine professionnelle ;
- la promotion de la culture du signalement pour les pathologies susceptibles d'être d'origine professionnelle.

repères**InVS****Statut**

L'InVS est un établissement public créé en 1999 dans le cadre de la loi n°98-535 relative au renforcement de la veille sanitaire et au contrôle de la sécurité sanitaire des produits destinés à l'homme.

Organisation

L'Institut est organisé en départements scientifiques : santé-travail, maladies infectieuses, santé-environnement, maladies chroniques et traumatismes, international, coordination des alertes.

En région, 17 cellules interrégionales d'épidémiologie (Cire) sont placées sous la responsabilité scientifique de l'InVS.

Effectif 2013

L'InVS compte environ 425 personnes en 2013 dont 54 travaillent au département santé-travail.

Budget 2013

Le budget global du département santé-travail (ressources humaines et prestations-subventions incluses) est de 6,4 millions d'euros et représente un peu moins de 10 % du budget global de l'InVS.

Site Internet

www.invs.sante.fr

L'Institut de radioprotection et de sûreté nucléaire (IRSN)

Les risques liés aux rayonnements ionisants ne se rencontrent pas seulement dans le secteur de l'industrie nucléaire – car la diffusion de techniques utilisant les rayonnements (générateurs ou sources radioactives) est très large dans le secteur sanitaire – mais aussi dans la production industrielle, le bâtiment et les travaux publics.

Aux côtés de l'Autorité de sûreté nucléaire (ASN), l'IRSN a été créé par la loi du 9 mai 2001. Il joue un rôle actif dans le domaine de l'évaluation des risques professionnels en assurant des recherches, expertises et travaux sur les risques nucléaires et radiologiques dans divers domaines (sûreté des installations nucléaires et des transports de matières radioactives et fissiles, protection de l'homme et de l'environnement contre les rayonnements ionisants, etc.).

Il a une mission d'information du public sur les risques nucléaires et radiologiques, mais aussi des pouvoirs publics auxquels il apporte toute son expertise et son appui technique.

Les conditions de cet appui technique au ministère chargé du Travail sont précisées dans une convention cadre triennale.

repères

IRSN

Statut

L'Institut de radioprotection et de sûreté nucléaire (IRSN) a été créé par la loi n° 2001-398 du 9 mai 2001 ; ses missions ont été précisées par le décret n° 2002-254 du 22 février 2002.

L'IRSN est un établissement public à caractère industriel et commercial (EPIC) fonctionnant sous la tutelle conjointe des ministres chargés de la défense, de l'écologie, du développement durable et de l'énergie, du redressement productif, de l'enseignement supérieur et de la recherche, des affaires sociales et de la santé.

Organisation

Outre la direction générale, l'IRSN est divisé en six directions fonctionnelles et de support et trois pôles opérationnels.

Six directions fonctionnelles et de support (plus 1 agence comptable) :

- stratégie, développement et partenariats ;
- affaires internationales ;
- communication ;
- ressources humaines ;
- sécurité, du patrimoine et des systèmes d'information ;
- affaires financières, commerciales et juridiques.

Trois pôles opérationnels :

- défense, sécurité et non-prolifération ;
- sûreté nucléaire ;
- radioprotection, environnement, déchets et crise.

Financement

En 2013, les ressources de l'IRSN s'élèvent à 309 millions d'euros dont 66 % proviennent de la subvention du programme 190 de la LOLF, le reste provenant notamment de recettes externes issues de contrats avec des organismes nationaux et internationaux.

Effectif 2013

1 725 salariés.

11 implantations en France dont trois sites majeurs : Fontenay-aux-Roses, Cadarache et Le Vésinet.

Site Internet

www.irsnn.fr

L'Institut national de recherche en sciences et technologies pour l'environnement et l'agriculture (Irstea)

L'Irstea est un établissement public à caractère scientifique et technologique, placé sous la double tutelle du ministère chargé de l'Agriculture et du ministère chargé de la recherche.

L'Irstea (ancien Cemagref) construit ses travaux de recherche finalisée, d'innovation et d'expertise avec une approche pluridisciplinaire et systémique. Ils portent sur trois domaines d'excellence que sont l'eau, les écotechnologies et les territoires.

Par sa stratégie, l'établissement entend relever trois grands défis, la qualité environnementale, le développement territorial et la gestion des risques. Ces défis doivent lui permettre d'accompagner l'évolution de la décision publique ainsi que le développement des secteurs économiques liés à ses domaines d'excellence.

L'Irstea apporte notamment ses compétences et son expertise en appui aux politiques publiques pour la prévention, la prévision et l'atténuation des risques dans l'usage des agroéquipements, tant vis-à-vis des impacts sur l'opérateur que sur l'environnement dans lequel ils interviennent.

Ses travaux en matière de sécurité des opérateurs portent notamment sur la connaissance des modes d'exposition, l'analyse et l'évaluation des risques, la recherche de solutions de prévention ou de limitation, par une adaptation ou une mise en conformité des équipements et par la diffusion d'outils auprès des utilisateurs d'agroéquipements (apprentissage des bons comportements face aux produits phytosanitaires – outils de conception d'arceaux de sécurité pour les tracteurs du parc anciens...). Ils visent à réduire les risques tant mécaniques (retournement, écrasement, chocs, blessures) que physiques (bruit, poussière, vibrations) ou chimiques (pesticides, émanations), par des recherches technologiques, du développement de procédés et de méthodes de conception intégrant la sécurité au plus tôt, ainsi qu'en expertise en appui aux travaux de normalisation et de mise en conformité des équipements.

repères

Irstea

Statut

L'Irstea est un établissement public à caractère scientifique et technologique.

Organisation

- 9 centres ;
- 3 départements de recherche : eaux, écotechnologies, territoires ;
- 19 unités de recherche et 5 unités mixtes de recherche.

Effectif 2013

1 750 personnes.

Budget 2013

115 millions d'euros dont 32 % de ressources propres.

Site Internet

www.irstea.fr

L'Organisme professionnel de prévention du bâtiment et des travaux publics (OPPBTP)

L'Organisme professionnel de prévention du bâtiment et des travaux publics (OPPBTP) est le conseil de la branche du BTP dans les domaines de la prévention des accidents et de l'amélioration des conditions de travail dans les entreprises et sur les chantiers.

Seul organisme de branche de ce type en France, l'OPPBTP offre, par sa structure paritaire, une plate-forme d'échanges aux partenaires sociaux. Dans ses comités régionaux et son comité national les représentants des employeurs et des salariés peuvent confronter leurs points de vue sur tous les sujets liés aux conditions de travail.

L'OPPBTP a pour mission notamment de contribuer à la promotion des Accidents du travail/Maladies professionnelles (AT-MP) ou à caractère professionnel ainsi qu'à l'amélioration des conditions de travail dans les entreprises adhérentes.

Il participe à la veille en matière de risques professionnels, il conduit les études relatives aux conditions de travail, il analyse les causes des risques professionnels, il suscite les initiatives des professionnels de la branche du bâtiment et des travaux publics ainsi que de toutes les personnes qui interviennent dans le processus de construction pour une meilleure prise en compte de la sécurité dans les procédés de fabrication, et il propose aux pouvoirs publics toutes mesures résultant du retour d'expérience organisé dans la profession.

Il exerce des actions d'information et de conseil en matière de prévention, contribue à la formation à la sécurité et participe aux travaux menés avec l'AFNOR ainsi que dans le cadre de l'Union européenne, dans son champ de compétences.

- Le Conseil du comité national de l'OPPBTP a précisé les orientations stratégiques de l'Organisme pour la période 2010-2014 avec le plan HORIZON

2015. Adopté en novembre 2010, le plan s'inscrit en complémentarité du Plan santé au travail 2.

- Grâce à ses 200 ingénieurs et conseillers en prévention du BTP implantés en région, l'OPPBTP cultive la proximité pour répondre aux besoins des entreprises et de leurs salariés. Il propose une gamme étendue d'outils pratiques, notamment d'analyse et d'évaluation des risques, qui s'inscrivent dans une véritable démarche de progrès. Un effort particulier est mené pour sensibiliser les PME/TPE dont un nombre important ignore encore qu'elles peuvent bénéficier gratuitement des conseils de l'OPPBTP. Le site Internet, lancé en 2012, recueille une forte adhésion des professionnels.
- Avec des solutions adaptées à chaque métier et organisation, l'OPPBTP propose une gamme complète de formations regroupées dans le catalogue *Vision prévention* (90 formations et 32 sessions d'information pour, notamment, développer une culture de prévention commune au sein de l'entreprise, prévenir les risques spécifiques ou encore sensibiliser aux troubles musculo-squelettiques). En 2013, plus de 21 654 personnes ont participé aux sessions de formation professionnelle continue et de sensibilisation de l'OPPBTP, qui sont dispensées par plus de 100 formateurs sur tout le territoire national.
- Éditeur de nombreuses publications dont la revue mensuelle *Prévention BTP* – 100 000 lecteurs par mois –, l'OPPBTP assure une veille technique et juridique sur la prévention des risques et des maladies professionnelles. Les campagnes nationales de communication, le site Internet www.preventionbtp.fr et la participation aux grands rendez-vous de la profession permettent également une large diffusion des conseils en prévention de l'Organisme.

L'organisme, dans un souci d'amélioration continue de son organisation et afin de mettre la satisfaction des entreprises du BTP au cœur de sa stratégie, est certifié ISO 9001 sur l'ensemble de ses sites.

repères

OPPBTP

Statut

L'OPPBTP est l'organisme de prévention de la branche professionnelle du BTP, créé en 1947.

Organisation

L'OPPBTP comprend une direction nationale qui met en place la politique et les stratégies définies par le Conseil du comité national.

Elle coordonne également l'ensemble des prestations et services, conçoit et déploie les outils de conseil, de formation et d'information de l'Organisme. Enfin, elle gère, au niveau

national, les rapports avec les représentants des syndicats professionnels. L'OPPBTP comprend une direction des opérations avec 18 agences et 10 bureaux répartis dans toute la France qui représentent l'OPPBTP au niveau national. Elle assure le développement du réseau des acteurs de la prévention et gère, au niveau régional ou départemental, les rapports avec les entreprises et avec les représentants des syndicats professionnels. Enfin, elle met en œuvre les prestations d'information, de conseil et de formation dans les entreprises et avec les organisations professionnelles du BTP.

Effectif 2013

341 collaborateurs répartis sur 29 implantations en France métropolitaine, majoritairement ingénieurs et techniciens du BTP.

Budget 2013

46 millions d'euros.

Sites Internet

www.preventionbtp.fr

www.oppbtp.com

SANTÉ ET SÉCURITÉ AU TRAVAIL : LES ACTIONS EUROPÉENNES ET INTERNATIONALES

1. L'action européenne	111
1.1. Le cadre général	111
1.2. Les évolutions normatives dans le domaine de la santé et de la sécurité au travail	116
1.3. L'activité des réseaux	124
2. L'action internationale	132
2.1. La participation aux travaux de l'OIT	132
2.2. La participation aux travaux du Conseil de l'Europe	133
3. L'activité de coopération internationale : le Groupement d'intérêt public International (GIP International)	134
3.1. L'appui au développement de systèmes nationaux de santé et de sécurité au travail	134
3.2. Le renforcement des capacités des acteurs de la prévention et des Inspections du travail	137
3.3. L'amélioration des conditions de travail dans le secteur agricole et dans l'économie informelle	139

SANTÉ ET SÉCURITÉ AU TRAVAIL : LES ACTIONS EUROPÉENNES ET INTERNATIONALES

1. L'ACTION EUROPÉENNE

1.1. LE CADRE GÉNÉRAL

L'évaluation de l'application des directives dans le domaine de la santé et de la sécurité au travail

Conformément à l'article 17*bis* de la directive 89/391/CEE concernant la mise en œuvre de mesures visant à promouvoir l'amélioration de la sécurité et de la santé des travailleurs au travail, les États membres soumettent tous les cinq ans à la Commission un rapport unique sur l'application de la directive-cadre de 1989 et de ses 19 directives particulières, auxquelles s'ajoutent cinq autres directives contenant des dispositions similaires en matière de présentation de rapports. Au total, ce sont donc 24 directives relevant du domaine de la santé et de la sécurité au travail qui font l'objet de ce rapport.

Le rapport a principalement pour objectif de montrer la manière dont les directives concernées sont effectivement appliquées par tous les acteurs concernés, qui sont notamment les employeurs, les travailleurs et les autorités compétentes. Il vise également à mettre en évidence les difficultés rencontrées dans le cadre de cette application pratique, dans le but de définir les moyens éventuels d'améliorer le cadre réglementaire.

En mars 2013, la Commission a donc saisi les autorités françaises aux fins d'établissement du rapport unique pour la période 2007-2012.

Les autorités françaises ont transmis leur rapport à la Commission le 17 janvier 2014. Il a été établi sur la base de la décision de la Commission du 20 décembre 2011, qui en définit la structure. Pour produire ce rapport, le ministère français chargé du Travail s'est appuyé sur plusieurs sources : données statistiques établies par la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS), données issues de l'Inspection du travail (remontées d'information, analyses, bilans d'actions annuelles...), notes et

divers travaux sur cette directive internes à l'administration centrale des ministères concernés.

Le rapport comporte également le point de vue des partenaires sociaux, recueilli lors d'une réunion de la Commission spécialisée n° 1 (CS 1) du Conseil d'orientation sur les conditions de travail (COCT), compétente pour les questions européennes et internationales ainsi qu'auprès de la Commission spécialisée n° 6 (CS 6), compétente pour les questions agricoles.

Le contenu du rapport obéit à une présentation en deux sections.

La première porte sur les questions générales. Elle comprend des données informatives ainsi que la description des changements majeurs du cadre juridique pour la santé et la sécurité au travail intervenus en France au cours de la période de référence. Par ailleurs, elle décrit les mesures concrètes prises pour mettre en œuvre les directives sur la santé et la sécurité (mesures de contrôle de l'application de la loi, actions de sensibilisation, campagnes, orientations, etc.). Enfin, cette première section comprend une évaluation assise sur des indicateurs, permettant d'évaluer le degré d'efficacité des directives, les risques d'incidence cumulative et d'interaction entre les directives, ainsi que les éventuels synergies, recoupements, contradictions ou lacunes.

La seconde partie a trait à des questions particulières portant sur les 24 directives. Il s'agit principalement, pour chaque directive, de cerner les difficultés que sont susceptibles de rencontrer les PME/TPE dans l'application des dispositions réglementaires, de présenter les mesures prises pour l'application de chaque directive, et enfin, les mesures supplémentaires (à celles prévues dans les directives) prises par l'État membre.

Le nouveau cadre politique européen en matière de sécurité et de santé au travail

Évaluation ex post de la stratégie européenne 2007-2012⁽¹⁾

La stratégie communautaire sur la santé et la sécurité au travail (SST), intitulée *“Améliorer la qualité et la productivité au travail”*, étant arrivée à son terme à la fin de l'année 2012, une évaluation des résultats obtenus a été commandée à un organisme indépendant par la Direction générale de la Commission européenne pour l'emploi, les affaires sociales et l'inclusion.

Elle a été réalisée par les organismes COWI (Danemark), Milieu (Belgique) et l'Institut de médecine du travail (OIM - Grande-Bretagne). Pour procéder à l'évaluation de la stratégie, celui-ci a conduit des entretiens aux niveaux des États membres et de l'Union européenne. L'analyse se fonde également sur des contributions de l'Agence européenne de Bilbao, du SLIC (Comité des hauts responsables de l'Inspection du travail) et d'Eurofound.

1) <http://ec.europa.eu/social/BlobServlet?docId=10016&langId=en>

L'évaluation conclut très clairement qu'il est pertinent pour la Commission européenne de préparer une nouvelle stratégie pour la période qui s'ouvre en 2013. Les résultats de l'évaluation ont confirmé l'importance de la dimension européenne de la sécurité et de la santé au travail, notamment s'agissant de la tendance positive constatée au niveau de l'Union de baisse du nombre d'accidents du travail sur la période et du rôle de la stratégie de l'Union européenne dans la coordination des efforts et dans l'établissement d'un cadre d'action commun.

L'évaluation conclut toutefois à la nécessité, dans le cadre de la nouvelle stratégie européenne pour la santé et la sécurité au travail :

- d'améliorer la mise en œuvre des dispositions relatives à la sécurité et la santé au travail dans les PME et les micro-entreprises ;
- d'améliorer, au niveau européen, les efforts de coordination entre la politique de santé au travail et les autres politiques, notamment la politique de santé, la politique environnementale et la réglementation sur les produits chimiques (REACH) ;
- de développer des outils plus précis de suivi et de recueil des données ;
- de renforcer les efforts de prévention des troubles musculo-squelettiques, du stress et des décès liés aux cancers professionnels.

Conformément aux orientations de la stratégie européenne en santé et sécurité au travail, le deuxième plan santé au travail⁽²⁾ (PST 2) adopté par la France s'inscrivait pleinement dans la stratégie européenne pour 2007-2012 en se fondant sur quatre axes majeurs, déclinés en 14 objectifs et 36 actions. Les quatre axes portent sur :

- le développement de la recherche et de la connaissance en santé au travail afin d'en diffuser les résultats aux entreprises et à leurs salariés ;
- le développement des actions de prévention, en particulier s'agissant des risques psychosociaux, du risque chimique et neurotoxique, et des troubles musculo-squelettiques (points 4.3 ; 5.2 ; 5.3 ; 7.2 et 4.1 de la stratégie communautaire) ;
- le renforcement de l'accompagnement des entreprises dans leurs actions de prévention, notamment les PME et les TPE ;
- le renforcement de la coordination et de la mobilisation de tous les partenaires nationaux et régionaux.

Consultation publique sur le nouveau cadre politique européen en matière de sécurité et de santé au travail⁽³⁾

En s'appuyant sur les résultats de cette évaluation de la stratégie européenne 2007-2012 pour la santé et la sécurité au travail, la Commission

2) http://travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/PST_2010-2014.pdf

3) <http://ec.europa.eu/social/main.jsp?langId=fr&catId=699&consultId=13&furtherConsult=yes>

européenne a lancé, le 31 mai 2013, une consultation publique sur le nouveau cadre politique européen en matière de sécurité et de santé au travail.

Cette consultation avait pour principal objectif de recueillir les avis et les contributions de toutes les parties prenantes (employeurs, salariés, institutionnels et individus) intéressées par les différentes orientations potentielles de la future politique de l'Union européenne en matière de sécurité et de santé au travail, afin de déterminer les problèmes actuels et à venir dans ce domaine, ainsi que les moyens de les résoudre.

Les autorités françaises ont contribué à cette consultation et ont également intégré certaines observations du Comité de dialogue social européen et international (CDSEI), lieu du dialogue avec les partenaires sociaux sur les dimensions européenne et internationale des sujets sociaux.

Les résultats de la consultation ont confirmé l'importance accordée par une très large majorité à la dimension européenne de la sécurité et de la santé au travail, perçue comme un facteur d'amélioration de la santé des travailleurs. La nécessaire poursuite de la coordination des politiques de santé et de sécurité au travail au niveau de l'Union passe par l'adoption d'une nouvelle stratégie européenne en la matière.

La consultation conclut également à la nécessité :

- de mettre davantage l'accent sur les risques nouveaux et les maladies professionnelles émergentes ;
- de régler efficacement les problèmes de sécurité et de santé au travail des populations les plus vulnérables, et notamment ceux liés au vieillissement de la population active.

En revanche, les Européens sont plus partagés :

- sur la fixation au niveau européen d'objectifs chiffrés spécifiques à l'aune desquels évaluer les résultats de la stratégie. Nombreux sont ceux qui considèrent qu'une fixation au niveau national de ces objectifs quantitatifs est plus pertinente ;
- sur l'intégration dans la stratégie d'un objectif de simplification et d'allègement de la réglementation européenne pour les PME et les TPE. Pour de nombreux répondants, le développement de mesures d'accompagnement spécifiques semble en effet une solution plus appropriée pour améliorer le respect de la législation en santé sécurité au travail dans les PME/TPE.

Cadre stratégique de l'Union européenne en matière de santé et de sécurité au travail pour 2014-2020⁴⁾

Au terme de ce processus, la Commission européenne a publié, le 6 juin 2014, une communication relative à un cadre stratégique de l'Union européenne en matière de santé et de sécurité au travail (2014-2020).

Le nouveau cadre stratégique définit les trois principaux défis en matière de santé et de sécurité au travail :

- faire en sorte que les règles existantes en matière de santé et de sécurité soient mieux appliquées, notamment en augmentant la capacité des micro-entreprises et des petites entreprises d'adopter des stratégies de prévention des risques efficaces et efficientes ;
- améliorer la prévention des maladies liées au travail en s'attaquant aux risques nouveaux et émergents, sans pour autant négliger les risques existants ;
- tenir compte du vieillissement de la main-d'œuvre européenne.

Le cadre stratégique propose de relever ces défis par une série d'actions regroupées sous sept grands objectifs stratégiques :

- poursuivre la consolidation des stratégies nationales en matière de santé et de sécurité, par exemple par la coordination des politiques et l'apprentissage mutuel ;
- apporter un soutien pratique aux petites entreprises et aux micro-entreprises pour les aider à mieux respecter les règles en matière de santé et de sécurité. Les entreprises bénéficieraient d'une assistance technique et d'outils pratiques, tels que l'évaluation des risques en ligne (OiRA), une plateforme web fournissant des outils sectoriels d'évaluation des risques ;
- améliorer le contrôle du respect de la législation par les États membres, par exemple grâce à une évaluation du fonctionnement des inspections nationales du travail ;
- simplifier la législation existante, s'il y a lieu, afin de supprimer les charges administratives inutiles, tout en préservant un niveau élevé de protection de la santé et de la sécurité des travailleurs ;
- tenir compte du vieillissement de la main-d'œuvre européenne et améliorer la prévention des maladies liées au travail pour lutter contre les risques existants et nouveaux, par exemple dans les secteurs des nanomatériaux, des technologies vertes et des biotechnologies ;
- améliorer la collecte de données statistiques pour disposer de meilleurs éléments d'information et élaborer des instruments de suivi ;
- renforcer la coordination avec les organisations internationales, telles que l'Organisation internationale du travail (OIT), l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et l'Organisation de coopération et de développement

4) <http://ec.europa.eu/social/BlobServlet?docId=11828&langId=fr>

économiques (OCDE), ainsi qu'avec d'autres partenaires afin de contribuer à réduire le nombre d'accidents du travail et de maladies professionnelles et à améliorer les conditions de travail dans le monde.

1.2. LES ÉVOLUTIONS NORMATIVES DANS LE DOMAINE DE LA SANTÉ ET DE LA SÉCURITÉ AU TRAVAIL

Le système général harmonisé (SGH)

Le SGH (Système général harmonisé) est un ensemble de recommandations internationales développées depuis le début des années 1990, au sein des Nations Unies, avec pour objectif l'harmonisation mondiale des systèmes de classification et d'étiquetage des produits chimiques.

Les produits chimiques sont fabriqués et commercialisés à travers le monde et présentent partout les mêmes dangers. Or, pour un même produit, la description et le pictogramme permettant d'alerter l'utilisateur diffèrent entre les pays. Le SGH permet à chaque région du monde choisissant de l'appliquer, d'utiliser les mêmes critères techniques et les mêmes symboles pour qualifier les dangers d'un produit chimique.

Ces recommandations sont regroupées dans le Livre violet publié en 2003 et révisé depuis tous les deux ans. De constantes améliorations du texte sont apportées, aussi bien dans la définition des critères techniques de classification, en prenant en compte les avancées parallèles des recommandations relatives au transport des marchandises dangereuses, que sur les éléments de communication à indiquer sur les étiquettes.

À cette fin, le sous-comité SGH se réunit à Genève deux fois par an, en juillet et en décembre. La DGT participe à ces travaux.

La cinquième révision du Livre violet a été publiée en 2013. Elle tient compte d'amendements relatifs notamment à la communication des dangers, la simplification des conseils de prudence et la révision des éléments d'étiquetage.

Les sujets inscrits au programme de travail 2013-2014 sont notamment :

- l'application du SGH pour les nanomatériaux ;
- l'évaluation pour une liste internationale de substances classées selon le SGH ;
- l'élaboration d'un guide pour l'étiquetage des petits emballages.

Le règlement CLP est l'instrument réglementaire permettant de faire appliquer les recommandations du SGH au sein de l'Union européenne.

Le règlement “classification, étiquetage, emballage” (CLP)

Le règlement CLP (CE) n° 1272/2008 du Parlement européen et du Conseil du 16 décembre 2008⁽⁵⁾ relatif à la classification, à l'étiquetage et à l'emballage des substances et des mélanges est entré en vigueur au sein de l'Union européenne le 20 janvier 2009.

Ce règlement fixe les obligations des fabricants, importateurs, utilisateurs en aval et distributeurs de produits chimiques en matière de classification et d'étiquetage des produits chimiques. Il se substitue progressivement aux directives européennes existant dans ce domaine.

Ainsi, la première échéance du 1^{er} décembre 2010 a rendu obligatoire la classification, l'étiquetage et l'emballage des substances selon le règlement CLP, la classification selon l'ancien système étant toutefois conservée dans les Fiches de Données de Sécurité (FDS) jusqu'en juin 2015.

Depuis cette même date, les fabricants et importateurs de substances doivent notifier à l'Agence européenne des produits chimiques (ECHA) les classifications et étiquetage des substances qu'ils mettent sur le marché. Ces informations seront répertoriées dans un inventaire des classifications et des étiquetages, sous la forme d'une base de données gérée par l'Agence et accessible au public *via* son site Internet.

Parallèlement, l'annexe VI du règlement fixe une liste de substances pour lesquelles il existe une classification et un étiquetage harmonisés au niveau européen. Cette liste est mise à jour annuellement. Elle l'a été, au cours de l'année 2013, dans le cadre de l'adoption du règlement (UE) n° 944/2013 de la Commission du 2 octobre 2013.

Par ailleurs, les autres annexes techniques du règlement font également l'objet d'adaptations, qui reprennent principalement les modifications apportées aux recommandations internationales du Système général harmonisé de classification et d'étiquetage des produits chimiques (SGH). C'est l'objet du règlement (UE) n° 487/2013 de la Commission du 8 mai 2013, qui comprend notamment de nouvelles catégories de danger pour les gaz chimiquement instables et des aérosols ininflammables, une rationalisation plus poussée des conseils de prudence, ainsi que diverses clarifications pour faciliter l'interprétation de certains des critères.

La directive 2014/27/UE du Parlement européen et du Conseil du 26 février 2014⁽⁶⁾

Elle modifie les directives du Conseil 92/58/CEE, 92/85/CEE, 94/33/CE, 98/24/CE et la directive 2004/37/CE du Parlement européen et du Conseil afin de les aligner sur le règlement (CE) n° 1272/2008 relatif

5) <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2008:353:0001:1355:fr:PDF>

6) <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2014:065:0001:0007:FR:PDF>

à la classification, à l'étiquetage et à l'emballage des substances et des mélanges.

En effet, afin de protéger la santé des travailleurs et d'éviter les risques liés à l'exposition à des produits chimiques sur le lieu de travail, l'Union européenne dispose d'un cadre juridique destiné à protéger la santé et la sécurité au travail. À la suite de l'adoption du règlement (CE) n° 1272/2008 du Parlement européen et du Conseil relatif à la classification, à l'étiquetage et à l'emballage des substances et des mélanges⁽⁷⁾ (ci-après "règlement CLP"), qui met en œuvre, dans l'Union européenne, le Système général harmonisé de classification et d'étiquetage des produits chimiques des Nations Unies (SGH), certains aspects de ce cadre juridique devaient être adaptés.

Les directives 92/58/CEE⁽⁸⁾, 92/85/CEE⁽⁹⁾, 94/33/CE⁽¹⁰⁾, 98/24/CE⁽¹¹⁾ et 2004/37/CE⁽¹²⁾, qui comportent des références à la législation de l'UE sur la classification et l'étiquetage des produits chimiques, ont ainsi fait l'objet d'un alignement sur la nouvelle législation issue du règlement CLP. Le but de la directive 2014/27/UE est donc d'actualiser les références et la terminologie des cinq directives susmentionnées de manière à les aligner sur la législation de l'UE applicable, relative à la classification et à l'étiquetage des produits chimiques. Le champ d'application et le niveau de protection offert par ces directives n'est pas modifié.

Cette directive devra être transposée en droit national avant le 1^{er} juin 2015.

La directive 2013/35/UE relative à la prévention des risques d'exposition aux champs électromagnétiques⁽¹³⁾

La directive 2013/35/UE du 26 juin 2013 apporte des précisions, en tant que vingtième directive "filiale", aux exigences fixées par la directive "cadre" 89/391/CEE relative à l'amélioration de la sécurité et de la santé des travailleurs, pour ce qui concerne les risques liés aux champs électromagnétiques. Cette

7) Règlement (CE) n° 1272/2008 du Parlement européen et du Conseil du 16 décembre 2008 relatif à la classification, à l'étiquetage et à l'emballage des substances et des mélanges, modifiant et abrogeant les directives 67/548/CEE et 1999/45/CE et modifiant le règlement (CE) n° 1907/2006.

8) Directive 92/58/CEE du Conseil du 24 juin 1992 concernant les prescriptions minimales pour la signalisation de sécurité et/ou de santé au travail (neuvième directive particulière au sens de l'article 16 paragraphe 1 de la directive 89/391/CEE). <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/FR/TXT/PDF/?uri=CELEX:31992L0058&from=FR>

9) Directive 92/85/CEE du Conseil du 19 octobre 1992 concernant la mise en œuvre de mesures visant à promouvoir l'amélioration de la sécurité et de la santé des travailleuses enceintes, accouchées ou allaitantes au travail (dixième directive particulière au sens de l'article 16, paragraphe 1, de la directive 89/391/CEE). <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/FR/TXT/PDF/?uri=CELEX:31992L0085&from=FR>

10) Directive 94/33/CE du Conseil du 22 juin 1994 relative à la protection des jeunes au travail. <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/FR/TXT/PDF/?uri=CELEX:31994L0033&from=FR>

11) Directive 98/24/CE du Conseil du 7 avril 1998 concernant la protection de la santé et de la sécurité des travailleurs contre les risques liés à des agents chimiques sur le lieu de travail (quatorzième directive particulière au sens de l'article 16, paragraphe 1, de la directive 89/391/CEE). <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/FR/TXT/PDF/?uri=CELEX:31998L0024&from=FR>

12) Directive 2004/37/CE du Parlement européen et du Conseil du 29 avril 2004 concernant la protection des travailleurs contre les risques liés à l'exposition à des agents cancérigènes ou mutagènes au travail (sixième directive particulière au sens de l'article 16, paragraphe 1, de la directive 89/391/CEE du Conseil). <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/FR/TXT/PDF/?uri=CELEX:32004L0037&qid=1409136478151&from=EN>

13) <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/FR/TXT/PDF/?uri=CELEX:32013L0035&from=FR>

nouvelle directive, qui abroge la directive 2004/40/CE¹⁴⁾, non transposée par les États membres en raison d'importantes difficultés rencontrées (notamment pour l'application de certaines valeurs limites d'exposition dans le secteur médical et pour certaines activités industrielles), doit être transposée par les États membres en droit national au plus tard le 1^{er} juillet 2016.

Comme la directive précédente, la directive 2013/35/UE vise à protéger les travailleurs contre l'ensemble des effets connus produits par les champs électromagnétiques, qu'il soient directs (effets thermiques, non thermiques et courants induits) ou indirects (effets causés par la présence d'un objet et pouvant entraîner un risque pour la sécurité ou la santé).

En revanche, les effets de long terme potentiels sont exclus du champ de la directive, faute d'éléments scientifiques probants établissant un lien de causalité.

Cette nouvelle directive, qui reprend en substance les obligations de l'employeur telles que décrites dans la directive 2004/40/CE (obligation d'évaluer les niveaux d'exposition, de mise en place des dispositions visant à éviter ou à réduire les risques, d'information et de formation des travailleurs), apporte les principales évolutions suivantes :

- un nouveau système de valeurs limites ("VLE"¹⁵⁾ relatives aux effets sensoriels et "VLE relatives aux effets sur la santé") et de valeurs déclenchant l'action ("VA"¹⁶⁾, "VA basse" et "VA haute") instaurant un degré de flexibilité et une révision des valeurs, en particulier dans la gamme des basses fréquences ;
- la possibilité de dépassement des valeurs limites d'exposition sous forme de dérogation encadrée pour certains secteurs (imagerie par résonance magnétique – IRM – et forces armées) ;
- la possibilité d'une dérogation de portée générale, dont l'encadrement est laissé à l'initiative des États membres ;
- une confirmation européenne de la mise à disposition, au plus tard le 1^{er} janvier 2016, par la Commission européenne, d'un guide pratique destiné à faciliter la mise en œuvre du texte par les États membres.

S'agissant des prescriptions minimales en matière de santé et de sécurité relatives à l'exposition des travailleurs, cette nouvelle directive réaffirme la possibilité laissée aux États membres d'adopter des dispositions plus favorables à la protection des travailleurs, notamment en fixant des seuils moins élevés pour les VA ou les VLE.

Afin de s'assurer du respect des délais de transposition (avant le 1^{er} juillet 2016), la Direction générale du travail (DGT) a initié, dès la fin de

14) Directive 2004/40/CE du Parlement et du Conseil du 29 avril 2004 concernant les prescriptions minimales de sécurité et de santé relatives à l'exposition des travailleurs aux risques dus aux agents physiques (champs électromagnétiques). <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/FR/TXT/PDF/?uri=CELEX:32004L0040&from=FR>

15) VLE : Valeurs limite d'exposition.

16) VA : Valeur d'action.

l'année 2013, les travaux d'élaboration du décret en Conseil d'État nécessaire à la transposition de cette nouvelle directive. Le projet de décret devrait être soumis aux partenaires sociaux dans le cadre du Conseil d'orientation sur les conditions de travail (COCT) au cours du second semestre 2015.

Dans l'attente de la transposition de ces nouvelles dispositions spécifiques, la protection des travailleurs susceptibles d'être exposés aux champs électromagnétiques se fonde sur la mise en œuvre des principes généraux de prévention posés dans la partie législative du Code du travail (articles L. 4121-1 et L. 4121-2). À l'issue des travaux de transposition, des dispositions spécifiques créées par le décret en Conseil d'État, ainsi que ses arrêtés d'application, viendront compléter le Code du travail et s'imposeront, en sus, aux employeurs.

La nouvelle directive Euratom 2013/59 du 5 décembre 2013⁽¹⁷⁾

La directive 2013/59/Euratom du 5 décembre 2013, qui doit être transposée, dans les États membres, avant le 7 février 2018, fixe les normes de base relatives à la protection sanitaire contre les dangers résultant de l'exposition aux rayonnements ionisants. Abrogeant les directives 89/618/Euratom, 90/641/Euratom, 96/29/Euratom, 97/43/Euratom et 2003/122/Euratom, cette nouvelle directive inclut désormais dans son champ d'application à la fois le public, les patients, les travailleurs et l'environnement.

Compte tenu de la transversalité du champ d'application de la directive, le Secrétariat général des affaires européennes (SGAE) a désigné le ministère de l'Écologie, du Développement durable et de l'Énergie (MEDDE) comme ministère pilote de la transposition, auquel sont associés les ministères chargés du Travail et de la Santé.

Bien que la nouvelle directive ne bouleverse pas les orientations fixées par la directive 96/29/Euratom, transposée dans le Code du travail par le décret 2003-296, elle introduit néanmoins plusieurs évolutions qu'il conviendra de prendre en compte, notamment en matière d'organisation de la radioprotection au sein de l'entreprise.

Il convient de rappeler que les dispositions en matière de radioprotection ont été définies il y a près de 50 ans, à l'aube de l'industrie électronucléaire française et alors que l'usage des rayonnements ionisants dans le secteur médical était exclusivement restreint à la radiologie diagnostique.

Dans cette perspective, en concertation étroite avec l'Autorité de sûreté nucléaire (ASN) et avec l'appui technique de l'Institut de radioprotection et de sûreté nucléaire (IRSN), la DGT a engagé depuis 2010 un chantier visant à identifier en profondeur les points forts et les faiblesses du dispositif réglementaire actuel afin d'en revoir les fondements, sans altérer la protection de

¹⁷⁾ <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2014:013:0001:0073:FR:PDF>

la santé et de la sécurité des travailleurs. Ce travail est mené avec l'appui de groupes de travail mis en place par la DGT et dont le dernier en date, consacré à l'organisation du suivi radiologique des travailleurs, rendra ses conclusions en avril 2015.

La directive relative à la prévention des blessures par objets tranchants⁽¹⁸⁾

La directive 2010/32/UE du Conseil du 10 mai 2010 portant application de l'accord-cadre relatif à la prévention des blessures par objets tranchants dans le secteur hospitalier et sanitaire, conclu par l'Association européenne des employeurs hospitaliers (HOSPEEM) et la Fédération syndicale européenne des services publics (FSESP), a pour objectif d'assurer une sécurité maximale sur le lieu de travail par la prévention des blessures pouvant être occasionnées par des objets tranchants à usage médical (y compris les piqûres d'aiguilles) et de protéger les travailleurs exposés grâce à la définition d'une stratégie intégrée pour l'élaboration des politiques d'évaluation des risques, de formation, d'information et de suivi des accidents.

À cette fin, elle s'appuie sur l'architecture de la directive "cadre" 89/391/CEE concernant l'amélioration de la sécurité et de la santé du personnel au travail et de sa directive "filles", la directive 2000/54/CE concernant la protection des travailleurs contre les risques liés à l'exposition à des agents biologiques, et y intègre des dispositions spécifiques pour la prévention des blessures par objets tranchants.

La transposition de cette directive en droit national est assurée par le décret n° 2013-607 du 9 juillet 2013, qui complète les dispositions relatives à la prévention des risques biologiques définies aux articles R. 4421-1 et suivants du Code du travail, en créant l'article R. 4424-11 comprenant les dispositions spécifiques aux objets perforants (dont la définition, discutée au niveau national, est identique à celle d'objets tranchants).

Les dispositions de cet article sont précisées dans l'arrêté du 10 juillet 2013, qui détermine le périmètre des établissements concernés et prévoit principalement les mesures suivantes :

- l'évaluation et la limitation du risque, soit en évitant le recours aux objets perforants, soit en réduisant le risque par l'application des précautions standard, notamment l'interdiction de recapuchonner les aiguilles et le recours éventuel à des dispositifs médicaux de sécurité ;
- l'amélioration de la connaissance des risques liés à l'usage des objets perforants grâce à l'information et à la formation des travailleurs sur les risques associés aux accidents exposant au sang et aux autres liquides biologiques, les mesures de prévention adaptées et les mesures à prendre en cas d'accident ;

¹⁸⁾ <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2010:134:0066:0072:FR:PDF>

- le renforcement du dispositif de suivi des accidents liés à l'usage des objets perforants.

Une circulaire d'application de ces textes est en cours de préparation en lien avec les autres administrations centrales concernées (Direction générale de la santé – DGS, Direction générale de l'offre de soins – DGOS, Direction générale de la cohésion sociale – DGCS), l'Institut national de recherche et de sécurité pour la prévention des maladies professionnelles et des accidents du travail (INRS) et l'Assistance Publique – Hôpitaux de Paris (APHP).

Le suivi des comités “machines” et “EPI” au niveau communautaire

Le domaine des équipements de protection individuelle (EPI)

Les principaux points en débat en 2013 au sein du comité de suivi de la directive EPI sont les suivants :

- **La question des dispositifs d'ancrage** : la norme EN 795 porte sur des ancrages à la fois fixes et mobiles. Or, pour les autorités françaises, seuls les ancrages mobiles (c'est-à-dire transportables et provisoires), non installés solidairement sur une structure, relèvent du champ d'application de la directive EPI, par extension de la définition d'un EPI à *“tout système de liaison mis sur le marché avec l'EPI pour raccorder celui-ci à un autre dispositif extérieur, complémentaire”* (art. 1-3 de la directive EPI).

De manière générale, ces dispositifs d'ancrage se répartissent en cinq types selon leurs caractéristiques. Pour la France, seuls les ancrages de types B (point d'ancrage provisoire transportable) et E (ancres à corps mort) sont des EPI, relevant par conséquent de la directive 89/686/CEE. Les ancrages de type A (point d'ancrage fixe), C (assurages flexibles horizontaux, dits lignes de vie) et D (rails d'assurage rigides horizontaux) n'entrent pas dans le champ de la directive EPI, quelle que soit la pertinence des dispositions de la norme EN 795 et ce nonobstant la nécessité de mettre sur le marché des produits sûrs.

La nouvelle version de la norme adoptée en 2012 par le Comité européen de normalisation (CEN) ne clarifiant pas ce point, les autorités françaises ont contesté cette nouvelle norme. Après de nombreux débats, le comité de normalisation s'est rallié à la proposition consistant à introduire des modifications dans les définitions de la norme et à la diviser en deux normes :

- l'une qui prendrait en considération les types B et E et pourrait être harmonisée au titre de la directive 89/686/CEE ;
- l'autre qui prendrait en considération les types A, C et D et pourrait être harmonisée, le cas échéant, dans le cadre du règlement 305/2011 sur les produits de construction ou faire l'objet d'une norme volontaire.

- **Les protecteurs gonflables pour motocyclistes** (norme EN 1621-4) : les autorités françaises ont formulé une objection contre cette norme en raison de la méthode d'essai, dont la fiabilité ne paraît pas certaine. En effet, la méthode, telle que proposée dans le projet de norme, utilise une vidéo pour vérifier le gonflement du protecteur de type "airbag". Cette méthode ne permet de mesurer que le déploiement de l'airbag, mais non sa pression. Le débat sur les réponses à apporter aux objections de la France doit se poursuivre au sein du groupe de travail du CEN.
- **Les vêtements de protection pour motocyclistes** : les contrôles effectués ont fait apparaître que la plupart des vêtements disposant de protections amovibles n'avaient pas subi d'examen CE de type en tant qu'ensembles "vêtement + protecteurs". Généralement, seuls les protecteurs insérés dans les poches disposaient d'une attestation CE de type (certificat basé sur les normes EN 1621-1 et EN 1621-2). Dans certains cas, la conformité des vêtements avec poches n'était pas évaluée et, souvent, aucune information n'était fournie sur la compatibilité de ces poches avec des protecteurs amovibles.

Les autorités françaises considèrent que l'EPI est *"l'ensemble constitué par plusieurs dispositifs ou moyens, associés de façon solidaire par le fabricant en vue de protéger une personne contre un ou plusieurs risques susceptibles d'être encourus simultanément"*, comme le prévoit la directive. Par conséquent, les vêtements pour les motocyclistes et les protections additionnelles associées (protecteurs contre les chocs pour la jambe ou le dos, coques pour les coudes ou épaules, protection contre les coupures ou l'abrasion...), qui sont des EPI de catégorie 2, doivent être évalués de manière globale pour être mis sur le marché. Après plusieurs débats au sein du comité de suivi de la directive, ce point est désormais acquis.

Le domaine des machines

Dans le domaine des machines, les travaux ont porté en 2013 sur de nombreux sujets, tels que le bruit des machines (*cf. le projet NOMAD, présenté dans le Bilan des conditions de travail 2012, qui donnera lieu à une conférence en France en 2014*), la conception des outils portatifs, les filtres de cabines équipant les machines agricoles, les ponts élévateurs de garage et les engins de terrassement.

S'agissant des engins de terrassement, un groupe de travail spécialisé réunissant des représentants des États membres, des organismes de prévention et des associations de fabricants a traité, au cours de plusieurs réunions, de quatre questions importantes pour la sécurité des utilisateurs : les moyens d'accès aux machines, la fonction de levage, la question des attaches rapides et celle de la visibilité.

- Concernant, tout d'abord, les moyens d'accès aux machines, ce groupe demande aux États membres de promouvoir la version amendée de la norme EN 2867 et de mener à bien une analyse du marché sur ce sujet en 2015-2016, sur la base de documents de travail communs en cours d'élaboration et en utilisant les propositions faites au niveau communautaire par les organisations d'utilisateurs, d'employeurs et de salariés.
- Concernant la fonction de levage, le groupe de travail propose aux États membres de demander au CEN TC 151 d'améliorer les normes de la série EN 474-1 en cours de révision, en vue, d'une part, de la prise en compte de la définition d'opération de levage, en tenant compte des risques qui lui sont associés dans la directive machines ainsi que, d'autre part, d'une révision des spécifications des normes compte tenu du mauvais usage raisonnablement prévisible pour les machines suivantes : les pelles hydrauliques (EN 474-5), les pelleteuses des chargeuses pelleteuses (EN 474-4), les chargeurs télescopiques (EN 474-3), les poseurs de canalisations (EN 474-9) et les pelles à câbles (EN 474-12).
- Concernant les attaches rapides (attaches permettent de faciliter le changement d'outil ou d'équipement interchangeable des machines de terrassement), il en existe de trois principaux types : manuelle, semi automatique et automatique. Les États membres sont invités à faire un état des lieux du marché afin d'éliminer les attaches rapides semi automatiques considérées comme non fiables et potentiellement dangereuses.
- Pour ce qui est de la visibilité, plusieurs questions ont été soulevées : celles des angles morts des engins de terrassement, des miroirs, des caméras et des écrans de suivi. Le groupe de travail spécialisé a conclu à la nécessité de faire une demande à l'ISO TC 127 et au CEN TC 151 en vue d'un amendement rapide de la norme de référence (ISO 5006), qui ne correspond plus à l'état de l'art. Les points à amender sont les suivants : la préférence donnée à la visibilité directe, l'amélioration de la visibilité rapprochée en réduisant la hauteur de l'objet du test de 1,50 m à 1 m, l'installation de dispositifs additionnels (écrans de suivi, miroirs) à positionner face à l'opérateur pour permettre une vue vers l'arrière, ainsi que l'aménagement des dispositifs permettant la visibilité, dont l'efficacité ne doit pas être compromise par les parties mobiles de la machines. Enfin, les systèmes de miroirs réfléchissant les uns dans les autres ne sont plus autorisés.

L'ensemble de ces recommandations ont été adoptées et sont en cours de mise en œuvre.

1.3. L'ACTIVITÉ DES RÉSEAUX

L'action européenne en matière de santé et de sécurité au travail s'appuie de plus en plus sur la mobilisation de réseaux. Ce phénomène traduit la

part croissante de la “soft law”⁽¹⁹⁾ par rapport à la production normative, surtout depuis l'adoption de la stratégie de santé et de sécurité au travail de la Commission européenne pour les années 2007-2012, prolongée, le 6 juin dernier, par une communication relative à un cadre stratégique de l'Union européenne en matière de santé et de sécurité au travail (2014-2020). Le développement des activités de ces institutions génère d'incontestables retombées positives en matière de sensibilisation et d'information concernant l'amélioration des conditions de travail et la prévention des risques professionnels. Il contribue également à la meilleure application des textes européens d'origine législative ou réglementaire.

L'Agence européenne de Bilbao

Créée en 1994 par un règlement du Conseil de l'Union européenne révisé en 2005, l'Agence européenne pour la santé et la sécurité au travail, dite Agence de Bilbao, est chargée de collecter et de mettre à la disposition des acteurs concernés (gouvernements, partenaires sociaux, employeurs, travailleurs, organismes de prévention, etc.) toute l'information disponible sur la santé et la sécurité au travail, afin de parvenir à la diffusion la plus large possible d'une culture de prévention sur tous les lieux de travail. Sa gouvernance, tripartite, regroupe au sein de groupes d'intérêt des représentants des gouvernements, des employeurs et des travailleurs.

L'Agence est composée :

- d'un **directeur**, nommé par le conseil de direction de l'Agence pour cinq ans. Il est le représentant légal de l'Agence et est responsable de sa gestion ;
- d'un **conseil de direction**, composé de représentants des gouvernements, des employeurs et des travailleurs des États membres de l'UE, de représentants de la Commission européenne et d'États observateurs. Il établit les objectifs et les stratégies et identifie les domaines d'activités prioritaires. Il nomme le directeur et adopte le plan de gestion annuel, le programme de travail, le rapport annuel et le budget. La présidence du conseil est assurée à tour de rôle par l'un des trois groupes d'intérêts sur une base annuelle ;

19) L'expression de “soft law” a été employée, dès 1930, en droit international, qui apparaît comme un milieu propice à l'émergence du droit souple, en raison des difficultés qu'y rencontre en opportunité le droit dur : les engagements sont parfois difficiles à tenir et le droit souple peut jouer plus aisément un rôle de régulation des relations internationales.

Au sein de l'Union européenne, le recours au droit souple y constitue davantage un véritable choix et occupe également une place croissante dans nombre de politiques européennes.

Le droit souple répond à trois conditions cumulatives :

- il a pour objet de modifier ou d'orienter les comportements de ses destinataires en suscitant, dans la mesure du possible, leur adhésion ;
- il ne crée pas par lui-même de droits ou d'obligations pour leurs destinataires ;
- il présente, par son contenu et son mode d'élaboration, un degré de formalisation et de structuration qui l'apparente aux règles de droit.

Le premier critère permet de distinguer le droit souple des avis ou autres documents préparatoires à l'élaboration d'une règle de droit. Le deuxième marque la limite entre droit souple et droit dur. Le troisième critère a pour fonction de distinguer le droit souple du non-droit.

- de **groupes consultatifs formés de membres issus des trois groupes d'intérêt**, qui formulent des conseils stratégiques et des retours d'information sur les activités de l'Agence ;
- du **bureau** formé de onze membres du conseil de direction, qui agit en tant que groupe d'orientation, gage de l'efficacité des opérations de l'Agence ;
- des **points focaux**, réseau constitué d'un référent par État membre de l'Union européenne et de l'Association économique de libre échange. Ils sont relais d'information pour l'Agence dans chacun des États et coordonnent les initiatives nationales dans le cadre de la campagne "Lieux de travail sains" ;
- de plusieurs groupes d'experts, qui contribuent aux travaux de l'Agence.

La campagne européenne 2012-2013 "Ensemble pour la prévention des risques"

L'une des activités les plus importantes de l'Agence de Bilbao consiste à lancer et à coordonner à échéances régulières de grandes campagnes paneuropéennes de sensibilisation à la prévention des risques. C'est l'Agence elle-même qui définit les thèmes de ces campagnes, mais ce sont les États membres qui, *via* le réseau des points focaux, relaient au plan national les actions de communication en organisant librement les événements à l'occasion desquels le message de prévention sera diffusé à tous les acteurs du monde du travail. Ces campagnes sont rythmées, d'une part, par un concours de bonnes pratiques, pour lequel les États membres présentent la candidature d'entreprises ayant mis en œuvre des solutions de prévention innovantes et marquantes, et, d'autre part, par la mise en place d'actions de communication (colloques, séminaires, symposiums).

Le thème de campagne retenu pour les années 2012 et 2013, "*Ensemble pour la prévention des risques*", fait suite à celui retenu en 2010 et 2011 sur la sécurité lors des travaux de maintenance. Cette campagne s'attache à mettre en évidence la nécessité d'une interaction positive entre le management et la participation active des travailleurs dans les démarches de prévention des risques. En France, la campagne, lancée le 18 avril 2012, s'est poursuivie en 2013 avec la tenue, le 21 octobre d'un séminaire à Montpellier au cours de la semaine européenne de la sécurité et de la santé au travail. Organisé sur une journée par la Direction régionale des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi (DIRECCTE) Languedoc-Roussillon et la Direction générale du travail, il aura permis de réunir 430 participants. Ce séminaire, organisé sous forme de tables rondes, a abordé les thématiques suivantes :

- TPE/PME : les ressources mobilisables pour une prévention efficace des risques professionnels ;
- les femmes et les hommes face à leurs conditions de travail ;

- comment prévenir les risques de désinsertion professionnelle ? ;
- nouvelles technologies, nouvelles organisations du travail : quels enjeux pour la prévention ?

La forte participation témoigne de la qualité des interventions et de l'intérêt croissant porté aux manifestations relatives aux questions de santé et sécurité au travail.

Le projet OiRA d'évaluation des risques

Lancé officiellement lors du XIX^e Congrès mondial sur la sécurité et la santé au travail organisé du 11 au 15 septembre 2011 à Istanbul, OiRA (Online interactive Risk Assessment – Évaluation des risques interactive en ligne) est une application web gratuite d'assistance à l'évaluation des risques professionnels.

Partant du constat que les petites entreprises ont des difficultés à respecter leurs obligations en matière d'évaluation et de prévention des risques professionnels, l'Agence de Bilbao a développé ce projet qui a pour objectif de proposer aux petites entreprises des outils informatiques sectoriels afin de les guider dans leur évaluation des risques. L'Agence fournit aux développeurs des États membres (autorités publiques, organismes de prévention, partenaires sociaux notamment) un générateur d'outils, l'assistance et l'hébergement des données.

Les outils sectoriels sont développés à un niveau national. Les contenus sont ensuite mutualisés entre États membres pour faciliter le développement d'applications sur les mêmes secteurs. En France, c'est l'INRS qui est le relai de l'Agence européenne pour le développement de cet outil. En 2013, au total, 50 outils sont développés ou en cours de développement.

Le site OiRA permet de sélectionner les outils par pays et s'adresse plus spécifiquement aux TPE/PME (<http://oiraproject.eu>).

La réalisation, le développement et la diffusion de cet outil s'inscrivent pleinement dans la Stratégie européenne de santé et de sécurité au travail pour les années 2007-2012, qui invite au développement d'instruments simples et accessibles pour faciliter l'évaluation des risques. Le nouveau cadre politique européen en matière de sécurité et de santé au travail (2014-2020) valorise également l'outillage des entreprises et conforte ainsi le développement de l'outil OiRA.

La Fondation de Dublin

Créée en 1975 à l'initiative de la France, la Fondation européenne pour l'amélioration des conditions de vie et de travail (Eurofound) est une agence de l'Union européenne à gouvernance tripartite, chargée de l'étude des données sociales. Son siège est installé à Dublin. Eurofound contribue à

la mise en place de meilleures conditions de vie et de travail en Europe, par le développement et la diffusion des connaissances à destination des décideurs politiques européens, des gouvernements, des employeurs et des syndicats.

Les activités de la Fondation sont définies par un programme quadriennal qui répond aux objectifs de la stratégie UE 2020. Les thèmes traités concernent non seulement la santé et sécurité au travail, l'équilibre entre la vie professionnelle et la vie privée et les relations sociales dans l'entreprise, mais aussi l'emploi et la cohésion sociale.

Dans un contexte de mutations importantes de l'économie et de l'emploi dans le contexte de la crise, le programme de recherche de la Fondation, portant notamment sur les conditions de travail et l'emploi "durable" tout au long de la vie, a été priorisé et assorti d'indicateurs de suivi afin d'en accroître la performance et d'améliorer la diffusion de ses travaux auprès des décideurs politiques européens.

Les objectifs stratégiques du programme quadriennal 2013-2016

- Accroître la participation au marché du travail et lutter contre le chômage ;
- Améliorer les conditions de travail et le travail soutenable tout au long de la vie ;
- Développer des relations industrielles pour assurer des solutions équitables et performantes dans un contexte de changement des politiques ;
- Promouvoir la cohésion sociale face aux disparités économiques et aux inégalités sociales.

Les analyses secondaires de la cinquième enquête sur les conditions de travail

Eurofound a mis au point, en 1990, une enquête européenne sur les conditions de travail (EWCS). Cinq vagues d'enquêtes ont été menées jusqu'à présent, qui permettent d'observer et d'analyser des tendances de long terme. La cinquième enquête a été réalisée en 2010 dans 34 pays européens, sur un échantillon représentatif de 44 000 travailleurs.

L'analyse des données de la cinquième enquête européenne sur les conditions de travail a débouché sur la publication de rapports et de documents stratégiques sur le bien-être subjectif, les inégalités sociales en matière de qualité de vie, la qualité de la société et des services publics, le surendettement, la confiance politique, l'organisation du travail, la participation des salariés, les conditions de travail des femmes et des hommes et les relations entre salariés.

Plus particulièrement, sur “l’amélioration des conditions de travail”, les résultats des analyses secondaires, qui ont fait l’objet de la publication, en 2013, du rapport *Impact of the crisis on working conditions in Europe*⁽²⁰⁾, tendent à montrer que le ralentissement économique ainsi que les réformes du droit du travail mises en œuvre dans certains pays pourraient avoir joué un rôle dans l’évolution des conditions de travail et de la qualité du travail sur la période de 2008 à 2012.

L’on observe une tendance à la hausse dans l’emploi temporaire : augmentation du nombre de contrats à durée déterminée en Irlande et dans certains pays d’Europe centrale et orientale ; augmentation du travail temporaire et à temps partiel involontaire dans les pays les plus touchés par la crise (Irlande, Espagne). En outre, ces analyses ont permis de constater une plus faible mobilité de l’emploi, une modification des modèles de migration dans les pays méridionaux et un accroissement du travail informel dans certains pays de l’Est.

La hausse de la précarité de l’emploi est confirmée dans la plupart des pays.

On observe également un accroissement de l’intensité du travail en relation avec des conditions spécifiques liées à la crise, telles que les restructurations, et une diminution perceptible du niveau de bien-être au travail.

Toutefois, dans le même temps, certains indicateurs s’améliorent. Par exemple, l’on constate une légère hausse de la satisfaction au travail, une réduction des taux d’accidents et une baisse de l’absentéisme. L’interprétation de ces résultats appelle la plus grande prudence : la réduction des effectifs et la baisse de l’activité dans les emplois industriels et tertiaires les plus touchés par la crise, mais aussi les plus accidentogènes et dont le taux d’absentéisme est le plus élevé, réduit mécaniquement ces indicateurs. À cette première explication s’ajoute l’effet des réformes de la protection sociale dans de nombreux pays (Portugal, Italie, Lituanie, Estonie, Norvège) : la réduction de l’indemnisation des accidents du travail, combinée à la pression accrue liée à un marché de l’emploi plus tendu, ont pu inciter les travailleurs à réduire la déclaration de ces événements.

Le Comité consultatif pour la sécurité et la santé sur le lieu de travail

Le Comité (dit Comité du Luxembourg) est chargé d’assister la Commission européenne dans la préparation, la mise en œuvre et l’évaluation de toute initiative concernant la sécurité et la santé sur le lieu de travail. Ses compétences consultatives ont été progressivement étendues à tous les aspects liés à la sécurité, l’hygiène et la protection de la santé sur le lieu de travail. Il élabore des projets d’avis pour la Commission et des guides de bonnes pratiques. Il est composé de membres titulaires, à savoir un représentant du gouvernement, un représentant des syndicats et un représentant des organi-

20) *Effet de la crise sur les conditions de travail en Europe.*

sations patronales pour chaque État membre (soit 81 membres actuellement). Deux membres suppléants sont désignés pour chaque membre titulaire.

Le Comité, qui organise deux assemblées plénières par an, comprend trois groupes d'intérêt, chacun constitué de représentants des gouvernements nationaux, des syndicats et des organisations patronales. Chaque groupe d'intérêt désigne un porte-parole parmi ses membres, ainsi qu'un coordinateur. Chaque groupe est présidé par la Commission. Ses activités sont coordonnées par un Bureau constitué des porte-paroles et coordinateurs désignés par les groupes d'intérêt et de deux représentants de la Commission. Le Bureau prépare le programme de travail annuel du Comité, et le soumet à l'approbation de ce dernier.

Douze groupes de travail ont été constitués en son sein afin de traiter les questions techniques et d'organiser des ateliers et séminaires. En 2013, le Comité a notamment organisé l'échange d'informations sur les stratégies nationales et il a formalisé une contribution au suivi et à l'évaluation de la stratégie 2007-2012. Enfin, le Comité a participé aux travaux préparatoires pour la mise en place d'une nouvelle stratégie de l'UE pour 2014-2020.

Le Comité des hauts responsables de l'Inspection du travail (CHRIT)

Créée en 1995, cette instance est composée de représentants des services de l'Inspection du travail des États membres de l'Union européenne et des représentants du Bureau International du Travail (BIT), de la Commission européenne, d'observateurs et d'experts invités. Elle assiste la Commission sur les questions ayant un impact sur la santé et la sécurité au travail et développe entre les Inspections du travail des actions conjointes de sensibilisation à la prévention des risques professionnels. Le Comité se réunit en plénière deux fois par an et les travaux préparatoires sont assurés par l'État membre assurant la présidence de l'Union européenne. Le programme des activités est coordonné par une instance permanente dite "application de la réglementation" qui se réunit également deux fois par an et crée, autant que de besoin, des groupes de travail thématiques.

En 2013, les conférences annuelles du CHRIT ont été organisées par la présidence irlandaise puis par la présidence lituanienne de l'Union européenne de la manière suivante :

- la 64^e conférence s'est tenue, le 22 mai 2013, à Dublin. Elle a porté sur *"l'utilisation des technologies de l'information et de la communication par les inspections du travail"*. Une présentation a traité de la dimension européenne et internationale de la formation initiale des inspecteurs élèves du travail français ;
- la 65^e conférence a eu lieu, le 15 novembre 2013, à Vilnius, sur le thème de *"l'investissement en santé et sécurité dans un contexte de ralentis-*

sement économique versus *travail décent*". Une proposition française a été présentée pour conduire une étude sur l'impact de la crise économique sur les systèmes d'Inspection du travail en Europe.

Dans le cadre du programme d'échanges entre les Inspections du travail européennes, deux séjours ont été réalisés par des agents de l'Inspection du travail française :

- l'un au Pays-Bas, où les agents se sont intéressés notamment aux questions liées à la compétence, aux missions et à l'organisation nationale de l'inspection ainsi qu'aux systèmes des sanctions administratives ;
- l'autre au Royaume-Uni, qui a porté sur l'organisation du contrôle dans le secteur ferroviaire et les mesures de prévention préconisées par les inspecteurs pour améliorer la sécurité ferroviaire des travailleurs.

2. L'ACTION INTERNATIONALE

2.1. LA PARTICIPATION AUX TRAVAUX DE L'OIT

La Conférence internationale du travail

La Conférence internationale du travail de 2013 a été marquée par l'inscription à l'ordre du jour de trois thématiques principales :

- **discussion récurrente sur le dialogue social** : cette discussion prend une dimension particulière dans le contexte de crise et des tensions qui en résultent au sein des pays et entre pays développés et pays émergents. L'objectif demeure la ratification par l'ensemble des États membres des conventions fondamentales de l'OIT associées à cette thématique, c'est-à-dire les conventions numéros 87 et 98 ;
- **discussion générale sur l'emploi et la protection sociale dans le nouveau contexte démographique** : le nombre de personnes âgées de 60 ans et plus augmente plus vite que celui de tout autre groupe d'âge et il aura triplé entre aujourd'hui et 2050. Les sociétés en phase de transition démographique sont confrontées à deux tâches de grande ampleur : créer des emplois productifs et décents et redistribuer une proportion suffisante du revenu national des actifs aux catégories inactives de la population afin de leur permettre de mener une vie digne ;
- **discussion générale sur le développement durable et les emplois verts** : deux défis sont à relever, celui d'assurer la durabilité de l'environnement et celui de faire du travail décent pour tous une réalité. La Commission a souligné que la transition vers une économie plus respectueuse de l'environnement peut contribuer à la réalisation de bon nombre d'objectifs sociaux au cours des 20 à 30 prochaines années, dont la création de millions d'emplois décents supplémentaires.

La convention n° 187 de l'Organisation internationale du travail sur le cadre promotionnel pour la sécurité et la santé au travail

Adoptée lors de la 95^e session de la Conférence internationale du travail, en juin 2006, la convention n° 187 de l'OIT procède d'une approche intégrée, fondée sur la combinaison d'instruments normatifs et d'outils pratiques pour élaborer une stratégie globale de santé et de sécurité au travail sous la forme d'un plan d'action. La France a pris, dès l'origine en 2000, une part très active au processus de négociation de la convention et elle s'est par la suite engagée dans une démarche stratégique du même ordre avec la mise en œuvre des Plans santé au travail (PST 1 et 2).

La convention devrait être prochainement officiellement ratifiée par la France, à la suite de l'adoption par le Parlement de la loi du 24 février 2014 autorisant le gouvernement à ratifier la convention n° 187 de l'OIT.

2.2. LA PARTICIPATION AUX TRAVAUX DU CONSEIL DE L'EUROPE

Le Conseil de l'Europe est la plus ancienne organisation intergouvernementale européenne et celle qui regroupe le plus de pays d'Europe : 47 pays membres, représentant plus de 800 millions d'Européens. Il est totalement indépendant de l'Union européenne, mais collabore avec elle dans certains domaines. Les 28 États membres de l'Union européenne sont membres du Conseil de l'Europe. Il œuvre principalement pour la sauvegarde des Droits de l'Homme et pour la promotion des valeurs démocratiques.

Les activités du Conseil de l'Europe intéressent tous les domaines de la vie courante à l'exception des questions relatives à la défense. Elles ont abouti à l'élaboration d'un socle normatif, composé de chartes et de conventions, destiné à faciliter la coopération entre les pays membres du Conseil. Les plus connues sont la Convention européenne des Droits de l'Homme qui garantit les Droits de l'Homme civils et politiques ainsi que la Charte sociale européenne, qui garantit les droits sociaux et économiques de l'Homme.

La ratification par la France en 1973 de la Charte sociale européenne du Conseil de l'Europe l'engage à faire régulièrement état des modalités d'application de ce Traité révisé en 1996. En 2013, l'obligation de rapport portait notamment sur les dispositions relatives aux thématiques "*emploi, formation et égalité des chances*". L'accent a été plus particulièrement mis sur les demandes spécifiques de l'organe de contrôle de la Charte, le Comité européen des droits sociaux, qui a sollicité des réponses sur l'octroi des bourses aux étrangers, l'accès à l'éducation pour les personnes autistes, la délivrance des permis de travail pour les étrangers hors espace économique européen et l'égalité de rémunération entre les hommes et les femmes.

3. L'ACTIVITÉ DE COOPÉRATION INTERNATIONALE : LE GROUPEMENT D'INTÉRÊT PUBLIC INTERNATIONAL (GIP INTERNATIONAL)

Le Groupement d'intérêt public International (GIP International), opérateur de coopération du ministère chargé du Travail une expertise française à plusieurs pays dans le cadre de programmes de coopération bilatérale financés sur son budget propre ou de projets financés par des tiers, comme l'Union européenne.

Le GIP International aide les administrations du travail et les préventeurs des pays partenaires à traduire en actions concrètes le droit de travailler dans un environnement sûr et sain, alors même que le nombre de décès liés au travail est estimé à plus de six mille par jour au niveau mondial. Il s'agit d'ailleurs du premier axe d'intervention du GIP International sur le champ travail.

Sur un champ marqué par de puissantes stratégies d'influence, le GIP International promeut l'approche européenne et l'expérience française tout en adaptant fortement, grâce à la co-construction, ses méthodologies à la réalité économique et sociale de chaque pays. En 2013, l'expertise mobilisée par le GIP International a été préparée et mise en œuvre en partenariat étroit avec l'Institut national du travail de l'emploi et de la formation professionnelle (INTEFP), avec une forte participation de la DGT et des DIRECCTE, mais aussi pour certaines actions, la participation du réseau des Caisses d'assurance retraite et de la santé au travail (Carsat) et de l'INRS, du réseau de l'Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail (ANACT), de l'Organisme professionnel de prévention du bâtiment et des travaux publics (OPPBTP), de l'Institut de veille sanitaire (InVS) et de plusieurs services de santé au travail.

Quelques lignes de force se dégagent de l'activité conduite en 2013.

3.1. L'APPUI AU DÉVELOPPEMENT DE SYSTÈMES NATIONAUX DE SANTÉ ET DE SÉCURITÉ AU TRAVAIL

En **Tunisie**, le GIP International appuie le système national de santé et de sécurité au travail, depuis plus de vingt ans grâce à des actions bilatérales et depuis deux ans grâce à un ***“jumelage d'appui au plan national de prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles”***, financé par l'Union européenne. Ce dernier projet, conduit par le GIP International avec la Direction tunisienne de l'Inspection médicale et de la sécurité au travail (DIMST) pour la partie tunisienne, et la participation de

partenaires français (Eurogip) et allemands (GVG²¹⁾), a représenté 340 jours d'expertise au cours de 67 missions d'experts européens.

Le jumelage a notamment permis :

- d'initier un dialogue impliquant les principaux préventeurs tunisiens mais aussi les partenaires sociaux pour la mise en place d'une Stratégie nationale de prévention des risques professionnels ;
- de préparer une enquête nationale pour la mise en place d'une cartographie des risques professionnels en Tunisie (CARIPT, cf. *encadré ci-dessous*), qui devrait être lancée au cours de l'année 2014 ;
- de réaliser une étude comparée entre les réglementations tunisienne et européenne et de proposer une modernisation de textes spécifiques.

Il a également donné lieu à l'élaboration de guides sectoriels d'inspection des conditions de santé et de sécurité au travail (confection, agro-alimentaire...).

Enfin, les experts mobilisés ont pu apporter une assistance à l'Institut de santé et de sécurité au travail (ISST) et aux services de médecine du travail, par exemple pour la mise en place de systèmes de management de la qualité ou la couverture des PME/TPE.

CARIPT ou l'enquête SUMER aux couleurs de la Méditerranée

Le projet d'enquête CARIPT (Cartographie des Risques Professionnels en Tunisie) est le fruit d'une conduite de projet exemplaire par une équipe projet tunisienne pilotée par l'Inspection médicale (DIMST), avec l'appui des experts et partenaires français (DGT, DIRECCTE Île-de-France, Direction de l'animation de la recherche, des études et des statistiques – DARES), dans le cadre du jumelage financé par l'Union européenne.

Comme l'enquête SUMER, dont elle est largement inspirée, CARIPT s'appuiera sur des questionnaires mis en œuvre par une centaine de médecins du travail volontaires sur l'ensemble du territoire tunisien. En outre, la participation active de l'Institut national des statistiques (INS) au projet CARIPT, qui n'était pas acquise au départ, constitue un atout majeur pour la crédibilité statistique du projet.

L'équipe projet tunisienne s'est entièrement approprié la méthodologie propre à ce type d'enquête, qui constitue une première au Maghreb et aussi la première tentative de déclinaison de l'enquête SUMER en dehors de la France. Les questionnaires, en particulier, ont été adaptés à la réalité tunisienne. Ils seront testés au cours de l'année 2014, avant un démarrage effectif de l'enquête en octobre 2014, pendant une période d'un an.

Complémentaires des statistiques existantes sur les accidents du travail et les maladies professionnelles, les connaissances qui seront obtenues par CARIPT sur l'exposition des travailleurs tunisiens aux risques professionnels devraient à terme alimenter

21) Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V.

la Stratégie tunisienne de santé sécurité au travail, ainsi que les programmes de prévention. D'ores et déjà, avant même son lancement, il faut souligner que l'enquête CARIPT est aussi un projet moteur et fédérateur, qui a reçu un accueil très favorable des médecins inspecteurs et médecins du travail tunisiens.

Quant à la coopération bilatérale, engagée avant le jumelage, elle s'est également poursuivie et permettra de pérenniser les acquis du jumelage européen. En 2013, les efforts se sont concentrés sur la poursuite de la démarche d'amélioration des conditions de travail engagée dans le secteur du BTP. Un séminaire d'information et de sensibilisation, ouvert par le ministre tunisien des Affaires sociales, s'est ainsi tenu en juin 2013, à l'attention de l'ensemble des préventeurs et partenaires du secteur, avec la participation de représentants des institutions de prévention (Inspection du travail, CRAMIF⁽²²⁾, OPPBTP) et partenaires sociaux français.

Il reste toutefois à la partie tunisienne, en dépit du contexte peu propice de transition, à commencer à traduire sur un plan opérationnel les réflexions en cours pour la mise en place d'une Unité pluridisciplinaire de contrôle des conditions de santé et de sécurité au travail (UCCSST), ainsi que la modernisation du décret spécifique à ce secteur. Par ailleurs, une réflexion sur le rôle en matière de contrôle de la santé et la sécurité au travail de l'Inspection du travail tunisienne, aujourd'hui accaparée par la conciliation des conflits collectifs, est en cours pour venir compléter l'action des autres acteurs et traduire effectivement, sur le terrain, les priorités et réglementations tunisiennes. Des besoins de formation ont été exprimés à cet égard.

Au **Maroc**, l'appui du GIP International s'est traduit concrètement, depuis plusieurs années, par une assistance technique et juridique pour l'élaboration d'une loi cadre en santé et sécurité au travail ainsi qu'un appui à la mise en œuvre du Plan national d'amélioration des conditions de travail (PNACT).

En mars 2013, une mission a permis de dresser un bilan partagé de ce qui a été accompli, ainsi que des discussions engagées pour dessiner les contours de l'appui qui sera apporté dans les années à venir, à partir des enjeux identifiés de l'évolution du système marocain de santé et sécurité au travail. Ces actions prennent place dans le cadre d'un dispositif cohérent et novateur porté par la chef de la division de la santé et de la sécurité au travail de la Direction du travail marocaine.

Le ministère chargé de l'Emploi a lancé en 2013 la deuxième phase du Plan d'action national d'amélioration des conditions de travail, dont la mise en œuvre est appuyée par la participation de neuf délégations régionales à l'accompagnement de dix entreprises pilotes par région, appartenant à

22) Caisse régionale d'assurance maladie d'Île-de-France.

différents secteurs et choisies en concertation avec les organisations professionnelles. Ce dispositif apporte, au plan de l'administration, des réponses au besoin de coordination et d'animation entre le niveau central et les délégations régionales sur la thématique de la prévention des risques professionnels. Il intègre également, sur un plan plus large, une dimension de sensibilisation et d'implication des acteurs sociaux et des entreprises. Les neuf délégations régionales, engagées dans la démarche dans le cadre de contrats objectifs, mobilisent chacune des équipes pluridisciplinaires (inspecteur du travail, médecin et ingénieur chargés de l'Inspection du travail).

L'objectif est d'aboutir à la production de guides sur la prévention des risques professionnels, destinés aux entreprises d'une part et aux inspecteurs du travail d'autre part, avec l'appui technique des experts français, eux-mêmes constitués en équipes pluridisciplinaires. Ces guides concerneront deux secteurs, le bâtiment et l'agriculture. Un séminaire, co-animé par les équipes d'experts marocains et français, sera organisé au Maroc afin de présenter les guides finalisés et de communiquer en direction de différents acteurs cibles : partenaires sociaux, entreprises des secteurs concernés, inspecteurs du travail, médecins du travail, ingénieurs de prévention.

Avec la **Russie**, les échanges entre experts français et russes, fondés sur l'approche comparée des réglementations et des pratiques, se sont poursuivis dans les deux pays en matière de prévention des risques professionnels, de contrôle et de déclaration des accidents de travail.

3.2. LE RENFORCEMENT DES CAPACITÉS DES ACTEURS DE LA PRÉVENTION ET DES INSPECTIONS DU TRAVAIL

Avec la **Chine**, les actions de coopération étaient dans le passé souvent irrégulières, ponctuelles et rarement capitalisées. Depuis 2013, le GIP International a considérablement développé ses actions en direction de la Chine, prioritairement dans le cadre du projet EUCOSH (*cf. encadré ci-après : "EUCOSH (EU - China Project on Occupational Health and Safety in High-Risk Sectors)"*) ainsi que dans un cadre bilatéral, à la demande des services du Conseiller pour les affaires sociales auprès de l'Ambassade de France.

Dans le champ de la santé et de la sécurité au travail, neuf experts français ont ainsi participé à des missions en Chine, pour des durées de deux à trois semaines en moyenne, et une visite d'étude a été organisée en France pour une délégation de la State Administration for Work Safety (SAWS).

EUCOSH (EU-China Project on Occupational Health and Safety in High-Risk Sectors)

Le projet EUCOSH, d'une durée de 4 ans et doté d'un budget de près de 9 millions d'euros, s'inscrit dans le cadre de la coopération entre l'Union européenne et la Chine.

La santé au travail constitue un enjeu d'importance croissante en Chine (l'on note en particulier une fréquence encore élevée des accidents du travail dans certains secteurs comme les mines et une forte progression des maladies professionnelles) et devient une priorité du gouvernement chinois.

Grâce à ce projet, l'Union européenne finance l'assistance technique d'experts internationaux pour aider la Chine à faire progresser la santé et la sécurité au travail, en combinant une priorité accordée à quelques secteurs à risques élevés avec une démarche plus globale et systémique, inspirée de l'approche européenne. Un *consortium* dirigé la GVG (agence de coopération allemande) a été retenu pour mener cette assistance. Le GIP International a conclu en 2012 un accord de partenariat avec le cabinet AETS (filiale de l'APAVE française), membre du *consortium*, afin de promouvoir l'expertise française dans ce projet, et en particulier l'expertise publique en santé et sécurité au travail, dans un pays où le modèle anglo-saxon dispose d'une avance forte. Malgré des contraintes fortes (adaptation à l'approche pédagogique chinoise, anglais comme langue de travail unique, pilotage complexe, notamment), plusieurs experts ont été mobilisés avec succès sur ce projet. Ils ont participé aux côtés d'autres experts européens à la conception et à la réalisation d'actions de formation, selon une approche sectorielle (industrie chimique) d'une part, et d'ingénierie de formation pour les inspecteurs du SAWS d'autre part.

Par ailleurs, à la demande du Conseiller pour les affaires sociales auprès de l'Ambassade de France, le GIP International a organisé, avec la participation de la DGT, des DIRECCTE et DREAL⁽²³⁾ de Haute-Normandie, du CNAM⁽²⁴⁾ et de l'INRS, une visite en France d'une délégation du SAWS en juillet 2013 sur le risque chimique. Parmi les centres d'intérêt abordés figuraient les problématiques de la prévention des accidents majeurs, avec une visite de la raffinerie Total au Havre, des risques à effet différé, nettement moins pris en compte actuellement en Chine, de la formation et de la recherche en matière de santé et de sécurité au travail.

La partie chinoise a exprimé une grande satisfaction et des attentes fortes dans le cadre d'une poursuite souhaitée de la coopération avec la France en la matière.

Au **Bénin**, le développement des compétences en matière d'évaluation et de prévention des risques professionnels se poursuit avec, en 2013, une nouvelle formation pour les inspecteurs du travail, consacrée à l'approche ergonomique des situations de travail.

²³⁾ Direction régionale de l'environnement, de l'aménagement et du logement.

²⁴⁾ Conservatoire national des arts et métiers.

3.3. L'AMÉLIORATION DES CONDITIONS DE TRAVAIL DANS LE SECTEUR AGRICOLE ET DANS L'ÉCONOMIE INFORMELLE

Les actions de coopération prennent davantage en compte la réalité économique et sociale des pays partenaires, notamment le poids du secteur agricole et de l'économie informelle. Il s'agit d'une priorité du programme **ADMITRA** du BIT, financé par la France et auquel le GIP International contribue. La participation à ce programme implique de mener une réflexion commune avec les administrations du travail des pays concernés sur de nouvelles méthodologies d'intervention, démarche initiée lors d'un atelier au Centre international de formation du BIT à Turin en février 2012.

Une première mission a ensuite eu lieu au **Togo**, qui a produit des échanges très riches tant avec les inspecteurs du travail qu'avec les représentants et travailleurs de l'économie informelle, dans les secteurs maquis petite restauration et menuiserie. Une mission similaire s'est également déroulée au **Sénégal**, qui a permis de dresser un diagnostic précis de la situation dans les secteurs ciblés (menuiserie et mécanique). Deux autres missions ont eu lieu dans les mêmes pays afin de préparer un plan d'action dans les secteurs retenus.

Il est prévu l'organisation d'un second atelier, à Turin, en 2014, qui devrait permettre de capitaliser ces expériences et de commencer à construire des repères méthodologiques pour l'intervention de l'Inspection du travail dans l'économie informelle.

Dans le même esprit, l'agriculture constitue désormais une priorité pour plusieurs pays. En **Albanie**, l'Inspection du travail albanaise a demandé à être accompagnée par l'expertise française dans ses préoccupations au sujet de la nécessité de renforcer les compétences des inspecteurs du travail concernant la santé et la sécurité au travail dans l'agriculture. Ce projet, qui a commencé en 2010, s'est poursuivi en 2012 et 2013. Des fiches d'aide au contrôle ont été élaborées en respectant la typologie des entreprises visitées dans les précédentes actions (élevage de gros animaux, élevage de petits animaux, cultures plein champ, serres et pépinières).

LES DONNÉES CHIFFRÉES

Introduction	143
1. Les accidents du travail	148
1.1. Le régime général	148
1.2. Le régime agricole	185
1.3. Le secteur public	197
2. Les maladies professionnelles	212
2.1. Le régime général	212
2.2. Le régime agricole	223
2.3. Le secteur public	228
3. La médecine du travail	242
3.1. Les données chiffrées de la médecine du travail hors agriculture	242
3.2. L'évolution du temps médical	249
3.3. La composition de l'équipe entourant le médecin du travail	254
3.4. L'activité des médecins du travail	258
3.5. Les services de santé et de sécurité au travail en agriculture	263

LES DONNÉES CHIFFRÉES

INTRODUCTION

La connaissance du nombre d'accidents du travail et de maladies professionnelles, couvrant tant le secteur privé que le secteur public, est nécessaire pour établir un diagnostic permettant d'élaborer une politique de prévention efficace.

En complément des données sur les accidents de travail et les maladies professionnelles, des études ont pour objectif d'évaluer les expositions réelles auxquelles sont soumis les travailleurs, en amont de la survenance des accidents du travail et des maladies professionnelles, ainsi que de connaître leurs conditions de travail et de santé. C'est par exemple le cas de l'enquête SUMER, pilotée par la Direction de l'animation de la recherche, des études et des statistiques (Dares) et la Direction générale du travail (Inspection médicale du travail) ou encore de l'enquête Conditions de travail.

L'enquête SUMER 2010 : méthode et résultats

Méthode de l'enquête

L'enquête Surveillance médicale des expositions aux risques professionnels (SUMER), copilotée par la Direction de l'animation de la recherche, des études et des statistiques (Dares) et la Direction générale du travail (Inspection médicale du travail), décrit les contraintes organisationnelles et les expositions professionnelles physiques, biologiques et chimiques auxquelles sont soumis les salariés. À ce jour, trois vagues de cette enquête, indépendantes les unes des autres, ont été menées : en 1994, en 2003 et en 2010.

Le champ de l'enquête SUMER a été progressivement étendu : il couvre non seulement l'ensemble des salariés surveillés par la médecine du travail du régime général et de la Mutualité sociale agricole, mais aussi, depuis 2003, les hôpitaux publics, EDF-GDF, La Poste, la SNCF et Air France. Depuis 2010, l'enquête intègre également la RATP, les gens de mer et une partie des agents de la fonction publique de l'État (40 % environ) et des collectivités territoriales.

Grâce à l'extension de son champ, l'enquête SUMER 2010, qui porte sur un échantillon de 48 000 personnes, est représentative de près de 22 millions de salariés, soit 92 % des salariés.

SUMER est une enquête transversale qui fournit une évaluation des expositions professionnelles des salariés, de la durée de ces expositions et des protections collectives ou individuelles éventuelles mises à disposition. Jusqu'en 1994, les données étaient uniquement recueillies par le médecin du travail lors de l'entretien médico-professionnel au cours de la visite périodique et s'appuyaient donc aussi sur sa connaissance des postes de travail. Depuis 2003, un auto-questionnaire a été ajouté, que le salarié remplit seul avant la visite médicale, qui permet d'intégrer à l'enquête la perception qu'a le salarié de son travail et la relation qu'il fait entre sa santé et son travail ainsi que, depuis l'édition 2010, des indicateurs de risques psychosociaux.

Quelques résultats de l'enquête 2010

- Intensification du travail chez les salariés

Les premiers enseignements de l'enquête SUMER 2010 indiquent que de 1994 à 2003, dans le secteur privé, **l'intensité du travail** a augmenté tandis que les expositions aux contraintes physiques dans le travail ont reculé. Au cours de cette même période, les marges de manœuvre des salariés augmentent.

Entre 2003 et 2010 en revanche, les rythmes de travail et les contraintes physiques se stabilisent à un niveau élevé alors que l'autonomie des salariés les plus qualifiés recule.

En effet, si les contraintes liées au travail sur des machines ont peu varié au cours des quinze dernières années, la proportion de salariés devant respecter des normes de production ou des délais en une journée au plus a progressé entre 1994 et 2010. C'est notamment dans le secteur tertiaire que les contraintes liées aux normes s'accroissent, ainsi que le contrôle et la surveillance permanents, notamment *via* des systèmes informatiques, qui ont fortement augmenté entre 2003 et 2010.

Sur cette dernière période, les salariés se plaignent moins souvent de manquer de moyens pour faire correctement leur travail, mais ils signalent plus fréquemment subir des comportements hostiles ou ressentis comme tels dans le cadre du travail.

- Exposition aux risques chimiques

L'enquête SUMER montre qu'en 2010, 10 % de l'ensemble des salariés, soit près de **2,2 millions de salariés, ont été exposés à au moins un produit chimique cancérogène** au cours de la dernière semaine travaillée. Les ouvriers et les salariés travaillant dans des activités de maintenance ou dans le secteur de la construction sont les plus concernés, y compris par la multi-exposition. Les expositions sont plus fréquentes chez les jeunes et concernent beaucoup plus souvent les hommes que les femmes.

Les cancérogènes les plus souvent cités sont les gaz d'échappement diesel, les huiles minérales entières, les poussières de bois et la silice cristalline. 38 % des situations d'exposition sont de durée et/ou d'intensité importantes. Une protection collective

localisée existe dans 21 % des situations d'exposition et une ventilation générale des locaux dans 19 % des cas.

Entre 2003 et 2010, la proportion de salariés exposés à au moins un produit chimique cancérigène a diminué, passant de 13 % à 10 % sur le champ commun aux enquêtes SUMER 2003 et 2010. Cette baisse est constatée pour la grande majorité des produits chimiques concernés.

Les expositions aux risques professionnels varient fortement d'un secteur d'activité à l'autre, selon le risque considéré, du fait notamment des métiers et des contraintes spécifiques à chacun de ces secteurs. En 2010, les horaires atypiques concernent ainsi particulièrement les salariés de la fonction publique hospitalière, du commerce et des transports. Les salariés de ces secteurs ainsi que ceux de l'industrie sont également plus fortement soumis à des contraintes de rythme de travail. Les salariés de l'industrie, du commerce et des transports disposent aussi de marges de manœuvre plus faibles que l'ensemble des salariés. Les agressions de la part du public dans le cadre du travail touchent plus particulièrement les salariés de la fonction publique, du commerce et des transports. Les différences sont en revanche peu marquées entre secteurs, concernant le soutien apporté par les collègues ou les supérieurs en cas de difficultés.

Les contraintes physiques intenses concernent surtout la construction et l'agriculture, tandis que le travail prolongé sur écran est plus fréquent dans le tertiaire et la fonction publique de l'État, couverte seulement en partie par cette étude. Les salariés de la construction et, dans une moindre mesure, de l'industrie et de l'agriculture, sont beaucoup plus fréquemment exposés à des bruits plus intenses que la moyenne.

Dans la fonction publique hospitalière, les trois quarts des salariés sont exposés à des agents biologiques.

- Mise en œuvre des mesures de prévention

Selon les médecins du travail interrogés dans le cadre de l'enquête SUMER 2010, plus de la moitié des salariés sont couverts par un **Comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail** (CHSCT) et disposent dans leur établissement d'un **document d'évaluation des risques professionnels actualisé**. Seuls un peu plus d'un tiers des salariés travailleraient dans un établissement qui a mis à jour un plan de prévention.

Ces dispositifs de prévention formalisés ou leurs équivalents sont plus souvent cités dans les grands établissements et dans la fonction publique. Lorsqu'ils existent, la qualité de la prévention en matière de risques physiques, chimiques et biologiques apparaît meilleure.

Les données présentées dans le cadre de ce chapitre sont relatives :

- aux accidents du travail ;
- aux maladies professionnelles ;
- à la médecine du travail.

S'agissant des accidents du travail et des maladies professionnelles, elles ne sont pas homogènes selon leur régime d'affiliation.

S'agissant du régime général du secteur privé, la connaissance des risques professionnels repose sur les statistiques établies par la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS). Dans son domaine de compétences, la CNAMTS fournit des données détaillées et des analyses de grande qualité, notamment en fonction de l'organisation de la branche en neuf comités techniques nationaux (CTN), couvrant les secteurs d'activité suivants :

- les industries de la métallurgie (CTN A) ;
- les industries du bâtiment et des travaux publics (BTP) (CTN B) ;
- les industries des transports, de l'eau, du gaz, de l'électricité, du livre et de la communication (CTN C) ;
- les services, commerces et industries de l'alimentation (CTN D) ;
- les industries de la chimie, du caoutchouc et de la plasturgie (CTN E) ;
- les industries du bois, de l'ameublement, du papier-carton, du textile, du vêtement, des cuirs et des peaux et des pierres et terres à feu (CTN F) ;
- le commerce non alimentaire (CTN G) ;
- les activités de services I (*banques, assurances, administrations, etc.*) (CTN H) ;
- les activités de services II (*santé, social, intérim, etc.*) (CTN I).

Néanmoins, les statistiques relatives aux accidents du travail et aux maladies professionnelles doivent être analysées avec précaution. En effet, le nombre de maladies professionnelles n'est pas connu de manière exhaustive et précise, car aucun dispositif ne permet d'estimer parfaitement l'ampleur de leur sous-évaluation, dont les causes sont multiples.

La branche Accidents du travail - Maladies professionnelles (AT-MP) de la CNAMTS procède ainsi chaque année à un versement annuel à la branche maladie pour tenir compte des dépenses supportées par cette dernière du fait des sous-déclarations des accidents de travail et des maladies professionnelles. Le montant du versement est évalué sur la base des conclusions de la commission Diricq, qui se réunit tous les trois ans pour évaluer le coût réel des sous-déclarations. Afin de tenir compte du rapport rendu par la commission Diricq en 2008, qui a évalué l'incidence financière de la sous-déclaration dans une fourchette comprise entre 587 et 1 110 millions d'euros, la contribution de la branche AT-MP à la branche maladie a été fixée à 790 millions d'euros pour 2014.

Transfert de la branche AT-MP à la branche maladie

(en millions d'euros)

2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
330	330	330	410	410	710	710	710	790	790	790

Source : CNAMTS, rapport de gestion 2013.

S'agissant du secteur agricole, les données relatives aux évolutions des accidents du travail et des maladies professionnelles, ainsi que celles portant sur la médecine du travail, sont recueillies et analysées par la Mutualité sociale agricole (MSA) depuis 1974. Les informations fournies ne concernent ni l'Alsace-Moselle, ni les territoires ultramarins, qui relèvent d'un régime spécifique.

S'agissant du secteur public, les données statistiques sont produites par différents départements ministériels et un travail de centralisation et de synthèse est réalisé par la Direction générale de l'administration et de la fonction publique (DGAFP) pour la fonction publique d'État, la Direction générale de l'offre de soins (DGOS) pour la fonction publique hospitalière et la Direction générale des collectivités locales (DGCL) pour la fonction publique territoriale.

Le Fonds national de prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles (FNP) de la Caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales (CNRACL), géré par la Direction des retraites de la Caisse des dépôts et consignations, réalise également des études statistiques sur la base d'un échantillon représentatif des trois versants de la fonction publique.

Enfin, les données relatives à la médecine du travail traitent de l'organisation de la médecine du travail ainsi que des activités des médecins du travail.

1. LES ACCIDENTS DU TRAVAIL

1.1. LE RÉGIME GÉNÉRAL

Évolution des accidents du travail

Entre 2012 et 2013, le nombre d'accidents du travail (AT) a diminué de 3,5 % dans un contexte de quasi-stabilité des effectifs salariés. La fréquence des accidents de travail a donc également connu une évolution à la baisse, pour atteindre le minimum historique de 33,8 AT pour 1 000 salariés en 2013.

Les diminutions les plus importantes de la sinistralité et de la fréquence des AT concernent les Comités techniques nationaux E (chimie, caoutchouc, plasturgie), A (métallurgie) et B (BTP). La gravité des AT ainsi que le nombre de décès ont également baissé entre 2012 et 2013, respectivement de 3,5 % et de 3 %.

Évolution des accidents du travail

Entre 2012 et 2013, le nombre d'accidents du travail (AT) a diminué de 3,5 %. Il s'agit du nombre de nouveaux accidents du travail ayant donné lieu à un premier règlement de prestations en espèces au cours de l'année civile 2013⁽¹⁾.

À l'instar des accidents du travail, l'on constate également, en 2013, une diminution :

- des journées d'arrêt de travail (37,5 millions en 2013 contre 37,8 millions en 2012) ;
- des incapacités permanentes (39 078 en 2013, soit - 2,6 % par rapport à 2012) ;
- du nombre de décès (541 en 2013, soit - 3,0 % par rapport à 2012).

Ainsi, bien qu'étant souvent la conséquence de sinistres antérieurs, la diminution des nouvelles incapacités permanentes (IP) en 2013 s'inscrit bien dans la tendance à la baisse constatée depuis 2006.

1) Sous la rubrique "sinistre en 1^{er} règlement", la CNAMTS recense les sinistres AT-MP ayant entraîné l'imputation au compte employeur (ou au compte spécial) d'un règlement :
 - d'indemnité journalière, correspondant à un arrêt de travail d'au moins 24 heures, en sus du jour au cours duquel l'accident est survenu ;
 - d'indemnité en capital ou d'un capital rente, correspondant à la réparation d'une incapacité permanente (IP) ;
 - ou d'un capital décès, consécutif à un sinistre mortel.
 Un sinistre AT-MP est donc comptabilisé au sein de la rubrique "sinistre avec 1^{er} règlement" uniquement l'année correspondant à ce 1^{er} règlement.

Signification des indicateurs utilisés dans les statistiques d'accidents du travail et des maladies professionnelles

- **Taux de fréquence (TF)** = (nombre des accidents avec arrêt/heures travaillées) x 1 000 000
- **Indice de fréquence (IF)** = (nombre des accidents avec arrêt/effectif salarié) x 1 000
- **Taux de gravité (TG)** = (nombre des journées perdues par incapacité temporaire/heures travaillées) x 1 000
- **Indice de gravité (IG)** = (somme des taux d'incapacité permanente/heures travaillées) x 1 000 000

En 2013, dans un contexte de légère augmentation du nombre de salariés, l'indice de fréquence (IF) des accidents du travail (AT) atteint un nouveau niveau historiquement bas, avec 33,8 AT avec arrêt pour 1 000 salariés.

Évolution du nombre d'accidents de travail et des effectifs salariés entre 2008 et 2013 *(en italique, taux d'évolution annuelle)*

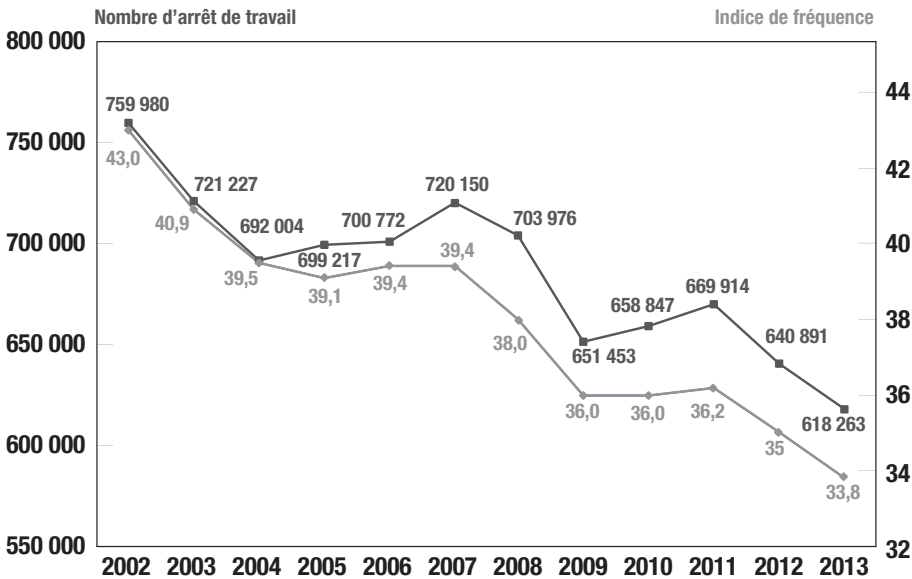
	2008	2009	2010	2011	2012	2013
AT en 1 ^{er} règlement	703 976	651 453	658 847	669 914	640 891	618 263
	- 2,20 %	- 7,50 %	1,10 %	1,70 %	- 4,30 %	- 3,50 %
Salariés	18 508 530	18 108 823	18 299 717	18 492 444	18 296 201	18 314 269
	1,30 %	- 2,20 %	1,10 %	1,10 %	- 1,10 %	0,10 %
Nouvelles incapacités permanentes (IP)	44 037	43 028	41 176	40 986	40 136	39 078
	- 5,10 %	- 2,30 %	- 4,30 %	- 0,50 %	- 2,10 %	- 2,60 %
Décès	569	538	529	552	558	541
	- 8,50 %	- 5,40 %	- 1,70 %	4,30 %	1,10 %	- 3,00 %
Journées d'incapacité temporaire (IT)	37 422 365	36 697 274	37 194 643	38 321 575	37 823 128	37 495 807
	4,30 %	- 1,90 %	1,40 %	3,00 %	- 1,30 %	- 0,90 %
Indice de fréquence	38	36	36	36,2	35	33,8
	- 3,50 %	- 5,40 %	0,1 %	0,60 %	- 3,30 %	- 3,60 %

Source : données nationales AT-MP issues des bases annuelles SGE TAPR sur les 9 Comités techniques nationaux, non compris bureaux, sièges sociaux et autres catégories professionnelles particulières.

La baisse de la sinistralité constatée en 2013 s'inscrit dans une tendance plus longue : entre 2008 et 2013, l'on constate une diminution du nombre des accidents du travail de - 12,2 %.

Même s'il existe un effet de la corrélation entre le nombre d'AT et le nombre de salariés, qui diminue globalement sur la période, la baisse du nombre d'AT se poursuit en 2013 malgré une augmentation du nombre de salariés. L'indice de fréquence des AT, est en baisse de - 11,1 % sur la période entre 2008 et 2013. Après une période de stabilité, voire de légère remontée en 2010 et 2011, la fréquence des AT poursuit donc sa décroissance en 2012 et en 2013.

Évolution du nombre d'AT et de leur fréquence pour 1 000 salariés sur la période de 2002 à 2013



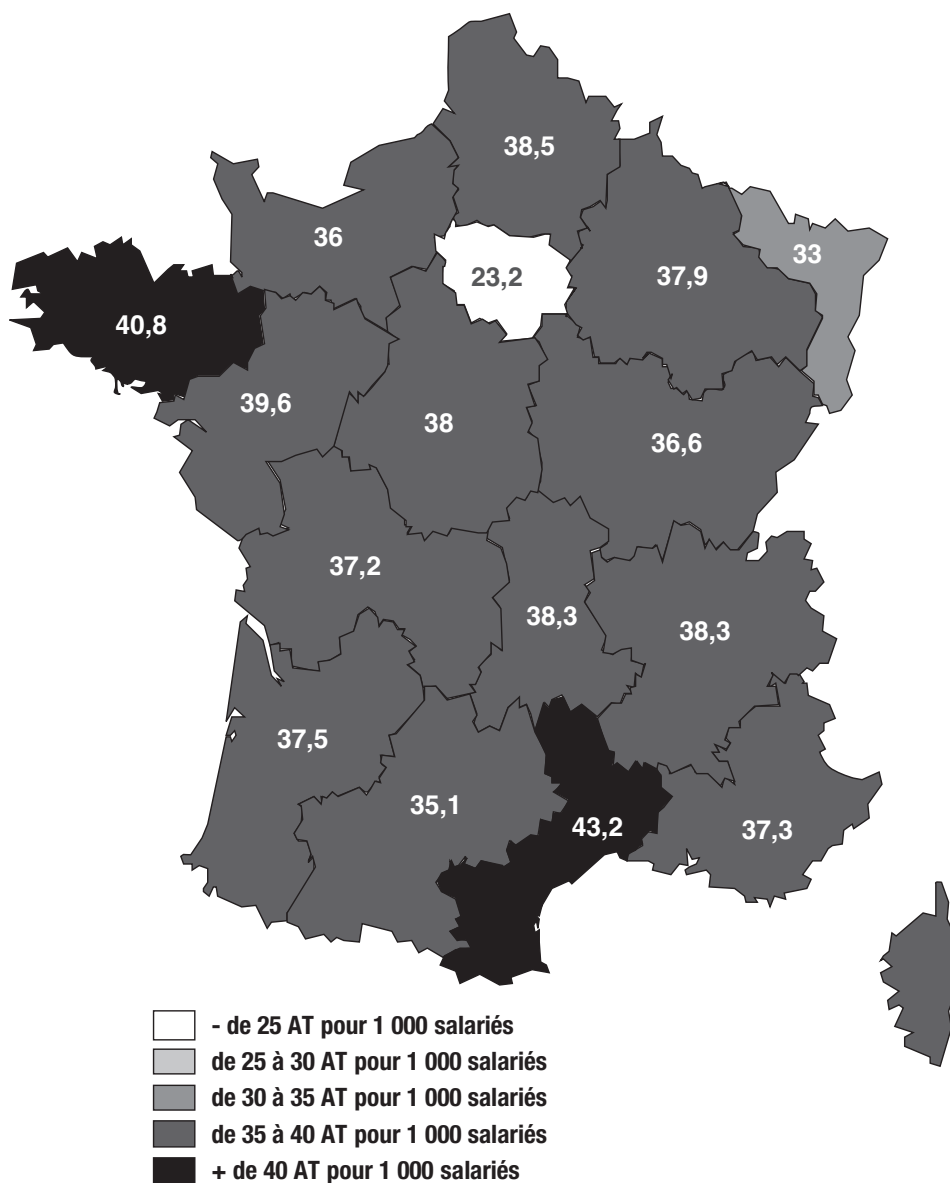
Source : CNAMTS, rapport de gestion 2013.

Si l'on entre dans le détail de l'analyse, des disparités régionales importantes sont à constater. L'indice de fréquence de l'ensemble des régions métropolitaines est supérieur à 35 AT pour 1 000 salariés pour toutes les régions sauf deux :

- la région Île-de-France, dont l'indice de fréquence, de 23,2 pour 1 000, est le plus faible et très inférieur à la moyenne nationale, du fait de la part prépondérante du secteur tertiaire dans ses activités ;
- l'Alsace-Moselle, dont l'indice de fréquence, de 33,0 pour 1 000, est légèrement inférieur à la moyenne nationale.

À l'inverse, seules deux régions présentent des indices de fréquence supérieurs à 40 pour 1 000 : le Languedoc-Roussillon (43,2) et la Bretagne (40,8).

Indice de fréquence des accidents du travail 2013 par CARSAT*



Source : Rapport de gestion 2013 de l'Assurance maladie risques professionnels.

* CARSAT : Caisse d'assurance retraite et de santé au travail.

Circonstances des accidents du travail

Au cours des dernières années, plusieurs règlements ont fait évoluer l'organisation des statistiques européennes relatives aux accidents du travail à la demande d'Eurostat. En particulier, l'une de leurs conséquences a été

de substituer aux éléments matériels, classiquement utilisés jusqu'alors, la description des circonstances de l'accident selon quatre variables :

- l'activité physique spécifique (ce que faisait la personne au moment de l'accident) ;
- la déviation (ce qui a dysfonctionné, par exemple une chute) ;
- son agent matériel (l'objet en cause, par exemple une échelle) ;
- les modalités du contact (la manière dont la victime a été blessée, par exemple un écrasement, un heurt, une coupure, etc.).

La nouvelle nomenclature devrait apporter des informations utiles en matière de prévention. Ainsi, le tableau ci-dessous présente les causes des accidents du travail au sens de la déviation, c'est-à-dire de ce qui a dysfonctionné, les principales causes étant détaillées par la suite.

Répartition des sinistres en fonction des grandes catégories de déviation

Déviation	AT en 1 ^{er} règlement	Nouvelles IP	Décès	Journées d'IT
Mouvement du corps sous ou avec contrainte physique (conduisant généralement à une blessure interne)	124 452	780	7	4 475 736
	30 %	19 %	4 %	30 %
Perte, totale ou partielle, de contrôle de machine, moyen de transport - équipement de manutention, outil à main, objet, animal	93 953	1280	60	2 851 493
	23 %	32 %	32 %	19 %
Glissade ou trébuchement avec chute, chute de personne	84 594	846	24	3 843 016
	20 %	21 %	13 %	26 %
Mouvement du corps sans contrainte physique (conduisant généralement à une blessure externe)	61 464	573	8	1 887 528
	15 %	14 %	4 %	13 %
Rupture, bris, éclatement, glissade, chute, effondrement d'agent matériel	30 418	344	25	1 047 490
	7 %	9 %	13 %	7 %
Surprise, frayeur, violence, agression, menace, présence	12 729	126	9	537 564
	3 %	3 %	5 %	4 %
Déviation par débordement, renversement, fuite, écoulement, vaporisation, dégagement	4 277	23	0	75 316
	1 %	1 %	0 %	1 %
Autre déviation non listée dans cette classification	3 611	38	48	117 666
	1 %	1 %	25 %	1 %
Déviation par problème électrique, explosion, feu	2 035	20	8	60 809
	0 %	0 %	4 %	0 %
Sous total des AT 2013 codés	417 533	4 030	189	14 896 617
	68 %	10 %	35 %	40 %
TOTAL 2013 (y compris AT non codés ou codés avant)	618 263	39 078	541	37 495 807
	100 %	100 %	100 %	100 %

Source : C/NAMTS, données nationales AT-MP issues des bases annuelles SGE TAPR sur les 9 Comités techniques nationaux, non compris bureaux, sièges sociaux et autres catégories professionnelles particulières.

L'on constate que la principale cause d'accident (30 % des AT et des journées d'incapacité temporaire) est un mouvement du corps sous ou avec contrainte physique (conduisant généralement à une blessure interne). En revanche, les accidents présentant la plus forte gravité sont liés à la perte, totale ou partielle, de contrôle d'une machine, d'un moyen de transport ou équipement de manutention, d'un outil à main, le plus souvent non motorisé, d'un objet ou d'un animal : ils sont liés à 32 % des nouvelles incapacités permanentes et des décès.

L'étude des principales causes permet de mieux comprendre les circonstances de ces accidents.

- Les AT dont la déviation est un mouvement du corps sous ou avec contrainte physique (conduisant généralement à une blessure interne), qui représentent 30 % des accidents, correspondent, pour la plupart, à l'action de soulever ou de porter une charge ou une personne (55 %).
- Les AT dont la déviation est une perte, totale ou partielle, de contrôle de machine, moyen de transport - équipement de manutention, outil à main, objet, animal, qui représentent 23 % d'accidents, peuvent correspondre à la perte de contrôle :
 - d'un objet (38 % des cas) ;
 - d'un outil à main (motorisé ou non, mais plutôt non motorisé) ou de la matière travaillée par l'outil, dans 30 % des cas ;
 - d'un moyen de transport ou d'un équipement de manutention (20 % des cas), par exemple, un véhicule terrestre (dans 8,6 % des cas) ou un dispositif de convoyage, de transport ou de stockage dans (7,2 % des cas) ;
 - d'une machine (10 % des cas).
- Les chutes sont à l'origine de 20 % des AT. Pour un peu plus de la moitié de ces AT (54 %), il s'agit d'une glissade, d'un trébuchement avec chute ou d'une chute de plain-pied et, pour les 44 % des AT restants, il s'agit d'une chute de hauteur, dont près de la moitié (45 %) ont eu lieu dans les escaliers ou sur une échelle. Enfin, la nouvelle nomenclature permet de distinguer le détail des circonstances de l'accident et d'isoler ceux liés par exemple à un sol glissant, que ce soit à cause de la pluie, de la neige, etc. ou à cause de la présence d'un liquide (huile, graisse, etc.) répandu sur le sol.

La répartition des accidents du travail en fonction des Comités techniques nationaux (CTN)

Évolution comparée des effectifs salariés et du nombre d'AT par CTN (2012-2013)

Comités techniques nationaux (CTN)	Rappel de l'année 2012		Année 2013		Évolution 2013-2012	
	Salariés	AT en 1 ^{er} règlement	Salariés	AT en 1 ^{er} règlement	Salariés	AT en 1 ^{er} règlement
A : Métallurgie	1 724 911	57 929	1 698 509	54 429	- 1,5 %	- 6,0 %
B : BTP (hors bureaux)	1 576 864	107 715	1 551 809	100 617	- 1,6 %	- 6,6 %
C : Transports, EGE, etc.	2 111 193	92 288	2 082 423	91 150	-1,4 %	- 1,2 %
D : Alimentation	2 318 803	112 067	2 317 422	107 884	- 0,1 %	- 3,7 %
E : Chimie, caoutchouc et plasturgie	427 016	12 103	419 253	11 203	- 1,8 %	- 7,4 %
F : Bois, ameublement, etc.	472 590	22 799	458 487	21 262	- 3,0 %	- 6,7 %
G : Commerce non alimentaire	2 250 853	52 143	2 225 512	49 783	- 1,1 %	- 4,5 %
H : Services I (banques, assurances, administrations, etc.)	4 190 532	41 944	4 334 283	42 835	3,4 %	2,1 %
I : Services II (travail temporaire, action sociale, santé, nettoyage, etc.)	3 223 439	141 903	3 226 571	139 100	0,1 %	- 2,0 %
Total 9 CTN (hors bureaux)	18 296 201	640 891	18 314 269	618 263	0,1 %	- 3,5 %

Sources : données nationales AT-MP issues des bases annuelles SGE TAPR sur les 9 Comités techniques nationaux, non compris bureaux, sièges sociaux et autres catégories professionnelles particulières.
Rapport de gestion 2013 de la branche AT-MP.

Si la sinistralité baisse en moyenne entre 2012 et 2013 (- 3,5 %) et le nombre de salariés reste quasiment stable (+ 0,1 %), ce qui implique une baisse de l'indice de fréquence moyen (- 3,6 %), cette évolution masque des disparités importantes entre les secteurs d'activité.

Dans tous les CTN, à l'exception du CTN H (services I : banques, assurances, administrations), les effectifs sont stables ou orientés à la baisse.

La quasi-stabilité (+ 0,1 %) du nombre total de salariés entre 2012 et 2013 masque des évolutions plus contrastées qu'en 2012 :

- le CTN F (bois, ameublement, etc.) perd le plus de salariés (- 3,0 % par rapport à 2012),
- les CTN A (métallurgie), B (bâtiment et travaux publics), C (transports, eau-gaz électricité, livre, communication), E (chimie) et G (commerce non alimentaire) enregistrent une diminution de leurs nombres de salariés comprise entre 1 % et 2 % ;
- les effectifs du CTN D (alimentation) et du CTN I (services II : travail temporaire, santé, social, nettoyage) sont quasiment stables.

Parmi ces derniers CTN dont les effectifs sont stables ou diminuent, tous enregistrent une diminution de la sinistralité supérieure à celle des effectifs, et donc une baisse de leur indice de fréquence (IF), à l'exception du CTN C (transports, énergie, etc.). Les plus fortes diminutions de l'IF entre 2012 et 2013 sont enregistrées par le CTN E (- 5,7 %), le CTN B (- 5,1 %) et le CTN A (- 4,6 %).

Seul le CTN C, dont les effectifs diminuent plus vite que le nombre d'AT, voit son IF augmenter de 0,1 % entre 2012 et 2013.

Le CTN H enfin, qui était le seul à enregistrer une augmentation de ses effectifs (+ 3,4 %), se démarque également en termes de sinistralité en enregistrant une augmentation du nombre d'AT de 2,1 % en 2013. Néanmoins, compte tenu que l'augmentation de la sinistralité est moins forte que celle des effectifs, le CTN H voit son IF baisser de 1,3 % en 2013.

En somme, la fréquence des accidents du travail rapportée à l'évolution des effectifs du secteur, diminue nettement dans tous les CTN, hormis le CTN C, dans lequel l'indice de fréquence augmente de 0,1 %.

En termes de fréquence des AT, l'on peut distinguer trois sous-ensembles :

- les CTN qui présentent les IF les plus élevés, à savoir le CTN B (64,8), le CTN D (46,6) et le CTN F (46,4) ;
- les CTN qui présentent un IF supérieur à la moyenne : le CTN C (43,8) et le CTN I (43,1) ;
- les CTN dont les IF sont inférieurs à la moyenne : les CTN A (32), E (26), G (22,4) et H (9).

En termes de gravité, les CTN B et F présentent les indices de gravité les plus élevés (soit respectivement 36,9 et 23,7), tandis que les CTN G et H présentent des indices de gravité, respectivement de 9,5 et de 4, très inférieurs à la moyenne. En 2013, l'indice de gravité moyen des AT s'établit à 14,7, soit une diminution de 3,5 % par rapport à 2012.

Indicateurs statistiques 2013 par CTN (en italique, taux d'évolution entre 2012 et 2012)

Comités techniques nationaux	IP	Décès	Journées d'IT	Somme des taux d'IP	Indice de fréquence	Taux de fréquence	Taux de gravité	Indice de gravité	Taux moyen d'une IP
A : Métallurgie	3 869	53	2 784 106	37 443	32,0	20,5	1,0	14,1	10
	- 2,8 %	- 17,2 %	- 4,2 %	- 8,1 %	- 4,6 %	- 4,4 %	- 2,5 %	- 6,5 %	- 5,1 %
B : BTP	7 437	145	6 427 019	88 532	64,8	42,0	2,7	36,9	12
	- 5,5 %	10,7 %	- 3,5 %	- 2,9 %	- 5,1 %	- 4,6 %	- 1,5 %	- 0,8 %	2,5 %
C : Transports, EGE, etc.	5 799	120	6 040 519	62 793	43,8	29,5	2,0	20,3	11
	- 0,4 %	11,1 %	1,5 %	- 1,1 %	0,1 %	- 0,4 %	2,4 %	- 0,3 %	- 0,9 %
D : Alimentation	5 558	41	6 072 473	50 994	46,6	29,8	1,7	14,1	9
	- 0,7 %	- 31,7 %	- 1,7 %	- 5,4 %	- 3,7 %	- 3,9 %	- 1,9 %	- 5,6 %	- 4,5 %
E : Chimie, caoutchouc et plasturgie	811	11	637 557	8 130	26,7	17,9	1,0	13,0	10
	1,6 %	0,0 %	- 5,5 %	0,4 %	- 5,7 %	- 7,1 %	- 5,2 %	0,8 %	- 1,2 %
F : Bois, ameublement, etc.	1 546	22	1 228 467	17 057	46,4	29,6	1,7	23,7	11
	- 11,3 %	- 12,0 %	- 5,1 %	- 10,4 %	- 3,9 %	- 3,8 %	- 2,1 %	- 7,6 %	1,0 %
G : Commerce non alimentaire	3 226	38	3 129 363	31 922	22,4	14,8	0,9	9,5	10
	- 3,5 %	- 7,3 %	- 0,4 %	- 6,7 %	- 3,4 %	- 3,3 %	0,9 %	- 5,5 %	- 3,2 %
H : Services I (banques, assurances, administrations, etc.)	2 402	34	2 101 666	23 681	9,9	7,2	0,4	4,0	10
	1,6 %	- 15,0 %	3,1 %	- 2,2 %	- 1,3 %	0,0 %	0,9 %	- 4,2 %	- 3,4 %
I : Services II (travail temporaire, action sociale, santé, nettoyage, etc.)	8 430	77	9 074 637	80 207	43,1	29,5	1,9	17,0	9
	- 2,1 %	- 1,3 %	1,1 %	- 0,8 %	- 2,1 %	- 2,5 %	0,6 %	- 1,3 %	1,4 %
TOTAL CTN	39 078	541	37 495 807	400 759	33,8	22,7	1,4	14,7	10
	- 2,6 %	- 3,0 %	- 0,9 %	- 3,6 %	- 3,6 %	- 3,4 %	- 0,7 %	- 3,5 %	- 1,0 %

Source : données nationales AT-MP issues des bases annuelles SGE TAPR sur les 9 Comités techniques nationaux non compris bureaux, sièges sociaux et autres catégories professionnelles particulières.

Analyse par CTN

Est présentée ci-après une analyse par CTN qui enrichit le panorama ci-dessus :

- en présentant l'évolution de la sinistralité par CTN sur période longue ;
- en détaillant les principaux facteurs de risques et circonstances des accidents du travail propres à chaque CTN ;
- en décomposant, pour chaque CTN, les évolutions constatées par grand type d'activité (les évolutions globales de chaque CTN masquant dans certains cas une hétérogénéité importante de métiers aux profils de sinistralité variés).

Indicateurs statistiques du CTN A pour 2008-2013

	2008	2009	2010	2011	2012	2013
AT en 1 ^{er} règlement	75 693	65 649	63 385	61 889	57 929	54 429
	- 3,2 %	- 13,3 %	- 3,4 %	- 2,4 %	- 6,4 %	- 6,0 %
Salariés	1 908 043	1 812 729	1 745 842	1 739 928	1 724 911	1 698 509
	- 0,8 %	- 5,0 %	- 3,7 %	- 0,3 %	- 0,9 %	- 1,5 %
Nouvelles IP	4 935	4 782	4 240	4 228	3 982	3 869
	- 10,3 %	- 3,1 %	- 11,3 %	- 0,3 %	- 5,8 %	- 2,8 %
Décès	60	63	54	52	64	53
	- 7,7 %	5,0 %	- 14,3 %	- 3,7 %	23,1 %	- 17,2 %
Journées d'IT	3 407 797	3 199 865	3 079 506	3 051 324	2 905 074	2 784 106
	3,1 %	- 6,1 %	- 3,8 %	- 0,9 %	- 4,8 %	- 4,2 %
Indice de fréquence	39,7	36,2	36,3	35,6	33,6	32,0
	- 2,5 %	- 8,7 %	0,3 %	- 2,0 %	- 5,6 %	- 4,6 %

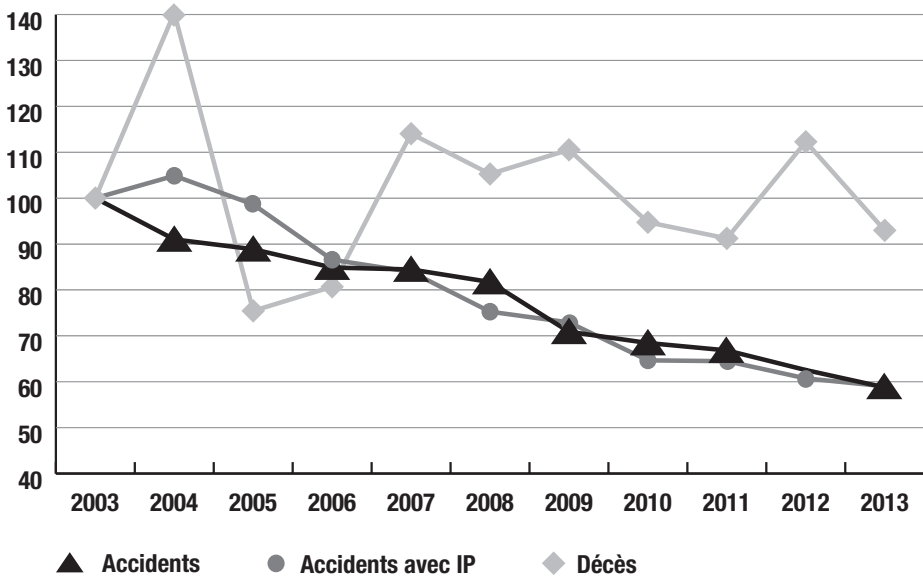
Source : données nationales AT-MP issues des bases annuelles SGE TAPR relevant du Comité technique national "Industries de la métallurgie" (hors bureaux et sièges sociaux).

Une réduction régulière de la sinistralité sur 10 ans

Le secteur est caractérisé par une baisse régulière du nombre d'AT indemnisés depuis 2003, soit une baisse totale de 41,2 % sur 10 ans. L'indice de fréquence a également constamment décliné sur la période, à un rythme de - 3,4 % en moyenne par an. En 2013, l'indice de fréquence atteint un nouveau niveau historiquement bas de 32 accidents pour 1 000 salariés. À l'instar du nombre d'accidents du travail, le nombre de journées d'arrêt de travail et le nombre de nouvelles incapacités permanentes consécutives à des AT sont également à la baisse depuis 2005. Le nombre de décès connaît en revanche une évolution plus heurtée globalement stable sur la période.

Évolutions comparées des indicateurs de sinistralité 2003-2013

(Base 100 : 2003)

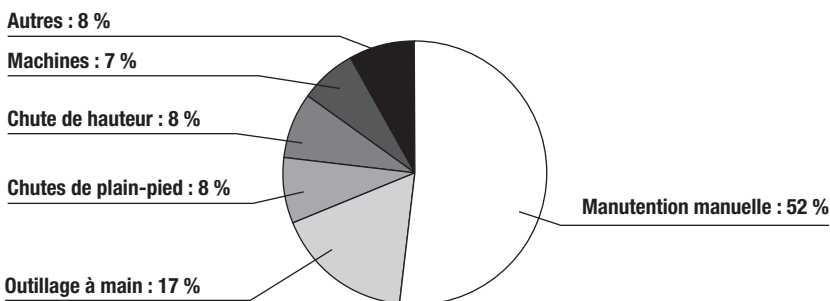


Source : CNAMTS.

Circonstances des AT

En 2013, les AT survenus sont principalement liés à des manutentions manuelles (52 %), puis à des accidents liés aux outillages à main (17 %) ou à des machines (7 %), ainsi qu'à des chutes de plain-pied (8 %) ou de hauteur (8 %).

Répartition des AT suivant le risque à l'origine de l'accident en 2013



Source : CNAMTS.

Nombre de salariés, d'AT et d'IF par type d'activité en 2012-2013

Sinistralité selon l'activité

Activité	Salariés 2013		AT 2012	AT 2013	Évol. AT 2012-2013	IF 2012	IF 2013	Évol. IF 2012-2013	Commentaire
	Nb.	%							
Garages	279 756	16,50 %	11 633	11 034	- 5,10 %	40,5	39,4	- 2,60 %	Sinistralité élevée, en baisse
Fabrication de produits métalliques, à l'exception des machines et des équipements	262 606	15,50 %	14 302	13 364	- 6,60 %	54	50,9	- 5,80 %	Sinistralité très élevée, en forte baisse
Industrie automobile	194 976	11,50 %	4 312	3 924	- 9,00 %	21,1	20,1	- 4,50 %	Sinistralité faible, en baisse
Fabrication de machines et équipements	159 723	9,40 %	5 795	5 369	- 7,40 %	35,8	33,6	- 6,20 %	Sinistralité moyenne, en forte baisse
Fabrication d'autres matériels de transport	127 211	7,50 %	1 888	1 918	1,60 %	15,7	15,1	- 3,80 %	Sinistralité faible, en baisse
Réparation et installation de machines et d'équipements	116 606	6,90 %	4 997	4 629	- 7,40 %	41,6	39,7	- 4,70 %	Sinistralité forte, en baisse
Fabrication de produits informatiques, électroniques et optiques	115 410	6,80 %	1 234	1 113	- 9,80 %	10,3	9,6	- 6,60 %	Sinistralité faible, en forte baisse
Fabrication d'équipements électriques	101 360	6,00 %	2 270	2 150	- 5,30 %	22	21,2	- 3,80 %	Sinistralité faible, en baisse
Métallurgie	76 637	4,50 %	2 713	2 597	- 4,30 %	34,2	33,9	- 0,90 %	Sinistralité moyenne, en baisse

Source : CNAMTS.

Indicateurs statistiques du CTN B pour 2008-2013

	2008	2009	2010	2011	2012	2013
AT en 1 ^{er} règlement	129 190 - 1,6 %	120 386 - 6,8 %	115 405 - 4,1 %	115 626 0,2 %	107 715 - 6,8 %	100 617 - 6,6 %
Salariés	1 617 702 3,5 %	1 584 916 - 2,0 %	1 575 551 - 0,6 %	1 582 891 0,5 %	1 576 864 - 0,4 %	1 551 809 - 1,6 %
Nouvelles IP	9 017 - 6,3 %	8 712 - 3,4 %	8 299 - 4,7 %	8 056 - 2,9 %	7 873 - 2,3 %	7 437 - 5,5 %
Décès	155 - 15,8 %	141 - 9,0 %	118 - 16,3 %	144 22,0 %	131 - 9,0 %	145 10,7 %
Journées d'IT	7 105 395 3,4 %	7 010 449 - 1,3 %	6 903 179 - 1,5 %	6 907 218 0,1 %	6 662 226 - 3,5 %	6 427 019 - 3,5 %
Indice de fréquence	79,9 - 4,9 %	76,0 - 4,9 %	73,2 - 3,6 %	73,0 - 0,3 %	68,3 - 6,5 %	64,8 - 5,1 %

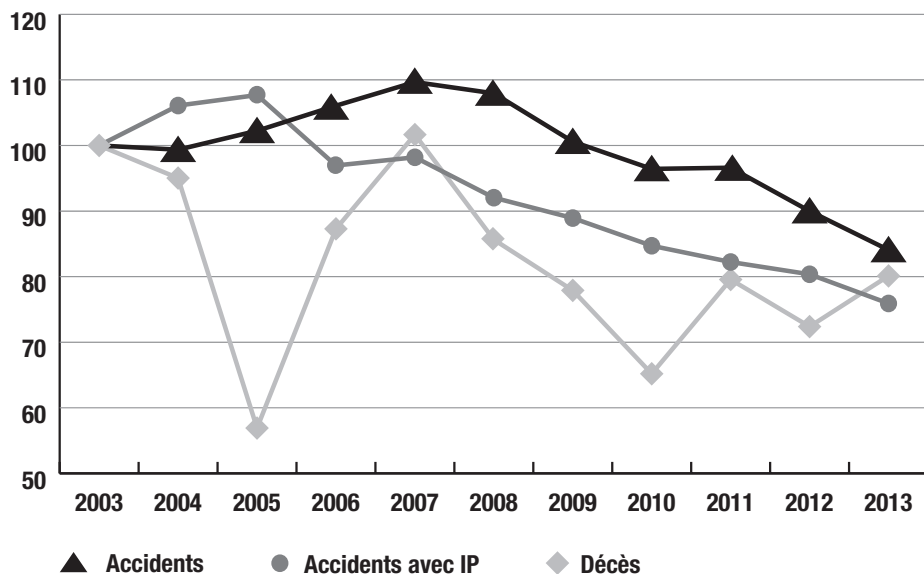
Source : données nationales AT-MP issues des bases annuelles SGE TAPR relevant du Comité technique national "Industries du bâtiment et des travaux publics" (hors bureaux et sièges sociaux).

Une réduction régulière de la sinistralité depuis 2008

Le secteur du BTP, qui présente la sinistralité la plus élevée parmi l'ensemble des CTN (indice de fréquence de 64,8 pour 1 000 en 2013), connaît depuis 2008 une baisse constante du nombre d'AT indemnisés, soit une baisse de 23,3 % entre 2007 et 2013. L'indice de fréquence a constamment décliné depuis 2003, à un rythme de - 3,4 % en moyenne par an. En 2013, l'indice de fréquence atteint un nouveau niveau historiquement bas de 64,8 accidents pour 1 000 salariés. Cette valeur demeure toutefois très supérieure à la moyenne nationale tous CTN confondus pour 2013, soit 33,8 AT pour 1 000 salariés. À l'instar du nombre d'accidents du travail, le nombre de nouvelles incapacités permanentes consécutives à des AT baisse depuis 2007. Le nombre de décès connaît en revanche une évolution plus heurtée, et augmente au total de 10,7 % entre 2012 et 2013.

Évolutions comparées des indicateurs de sinistralité 2003-2013

(Base 100 : 2003)

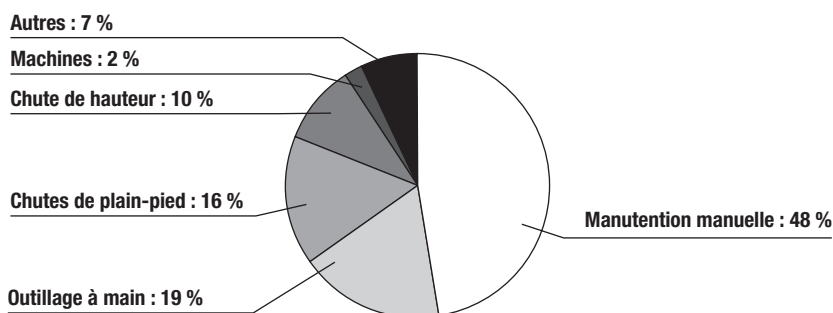


Source : CNAMTS.

Circonstances des AT

En 2013, les AT survenus sont principalement liés à des manutentions manuelle (48 %), puis à des chutes de hauteur (18 %), à l'outillage à main (16 %) et à des chutes de plain-pied (10 %).

Répartition des AT suivant le risque à l'origine de l'accident en 2013



Source : CNAMTS.

Sinistralité selon l'activité

L'activité qui emploie le plus grand nombre de salariés au sein du CTN est celle des travaux de construction spécialisée. Cette activité présente une

très forte sinistralité (IF de 77,1 pour 1 000 en 2013), qui évolue à la baisse entre 2012 et 2013. Les secteurs de la construction de bâtiments et du génie civil présentent également une forte sinistralité et un IF en forte baisse en 2013.

En revanche, ce sont les activités d'architecture et d'ingénierie, qui emploient plus de 9 % des salariés du secteur, qui voient leur sinistralité augmenter fortement.

Nombre de salariés, d'AT et IF par type d'activité en 2012-2013

Activité	Salariés 2013		AT 2012	AT 2013	Évol. AT 2012-2013	IF 2012	IF 2013	Évol. IF 2012-2013	Commentaire
	Nb.	%							
Travaux de construction spécialisés	1 008 706	65,00 %	83 305	77 772	- 6,60 %	81	77,1	- 4,80 %	Sinistralité très élevée, en baisse
Activités d'architecture et d'ingénierie, contrôle et analyses techniques	145 422	9,40 %	1 059	1 133	7,00 %	7,3	7,8	7,00 %	Sinistralité très faible, en forte hausse
Génie civil	144 895	9,30 %	6 140	5 928	- 3,50 %	43,7	40,9	- 6,50 %	Sinistralité élevée, en forte baisse
Construction de bâtiments	116 264	7,50 %	7 564	6 697	- 11,50 %	62,6	57,6	- 8,00 %	Sinistralité très élevée, en forte baisse

Source : CNAMTS.

Indicateurs statistiques du CTN C pour 2008-2013

	2008	2009	2010	2011	2012	2013
AT en 1 ^{er} règlement	94 068	92 286	95 441	94 449	92 288	91 150
	- 2,0 %	- 1,9 %	3,4 %	- 1,0 %	- 2,3 %	- 1,2 %
Salariés	2 137 791	2 075 197	2 088 154	2 111 128	2 111 193	2 082 423
	3,5 %	- 2,0 %	- 0,6 %	0,5 %	0,0 %	- 1,4 %
Nouvelles IP	6 073	5 889	5 891	6 078	5 823	5 799
	- 3,2 %	- 3,0 %	0,0 %	3,2 %	- 4,2 %	- 0,4 %
Décès	124	111	116	131	108	120
	- 8,1 %	- 10,5 %	4,5 %	12,9 %	- 17,6 %	11,1 %
Journées d'IT	5 476 585	5 606 048	5 853 467	5 963 946	5 948 422	6 040 519
	3,5 %	2,4 %	4,4 %	1,9 %	- 0,3 %	1,5 %
Indice de fréquence	44,0	44,5	45,7	44,8	43,7	43,8
	- 4,6 %	1,1 %	2,8 %	- 2,1 %	- 2,3 %	0,1 %

Source : données nationales AT-MP issues des bases annuelles SGE TAPR relevant du Comité technique national "Transports, eau, gaz, électricité, livre et communication" (hors bureaux et sièges sociaux).

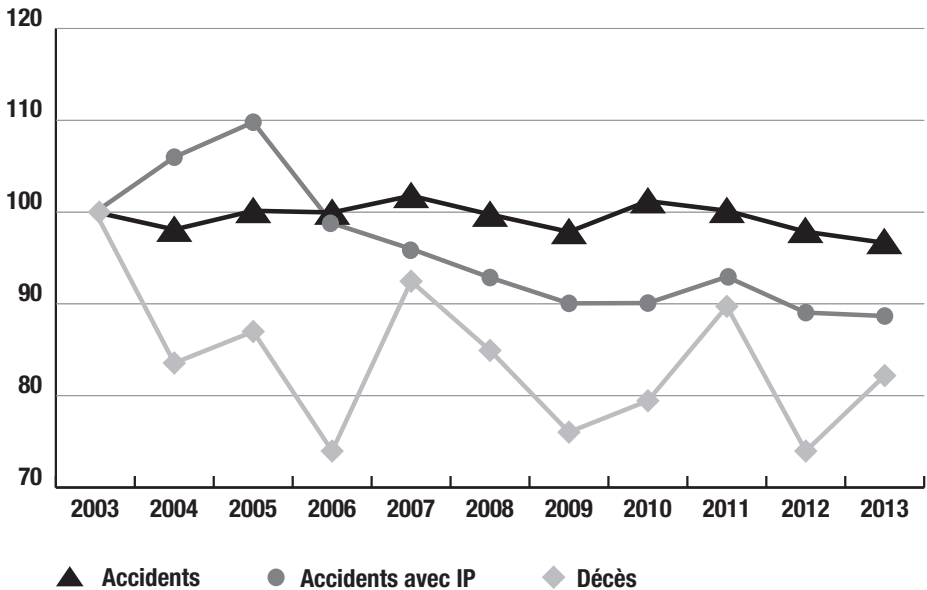
Une sinistralité en faible baisse, avec des fluctuations annuelles

Le secteur des industries du transport, de l'eau, du gaz, de l'électricité, du livre et de la communication, qui présente une sinistralité supérieure à la moyenne (indice de fréquence de 43,8 pour 1 000 en 2013), connaît depuis 2003 des fluctuations annuelles du nombre d'AT indemnisés, conduisant au total à une faible baisse de 3,3 % sur 10 ans, tant pour le nombre d'AT que pour l'indice de fréquence, qui a connu de même une évolution assez heurtée sur la période.

En 2013, malgré une baisse du nombre d'AT de 1,2 %, la baisse plus forte du nombre de salariés du secteur engendre une augmentation de l'IF de 0,1 % entre 2012 et 2013. Cette évolution fait du CTN C le seul secteur pour lequel l'IF augmente en 2013. En 2013, le nombre de journées d'incapacité temporaire repart à la hausse et dépasse alors les 6 millions de jours d'arrêt pour incapacité temporaire. C'est le niveau le plus élevé jamais atteint depuis plus de 10 ans, conséquence d'une hausse ininterrompue depuis 2005. Le nombre de décès augmente de 11 % en 2013. Sur une période longue, le nombre de décès se situe autour de 120, oscillant selon les années entre 108 et 135.

Évolutions comparées des indicateurs de sinistralité 2003-2013

(Base 100 : 2003)

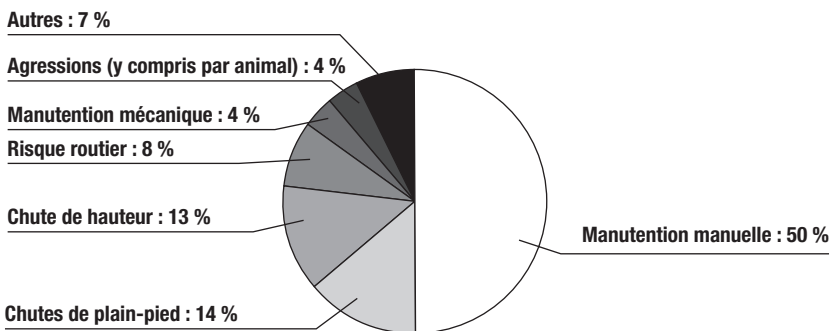


Source : CNAMTS.

Circonstances des AT

En 2013, la manutention manuelle est responsable d'un AT sur deux. Les chutes, que ce soit de plain-pied ou de hauteur, interviennent dans 13 à 14 % des cas. Ces trois catégories de risques expliquent plus des 3/4 des accidents du travail, auxquelles il faut ajouter le risque routier, qui explique 8 % des accidents du travail, la manutention mécanique et les agressions humaines ou animales (qui représentent chacun 4 %).

Répartition des AT suivant le risque à l'origine de l'accident en 2013



Source : CNAMTS.

Sinistralité selon l'activité

Le CTN C regroupe des activités très diverses, dont les sinistralités sont très variables, ainsi que leurs évolutions.

Nombre de salariés, d'AT et IF par type d'activité en 2012-2013

Activité	Salariés 2013		AT 2012	AT 2013	Évol. AT 2012-2013	IF 2012	IF 2013	Évol. IF 2012-2013	Commentaire
	Nb.	%							
Transports terrestres	506 188	24,30 %	34 599	34 455	- 0,40 %	68,4	68,1	- 0,50 %	Sinistralité très élevée, stable
Entreposage et services auxiliaires des transports	205 809	9,90 %	12 808	13 047	1,90 %	62	63,4	2,20 %	Sinistralité très élevée, en hausse
Activités sportives, récréatives et de loisirs	135 337	6,50 %	9 007	8 936	- 0,80 %	67,7	66	- 2,50 %	Sinistralité très élevée, en baisse
Activités de poste et de courrier	123 139	5,90 %	7 421	7 460	0,50 %	57,1	60,6	6,20 %	Sinistralité très élevée, en forte hausse
Activités créatives, artistiques et de spectacle	120 036	5,80 %	1 232	1 127	- 8,50 %	9,5	9,4	- 0,70 %	Sinistralité faible, en baisse
Publicité et études de marché	90 208	4,30 %	1 716	1 538	-10,40 %	18	17	- 5,00 %	Sinistralité faible, en forte baisse
Production de films de programmes de télévision, enregistrement sonore et édition musicale	83 511	4,00 %	407	339	- 16,70 %	4,7	4,1	-1 4,10 %	Sinistralité très faible, en forte baisse
Édition	72 719	3,50 %	359	318	- 11,40 %	4,8	4,4	- 8,10 %	Sinistralité très faible, en forte baisse
Transports aériens	64 174	3,10 %	3 445	3 540	2,80 %	52,1	55,2	6,00 %	Sinistralité élevée, en forte hausse
Télécommunications	61 636	3,00 %	390	372	- 4,60 %	5,9	6	3,10 %	Sinistralité faible, en hausse

Source : CNAMTS.

Indicateurs statistiques du CTN D pour 2008-2013

	2008	2009	2010	2011	2012	2013
AT en 1 ^{er} règlement	118 152	113 228	113 776	116 131	112 067	107 884
	- 2,4 %	- 4,2 %	0,5 %	2,1 %	- 3,5 %	- 3,7 %
Salariés	2 267 275	2 258 112	2 292 886	2 319 312	2 318 803	2 317 422
	1,2 %	- 0,4 %	1,5 %	1,2 %	0,0 %	- 0,1 %
Nouvelles IP	5 754	5 810	5 735	5 624	5 596	5 558
	- 7,7 %	1,0 %	- 1,3 %	- 1,9 %	- 0,5 %	- 0,7 %
Décès	48	56	49	38	60	41
	6,7 %	16,7 %	- 12,5 %	- 22,4 %	57,9 %	- 31,7 %
Journées d'IT	5 861 809	5 845 407	5 952 503	6 215 072	6 179 119	6 072 473
	4,3 %	- 0,3 %	1,8 %	4,4 %	- 0,6 %	- 1,7 %
Indice de fréquence	52,1	50,1	49,6	50,1	48,3	46,6
	- 4,6 %	1,1 %	2,8 %	- 2,1 %	- 3,5 %	- 3,7 %

Source : données nationales AT-MP issues des bases annuelles SGE TAPR relevant du Comité technique national "Services, commerces et industries de l'alimentation".

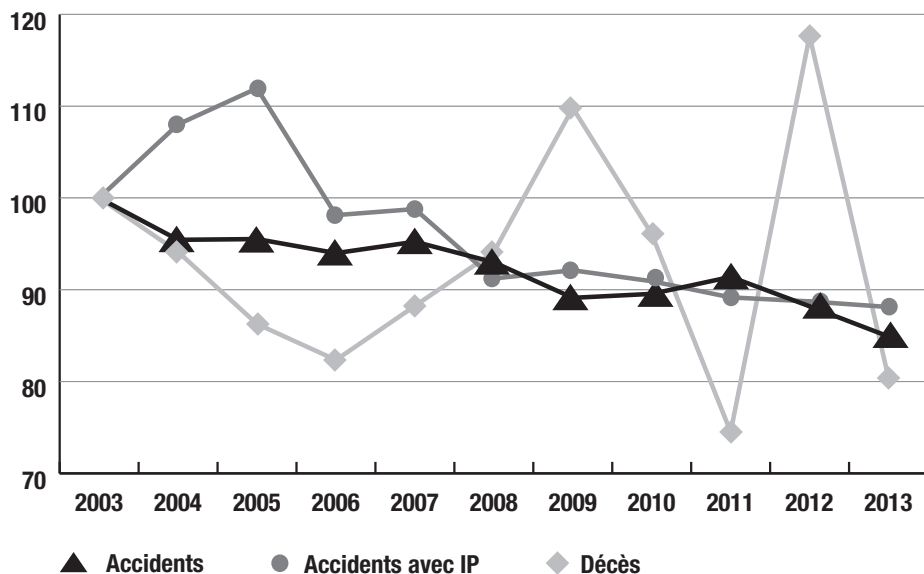
Une diminution de la sinistralité sur 10 ans, avec une accélération de la baisse depuis 2011

Le secteur des services et industries de l'alimentation présente une sinistralité élevée (indice de fréquence de 46,6 pour 1 000 en 2013), qui diminue de 1,9 % par an en moyenne depuis 10 ans. Après une brève période de hausse, entre 2009 et 2011, le nombre d'AT ainsi que l'indice de fréquence baissent de 3,5 % en 2012 puis de 3,7 % en 2013.

Suivant la même tendance qu'en 2012, les incapacités permanentes et temporaires diminuent, en 2013, des baisses respectives de 0,7 % et de 1,7 %. La diminution du nombre d'IP est moins importante dans le CTN D par rapport à la moyenne nationale tous CTN confondus, par opposition aux incapacités temporaires, qui présentent une diminution plus importante. En 2013, le nombre de décès, dans le CTN D atteint 41 personnes, soit une diminution d'environ un tiers.

Évolutions comparées des indicateurs de sinistralité 2003-2013

(Base 100 : 2003)

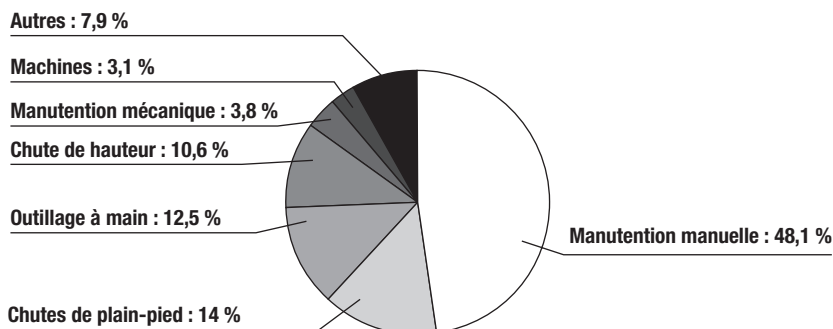


Source : CNAMTS.

Circonstances des AT

En 2013, les AT dans le CTN D sont surtout liés à la manutention manuelle (48,1 %), puis aux chutes de plain-pied (14 %) ou de hauteur (10,6 %), ainsi qu'à l'outillage à la main (12,5 %).

Répartition des AT suivant le risque à l'origine de l'accident en 2013



Source : CNAMTS.

Sinistralité selon l'activité

Nombre de salariés, d'AT et IF par type d'activité en 2012-2013

Activité	Salariés 2013		AT 2012	AT 2013	Évol. AT 2012-2013	IF 2012	IF 2013	Évol. IF 2012-2013	Commentaire
	Nb.	%							
Restauration	674 262	29,10 %	30 756	29 598	- 3,80 %	45,7	43,9	- 4,00 %	Sinistralité moyenne, en baisse
Commerce de détail, à l'exception des automobiles et des motocycles	671 117	29,00 %	35 529	34 652	- 2,50 %	53,5	51,6	- 3,50 %	Sinistralité très élevée, en baisse
Industries alimentaires	437 497	18,90 %	21 704	20 656	- 4,80 %	49,1	47,2	- 3,90 %	Sinistralité élevé, en baisse
Hébergement	238 701	10,30 %	9 178	9 005	- 1,90 %	37,8	37,7	- 0,30 %	Sinistralité moyenne, en baisse
Commerce de gros, à l'exception des automobiles et des motocycles	170 944	7,40 %	8 837	8 425	- 4,70 %	51,7	49,3	- 4,60 %	Sinistralité élevée, en baisse
Fabrication de boissons	29 128	1,30 %	787	795	1,00 %	27,2	27,3	0,20 %	Sinistralité faible, stable

Source : CNAMTS.

Indicateurs statistiques du CTN E pour 2008-2013

	2008	2009	2010	2011	2012	2013
AT en 1 ^{er} règlement	14 663	12 800	12 938	12 727	12 103	11 203
	- 4,9 %	- 12,7 %	1,1 %	- 1,6 %	- 0,8 %	- 7,4 %
Salariés	464 972	445 918	433 678	430 603	427 016	419 253
	- 1,5 %	- 4,1 %	- 2,7 %	- 0,7 %	- 0,8 %	- 1,8 %
Nouvelles IP	1 051	964	894	847	798	811
	- 3,0 %	- 8,3 %	- 7,3 %	- 5,3 %	- 5,8 %	1,6 %
Décès	9	10	9	8	11	11
	28,6 %	11,1 %	- 10,0 %	- 11,1 %	37,5 %	0,0 %
Journées d'IT	767 314	725 170	692 965	691 115	674 791	637 557
	5,7 %	- 5,5 %	- 4,4 %	- 0,3 %	- 2,4 %	- 5,5 %
Indice de fréquence	31,5	28,7	29,8	29,6	28,3	26,7
	- 3,4 %	- 9,0 %	3,9 %	- 0,9 %	- 4,1 %	- 5,7 %

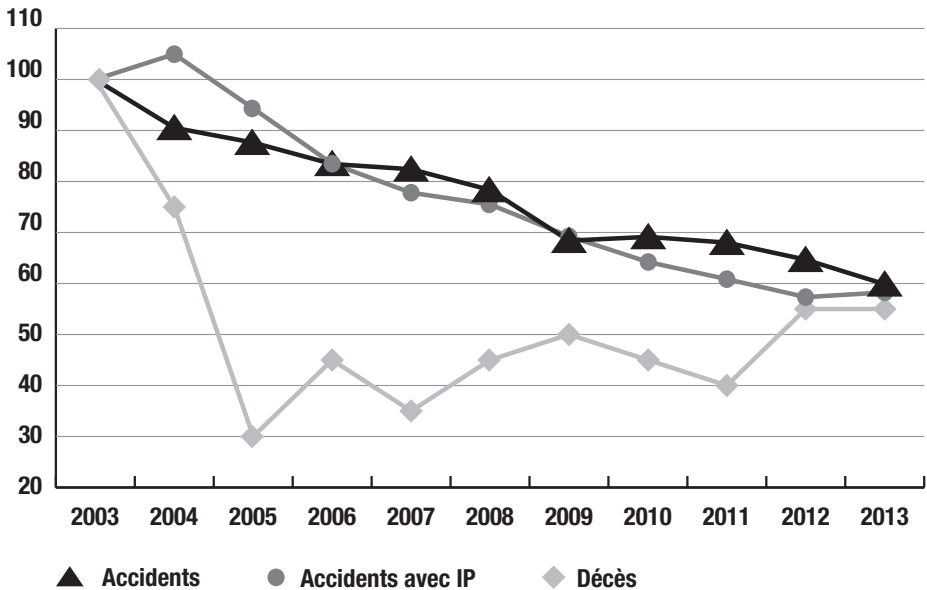
Source : données nationales AT-MP issues des bases annuelles SGE TAPR relevant du Comité technique national "Industries de la chimie, du caoutchouc et de la plasturgie".

Une forte diminution de la sinistralité sur 10 ans

En 2013, le secteur des industries de la chimie, du caoutchouc et de la plasturgie enregistre une diminution des AT et de l'indice de fréquence pour la troisième année consécutive. Le CTN E enregistre la plus forte baisse de l'IF parmi l'ensemble des CTN, soit - 5,7 % par rapport à 2012, et atteint un nouveau niveau historiquement bas de 26,7 accidents pour 1 000 salariés. Le CTN E enregistre depuis 2003 une baisse importante du nombre d'AT (- 40,1 %), du nombre de nouvelles IP (- 41,7 %) et de l'IF (- 27,2 %).

Évolutions comparées des indicateurs de sinistralité 2003-2013

(Base 100 : 2003)

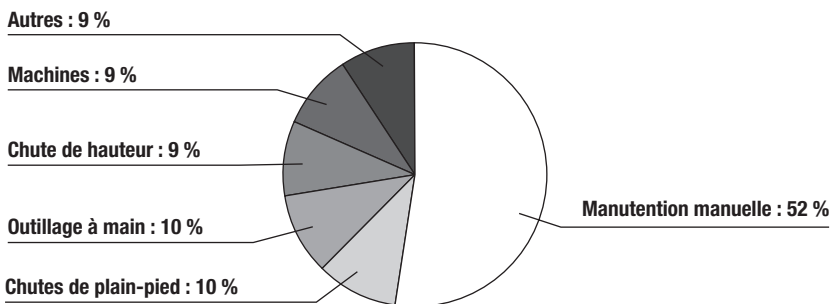


Source : CNAMTS.

Circonstances des AT

En se fondant sur les accidents de travail survenus en 2013, il apparaît que ces accidents sont surtout des accidents liés à la manutention manuelle (52 %), puis aux outillages à main (10 %) ou aux machines (9 %), ainsi qu'aux chutes de plain-pied (10 %) ou de hauteur (9 %).

Répartition des AT suivant le risque à l'origine de l'accident en 2013



Source : CNAMTS.

*Sinistralité selon l'activité***Nombre de salariés, d'AT et IF par type d'activité en 2012-2013**

Activité	Salariés 2013		AT 2012	AT 2013	Évol. AT 2012-2013	IF 2012	IF 2013	Évol. IF 2012-2013	Commentaire
	Nb.	%							
Fabrication de produits en caoutchouc et en plastique	143 979	34,30 %	6 613	5 785	- 12,50 %	43	40,2	- 6,50 %	Sinistralité élevée, en baisse
Industrie chimique	116 721	27,80 %	2 243	2 231	- 0,50 %	19,3	19,1	- 1,10 %	Faible sinistralité, en baisse
Industrie pharmaceutique	61 596	14,70 %	1 118	933	- 16,50 %	18,3	15,1	- 17,10 %	Faible sinistralité, en forte baisse
Recherche-développement scientifique	12 168	2,90 %	72	63	- 12,50 %	5,9	5,2	- 11,80 %	Faible sinistralité, en forte baisse

Source : CNAMTS

CTN F Industries du bois, de l'ameublement, du papier-carton, du textile, du vêtement, des cuirs et peaux et des pierres et terres à feu

Indicateurs statistiques du CTN F pour 2008-2013

	2008	2009	2010	2011	2012	2013
AT en 1 ^{er} règlement	30 240	25 396	25 016	25 017	22 799	21 262
	- 5,8 %	- 16,0 %	- 1,5 %	0,0 %	- 8,9 %	- 6,7 %
Salariés	550 221	514 793	491 936	483 847	472 590	458 487
	- 3,1 %	- 6,4 %	- 4,4 %	- 1,6 %	- 2,3 %	- 3,0 %
Nouvelles IP	2 217	2 090	1 889	1 780	1 743	1 546
	- 9,8 %	- 5,7 %	- 9,6 %	- 5,8 %	- 2,1 %	- 11,3 %
Décès	32	22	29	21	25	22
	6,7 %	- 31,3 %	31,8 %	- 27,6 %	19,0 %	- 12,0 %
Journées d'IT	1 542 862	1 402 590	1 359 190	1 367 527	1 294 699	1 228 467
	1,9 %	- 9,1 %	- 3,1 %	0,6 %	- 5,3 %	- 5,1 %
Indice de fréquence	55,0	49,3	50,9	51,7	48,2	46,4
	- 2,8 %	- 10,2 %	3,1 %	1,7 %	- 6,7 %	- 3,9 %

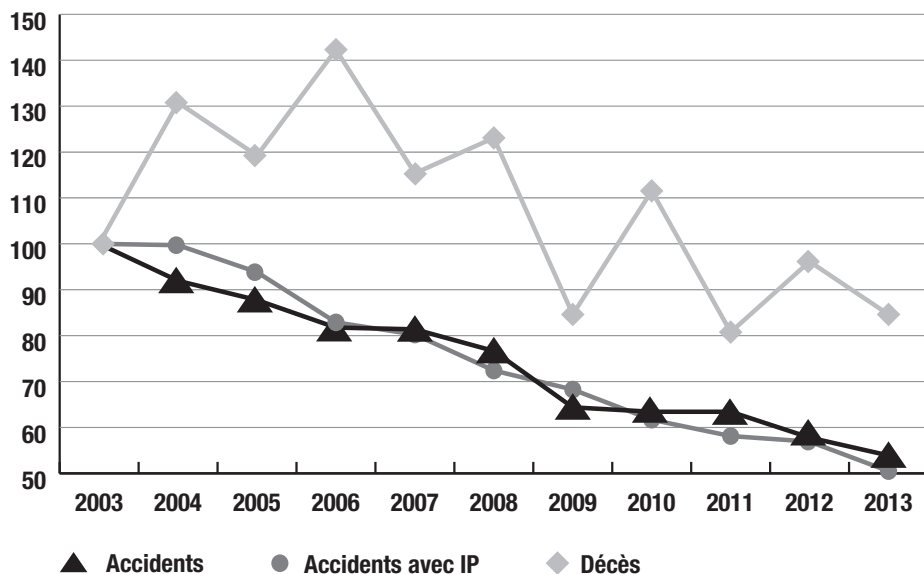
Source : données nationales AT-MP issues des bases annuelles SGE TAPR relevant du Comité technique national "Industries du bois, de l'ameublement, du papier-carton, du textile, du vêtement, des cuirs et peaux et des pierres et terres à feu".

Une diminution de la sinistralité sur 10 ans

Le secteur des industries du bois, de l'ameublement, du papier-carton, du textile, du vêtement, des cuirs et peaux et des pierres et terres à feu présente une sinistralité élevée (indice de fréquence de 46,4 pour 1 000 en 2013), qui a diminué de près de 20 % depuis 2003. En 2013, la diminution du nombre d'AT est significative (- 6,7 %). L'ensemble des indicateurs du CTN F sont orientés à la baisse en 2013 : les nouvelles IP baissent de 11,3 %, le nombre de décès diminue de 12 % et l'indice de fréquence baisse de 3,9 %. Au total, le CTN F enregistre depuis 2003 une baisse importante du nombre d'AT (- 46,1 %) et du nombre de nouvelles IP (- 49,5 %).

Évolutions comparées des indicateurs de sinistralité 2003-2013

(Base 100 : 2003)

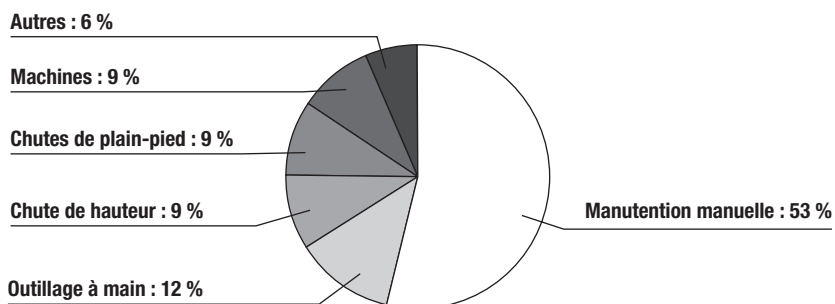


Source : CNAMTS.

Circonstances des AT

En se fondant sur les accidents de travail survenus en 2013, il apparaît que ces accidents sont surtout liés à la manutention manuelle (53 %), ensuite viennent l'outillage à main (12 %), les chutes de hauteur (9 %) et les chutes de plain-pied (9 %).

Répartition des AT suivant le risque à l'origine de l'accident en 2013



Source : CNAMTS.

Sinistralité selon l'activité

Nombre de salariés, d'AT et IF par type d'activité en 2012-2013

Activité	Salariés 2013		AT 2012	AT 2013	Évol. AT 2012-2013	IF 2012	IF 2013	Évol. IF 2012-2013	Commentaire
	Nb.	%							
Fabrication d'autres produits minéraux non métalliques	87 334	19,00 %	3 778	3 482	- 7,80 %	42,2	39,9	- 5,50 %	Sinistralité élevée, en baisse
Industrie du papier et du carton	54 926	12,00 %	2 057	1 997	- 2,90 %	37,2	36,4	- 2,40 %	Sinistralité moyenne, en diminution
Travail du bois et fabrication d'articles en bois et en liège, à l'exception des meubles ; fabrication d'articles en vannerie et sparterie	43 186	9,40 %	3 791	3 458	- 8,80 %	82,9	80,1	- 3,50 %	Sinistralité très élevée, en baisse
Fabrication de textiles	31 974	7,00 %	1 327	1 167	- 12,10 %	38,6	36,5	- 5,50 %	Sinistralité moyenne, en baisse
Fabrication de meubles	30 279	6,60 %	1 893	1 691	- 10,70 %	57,6	55,8	- 3,10 %	Sinistralité très élevée, en baisse
Industrie de l'habillement	26 997	5,90 %	383	364	- 5,00 %	13,7	13,5	- 1,80 %	Faible sinistralité, en baisse
Industrie du cuir et de la chaussure	23 495	5,10 %	622	555	- 10,80 %	26,7	23,6	- 11,70 %	Faible sinistralité, diminution très forte
Collecte, traitement et élimination des déchets ; récupération	23 080	5,00 %	1 942	1 808	- 6,90 %	83,2	78,3	- 5,80 %	Sinistralité très élevée, en baisse

Source : CNAMTS.

Indicateurs statistiques du CTN G pour 2008-2013

	2008	2009	2010	2011	2012	2013
AT en 1 ^{er} règlement	56 958	54 552	54 736	54 814	52 143	49 783
	- 2,6 %	- 4,2 %	0,3 %	0,1 %	- 4,9 %	- 4,5 %
Salariés	2 332 301	2 276 809	2 267 866	2 286 575	2 250 853	2 225 512
	1,0 %	- 2,4 %	- 0,4 %	0,8 %	- 1,6 %	- 1,1 %
Nouvelles IP	3 774	3 712	3 551	3 544	3 344	3 226
	- 5,9 %	- 1,6 %	- 4,3 %	- 0,2 %	- 5,6 %	- 3,5 %
Décès	42	40	42	41	41	38
	- 16,0 %	- 4,8 %	5,0 %	- 2,4 %	0,0 %	- 7,3 %
Journées d'IT	3 116 432	3 123 584	3 162 849	3 196 393	3 141 065	3 129 363
	3,9 %	0,2 %	1,3 %	1,1 %	- 1,7 %	- 0,4 %
Indice de fréquence	24,4	24,0	24,1	24,0	23,2	22,4
	- 3,5 %	- 1,9 %	0,7 %	- 0,7 %	- 3,4 %	- 3,4 %

Source : données nationales AT-MP issues des bases annuelles SGE TAPR relevant du Comité technique national "Commerces non alimentaires".

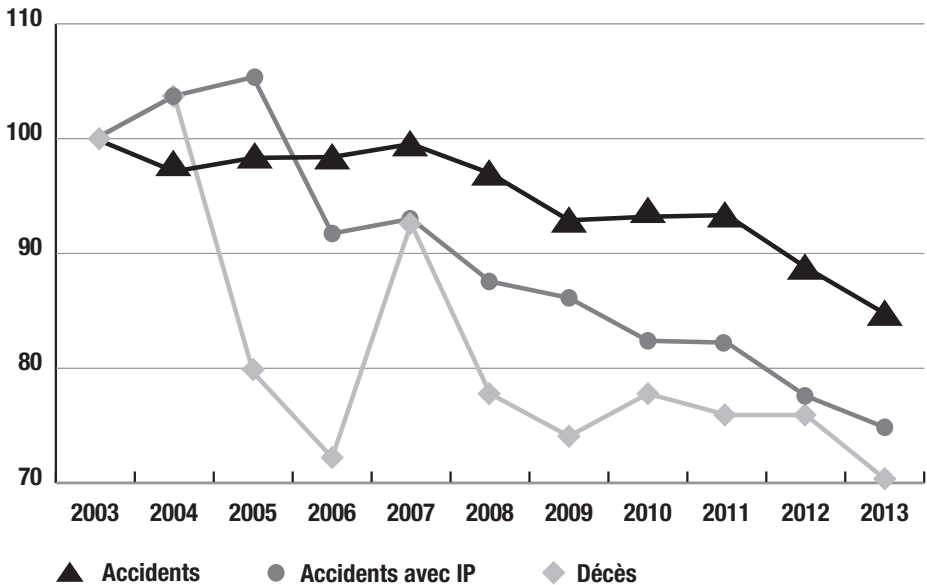
Une diminution de la sinistralité sur 10 ans

Le secteur des commerces non alimentaires présente une sinistralité inférieure à la moyenne tous CTN confondus. En 2013, l'indice de fréquence du CTN est de 22,4 pour 1 000, après une baisse de 2 % en moyenne par an depuis 2003.

Après une stagnation en 2010 et en 2011, la sinistralité du CTN G est de nouveau orientée à la baisse depuis 2012. En 2013, la diminution des accidents du travail se poursuit avec une baisse significative de 4,5 % du nombre d'AT ainsi qu'une baisse de 3,4 % de l'indice de fréquence, ce qui permet à ces deux indicateurs d'atteindre un niveau historiquement bas. Le nombre de journées d'incapacité temporaire (IT) s'inscrit également à la baisse en 2013 (- 0,4 %) et le nombre de nouvelles IP diminue (- 3,5 %) ainsi que le nombre de personnes victimes d'un accident mortel (- 7,3 %).

Évolutions comparées des indicateurs de sinistralité 2003-2013

(Base 100 : 2003)

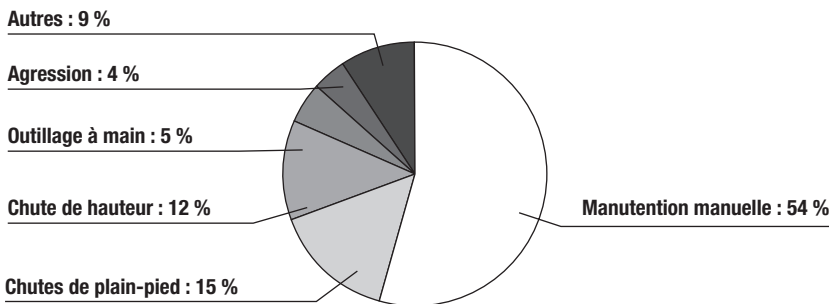


Source : CNAMTS.

Circonstances des AT

En se fondant sur les accidents de travail survenus en 2013, il apparaît que les accidents du travail du CTN G sont surtout liés à la manutention manuelle (54 %), aux chutes de plain-pied (15 %) ou de hauteur (12 %).

Répartition des AT suivant le risque à l'origine de l'accident en 2013



Source : CNAMTS.

*Sinistralité selon l'activité***Nombre de salariés, d'AT et IF par type d'activité en 2012-2013**

Activité	Salariés 2013		AT 2012	AT 2013	Évol. AT 2012-2013	IF 2012	IF 2013	Évol. IF 2012-2013	Commentaire
	Nb.	%							
Commerce de détail, à l'exception des automobiles et des motocycles	851 769	38,30 %	21 961	21 235	- 3,30 %	25,6	24,9	- 2,70 %	Faible sinistralité, en baisse
Commerce de gros, à l'exception des automobiles et des motocycles	621 836	27,90 %	14 860	13 714	- 7,70 %	23,4	22,1	- 5,90 %	Faible sinistralité, en baisse significative
Activités immobilières	201 777	9,10 %	3 584	3 583	0,00 %	17,4	17,8	2,30 %	Faible sinistralité, en légère hausse

Source : CNAMTS.

CTN H

Activités de services I

Indicateurs statistiques du CTN H pour 2008-2013

	2008	2009	2010	2011	2012	2013
AT en 1 ^{er} règlement	39 203 - 1,5 %	39 888 1,7 %	42 439 6,4 %	42 290 - 0,4 %	41 944 - 0,8 %	42 835 2,1 %
Salariés	4 053 547 3,5 %	4 122 977 1,7 %	4 296 631 4,2 %	4 256 351 - 0,9 %	4 190 532 - 1,5 %	4 334 283 3,4 %
Nouvelles IP	2 527 - 2,2 %	2 467 - 2,4 %	2 363 - 4,2 %	2 473 4,7 %	2 364 - 4,4 %	2 402 1,6 %
Décès	37 23,3 %	38 2,7 %	40 5,3 %	37 - 7,5 %	40 8,1 %	34 - 15,0 %
Journées d'IT	1 817 752 3,4 %	1 840 628 1,3 %	1 947 939 5,8 %	2 018 090 3,6 %	2 038 570 1,0 %	2 101 666 3,1 %
Indice de fréquence	9,7 - 4,8 %	9,7 0,0 %	9,9 2,1 %	9,9 0,6 %	10,0 0,7 %	9,9 - 1,3 %

Source : données nationales AT-MP issues des bases annuelles SGE TAPR relevant du CTN H "Activités de services I".

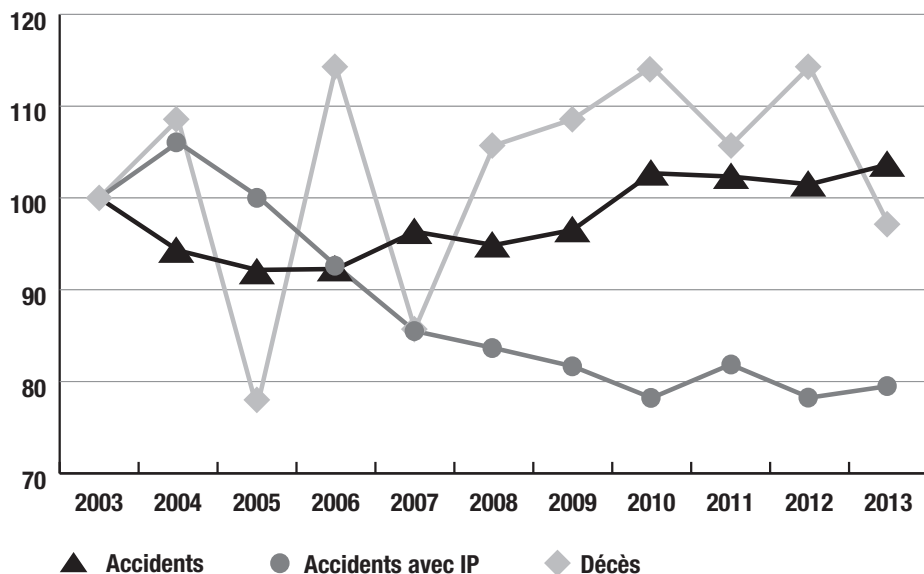
Une sinistralité faible sur l'ensemble de la période

En 2013, le secteur des activités de service I (banques, assurances, etc.) connaît une situation vis-à-vis de l'emploi différente des autres CTN. En effet, alors que dans tous les autres secteurs, l'effectif salarié a diminué, dans le CTN H au contraire, il connaît une augmentation de plus de 3 %, hausse essentiellement portée par les collectivités territoriales et l'administration centrale. En termes de sinistralité, le CTN H est le seul à connaître en 2013 une augmentation du nombre d'AT. Celle-ci est toutefois moins importante que l'augmentation des effectifs salariés. De ce fait, l'indice de fréquence, bien qu'orienté à la hausse depuis 2009, diminue à nouveau en 2013 pour atteindre 9,9 accidents pour 1 000 salariés. Il s'agit donc d'une sinistralité faible, cohérente avec la nature des activités exercées.

Entre 2003 et 2013, l'indice de fréquence des AT dans le CTN H, après avoir fortement diminué entre 2003 et 2008, est légèrement orienté à la hausse depuis 2009. Néanmoins, le CTN H reste le secteur dont l'indice de fréquence des accidents du travail est le moins élevé.

Évolutions comparées des indicateurs de sinistralité 2003-2013

(Base 100 : 2003)

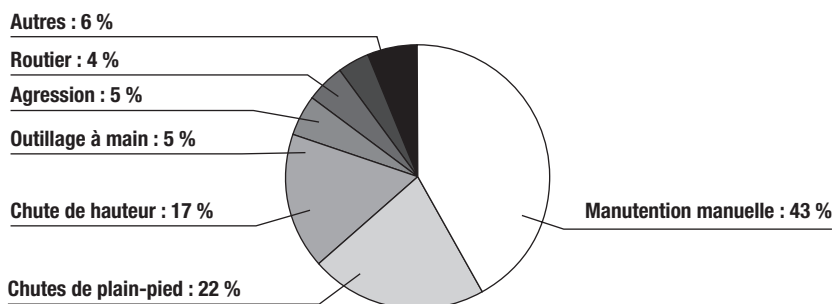


Source : CNAMTS.

Circonstances des AT

Au sein du CTN H, les accidents du travail sont surtout des accidents liés à la manutention manuelle (43 %), à des chutes de plain-pied ou de hauteur ; plus de 80 % des accidents du travail du CTN H sont liés à ces trois risques.

Répartition des AT suivant le risque à l'origine de l'accident en 2013



Source : CNAMTS.

Sinistralité selon l'activité

Nombre de salariés, d'AT et IF par type d'activité en 2012-2013

Activité	Salariés 2013		AT 2012	AT 2013	Évol. AT 2013-2012	IF 2012	IF 2013	Évol. IF 2013- 2012	Commentaires
	Nb	%							
Administration publique et défense ; Sécurité sociale obligatoire	1 239 672	28,60 %	14 438	14 809	2,60 %	12,3	11,9	- 2,60 %	Faible sinistralité, en baisse
Enseignement	431 118	9,90 %	4 374	4 524	3,40 %	10,4	10,5	1,20 %	Faible sinistralité, en légère hausse
Activités des services financiers, hors assurances et caisses de retraite (64)	423 851	9,80 %	1 911	1 810	- 5,30 %	4,6	4,3	- 6,40 %	Très faible sinistralité, en baisse significative
Activités pour la santé humaine (86)	360 792	8,30 %	6 320	6 119	- 3,20 %	18,2	17	- 6,80 %	Faible sinistralité, en baisse significative
Programmation, conseil et autres activités informatiques (62)	282 840	6,50 %	674	669	- 0,70 %	2,5	2,4	- 3,80 %	Très faible sinistralité, en baisse
Activités juridiques et comptables (69)	225 816	5,20 %	630	562	- 10,80 %	2,8	2,5	- 11,40 %	Très faible sinistralité, en baisse significative

Source : CNAMTS.

Indicateurs statistiques du CTN I pour 2008-2013

	2008	2009	2010	2011	2012	2013
AT en 1er règlement	145 809	127 268	135 711	146 921	141 903	139 100
	- 1,4 %	- 12,7 %	6,6 %	8,3 %	- 3,4 %	- 2,0 %
Salariés	3 176 678	3 017 372	3 107 173	3 281 809	3 223 439	3 226 571
	- 0,4 %	- 5,0 %	3,0 %	5,6 %	- 1,8 %	0,1 %
Nouvelles IP	8 689	8 602	8 314	8 356	8 613	8 430
	0,3 %	- 1,0 %	- 3,3 %	0,5 %	3,1 %	- 2,1 %
Décès	62	57	72	80	78	77
	- 18,4 %	- 8,1 %	26,3 %	11,1 %	- 2,5 %	1,3 %
Journées d'IT	8 326 419	7 943 533	8 243 045	8 910 890	8 979 162	9 074 637
	7,1 %	- 4,6 %	3,8 %	8,1 %	0,8 %	1,1 %
Indice de fréquence	45,9	42,2	43,7	44,8	44,0	43,1
	- 1,0 %	- 8,1 %	3,6 %	2,5 %	- 1,7 %	- 2,1 %

Source : données nationales AT-MP issues des bases annuelles SGE TAPR relevant du CTN I "Activités de services II".

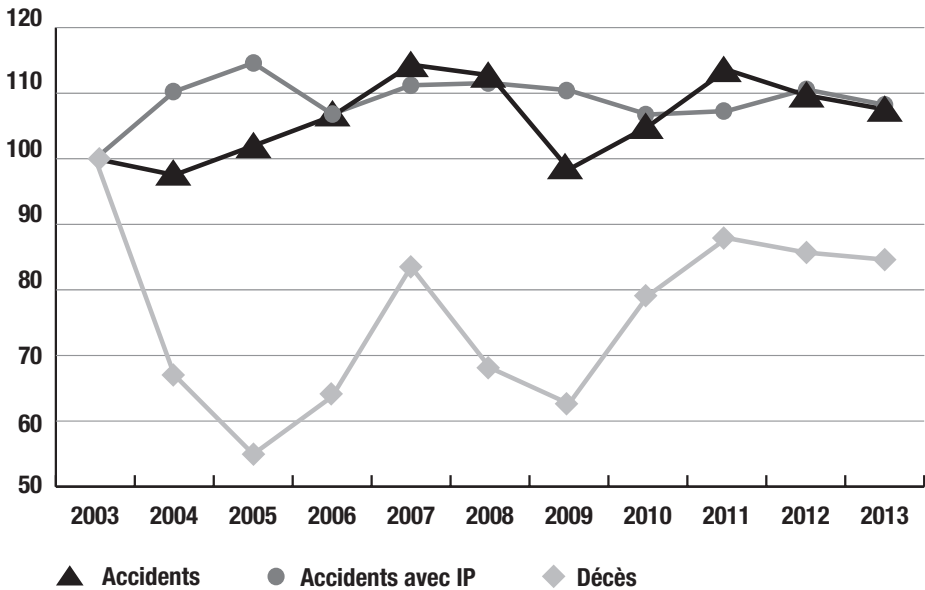
Une sinistralité au-dessous de la moyenne des CTN, fortement liée aux effectifs salariés

En 2013, dans un contexte de ralentissement de l'activité, les AT diminuent de 2 % dans le CTN I comme c'était déjà le cas en 2012. Cela se traduit par une diminution de l'indice de fréquence de 2,1 % en 2013 par rapport à 2012, portant cet indicateur à 43,1 accidents du travail pour 1 000 salariés. Mais cette diminution reste faible et ne permet pas à l'IF du CTN I de passer en dessous de la moyenne des 9 CTN.

Entre 2003 et 2013, l'évolution des AT et de l'IF au sein du CTN I évoluent en dents de scie, et de manière fortement liée au contexte de l'emploi.

Évolutions comparées des indicateurs de sinistralité 2003-2013

(Base 100 : 2003)

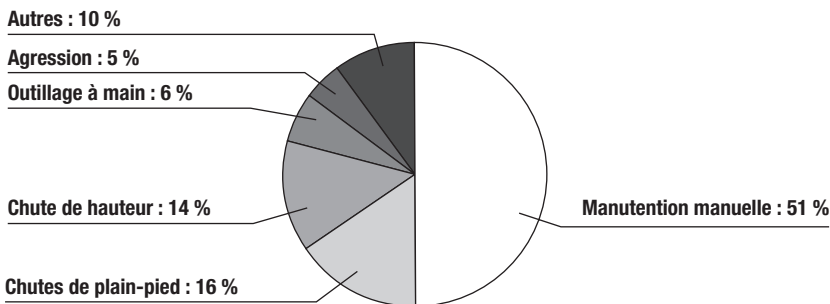


Source : CNAMTS.

Circonstances des AT

En se fondant sur les accidents de travail survenus en 2013, il apparaît que les accidents du travail du CTN I sont surtout des accidents liés à la manutention manuelle (51 %), à des chutes de plain-pied (16 %) ou de hauteur (14 %). Un peu plus de 80 % des accidents du travail du CTN I sont liés à ces trois risques.

Répartition des AT suivant le risque à l'origine de l'accident en 2013



Source : CNAMTS.

*Sinistralité selon l'activité***Nombre de salariés, d'AT et IF par type d'activité en 2012-2013**

Activité	Salariés 2013		AT 2012	AT 2013	Évol. AT 2013-2012	IF 2012	IF 2013	Évol. IF 2013-2012	Commentaires
	Nb.	%							
Activités liées à l'emploi	796 767	24,70 %	40 439	35 614	- 11,90 %	48,2	44,7	- 7,20 %	Sinistralité proche de la moyenne, en baisse significative
Action sociale sans hébergement	488 324	15,10 %	24 498	25 810	5,40 %	52,4	52,9	0,90 %	Sinistralité forte, stable
Activités pour la santé humaine	466 291	14,50 %	14 273	14 459	1,30 %	30,6	31	1,30 %	Sinistralité faible, en légère hausse
Hébergement médico-social et social	411 985	12,80 %	28 651	29 991	4,70 %	71,2	72,8	2,20 %	Très forte sinistralité, en hausse
Services relatifs aux bâtiments et aménagement paysager (81)	290 495	9,00 %	15 310	15 190	- 0,80 %	54,1	52,3	- 3,30 %	Forte sinistralité, en baisse
Activités des organisations associatives (94)	222 005	6,90 %	3 679	3 534	- 3,90 %	16,6	15,9	- 4,10 %	Faible sinistralité, en baisse

Source : CNAMTS.

Augmentation du risque “accident de trajet”

Après avoir connu une baisse significative en 2012 de près de 10 %, le nombre d'accidents de trajet est à nouveau orienté à la hausse en 2013 (+ 3,6 %, soit près de 3 300 accidents de trajet de plus par rapport à 2012) pour atteindre un niveau proche de celui enregistré en 2009. Cette hausse est à mettre en parallèle avec les conditions météorologiques, fortement dégradées au cours du premier trimestre 2013. Enfin, rappelons que les hivers rigoureux de 2010 et 2011 en particulier, expliquent pour une bonne part les augmentations observées précédemment.

Dénombrement des accidents de trajet pour les années 2009 à 2013

(en italique, taux d'évolution annuelle)

	2009	2010	2011	2012	2013
Accidents de trajet en 1 ^{er} règlement	93 840	98 429	100 018	90 092	93 363
	6,8 %	4,9 %	1,6 %	- 9,9 %	3,6 %
Nouvelles IP	8 417	8 047	8 514	8 103	7 865
	6,2 %	5,1 %	1,7 %	- 9,6 %	- 3,4 %
Décès	356	359	393	323	306
	- 8,0 %	0,8 %	9,5 %	- 17,8 %	- 5,3 %
Journées perdues	6 070 556	6 310 459	6 578 376	6 102 853	6 206 593
	6,0 %	4,0 %	4,2 %	- 7,2 %	1,7 %

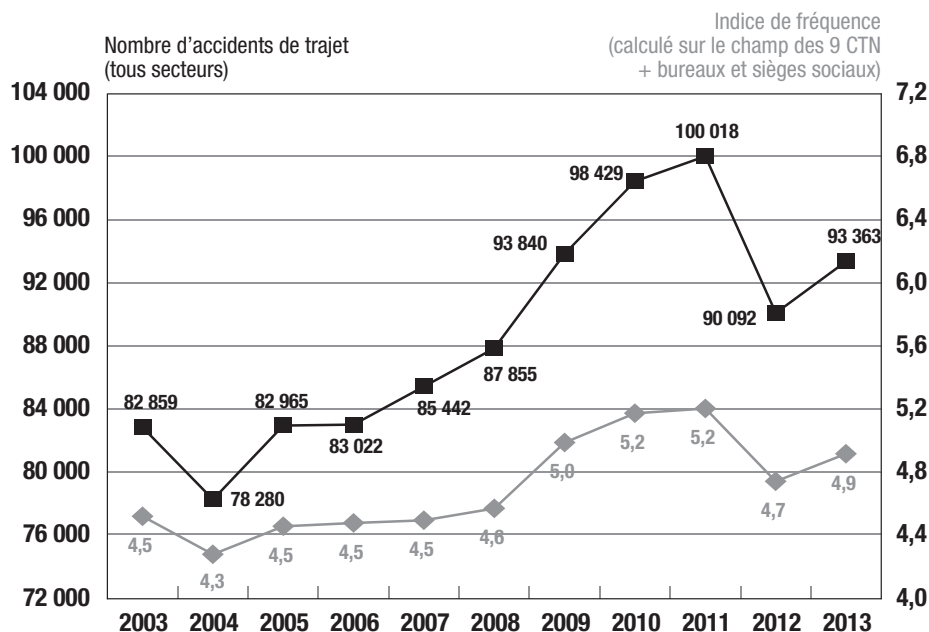
Source : données nationales AT-MP issues des bases annuelles SGE TAPR sur les 9 Comités techniques nationaux, les bureaux et sièges sociaux et les autres catégories professionnelles particulières.

Le nombre de journées d'incapacité temporaire de travail repart également à la hausse (+ 1,7 %), la diminution observée en 2012 apparaissant comme une exception sur les huit années couvrant la période 2006-2013.

A contrario, le nombre de décès et le nombre de nouvelles incapacités permanentes continuent de baisser en 2013, mais de façon moins marquée qu'en 2012, atteignant chacun le niveau le plus bas jamais observé depuis une dizaine d'années.

Compte tenu de la stabilité du nombre de salariés, la fréquence des accidents de trajet augmente de 3,7 %, ce qui porte le nombre d'accidents du trajet pour 1 000 salariés à 4,9 en 2013.

Évolution du nombre d'accidents de trajet en 1^{er} règlement et de leur fréquence pour 1 000 salariés sur la période 2003-2013



Source : données nationales AT-MP issues des bases annuelles SGE TAPR sur les 9 Comités techniques nationaux, les bureaux et sièges sociaux et les autres catégories professionnelles particulières pour le nombre d'accidents ; hors catégories professionnelles particulières pour le calcul de l'indice de fréquence.

1.2. LE RÉGIME AGRICOLE

Les salariés agricoles

Évolution du nombre d'accidents du travail

Le nombre d'accidents du travail avec arrêt de travail s'établit à 37 484 en 2012, soit une baisse de 4,0 % par rapport à 2011. Il s'agit des accidents du travail (AT) proprement dits avec arrêt de travail, c'est-à-dire des AT ayant donné lieu à un premier paiement d'indemnités journalières au cours de la période considérée, pour lequel il n'y a pas eu d'arrêt de travail ayant donné lieu à paiement de prestations au cours des années précédentes et qui n'a pas donné lieu à attribution de rentes.

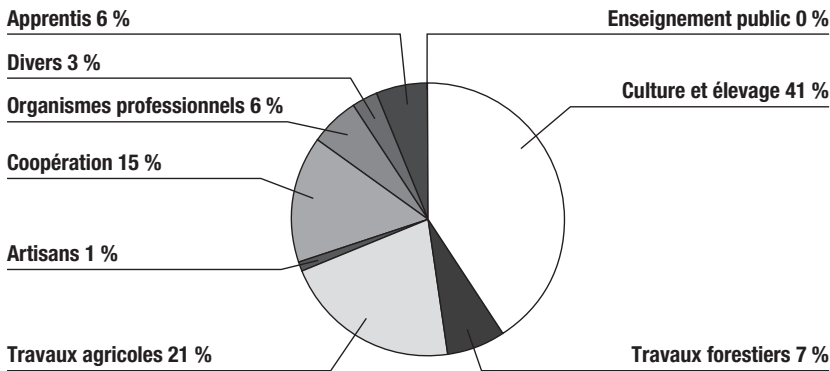
Comme dans le régime général, la diminution enregistrée en 2012 s'inscrit dans une tendance, constatée sur la période de 2008 à 2012 d'une baisse des AT de 2,1 % en moyenne par an, soit une diminution de 3 627 accidents sur la période. Parallèlement, le nombre d'accidents grave diminue également de 249 entre 2008 et 2012, soit une baisse moyenne de 1,4 % par an, pour

atteindre 4 455 en 2012. Un accident grave est un accident ayant entraîné une incapacité permanente partielle de la victime, dont la rente a été attribuée au cours de la période considérée.

En 2012, 49 accidents mortels ont été recensés contre 56 en 2011, soit une diminution de 12,5 % par rapport à 2011.

Plus de 41 % des accidents avec arrêt concernent des salariés travaillant dans le secteur culture et élevage et 21 % concernent celui des travaux agricoles (*cf. graphique ci-après*), secteurs représentant respectivement 36,2 % et 10,9 % des heures travaillées en 2012.

Répartition des accidents du travail avec arrêt selon le secteur d'activité de la victime en 2012

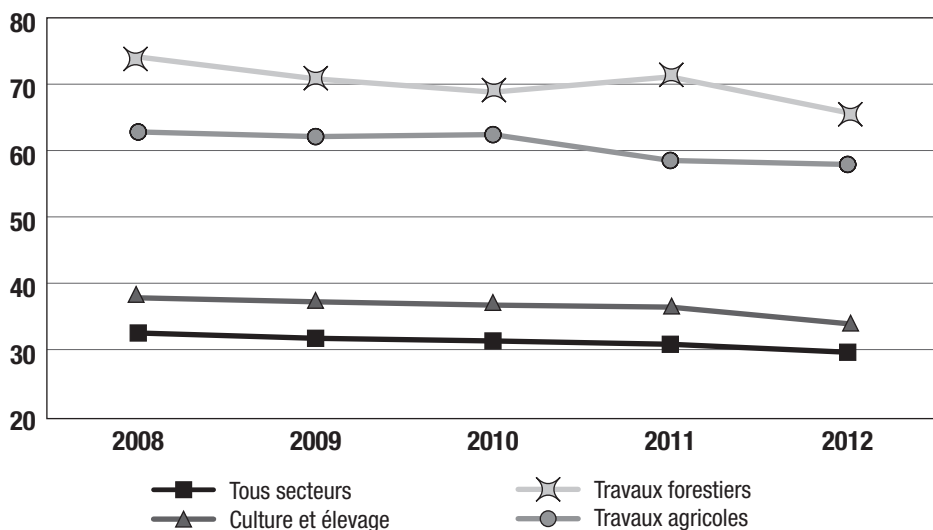


Source : Mutualité sociale agricole (MSA).

Le taux de fréquence global, qui baisse continuellement depuis 10 ans, passe de 32,5 en 2008 à 29,6 accidents avec arrêt par million d'heures travaillées en 2012 soit, sur les 5 dernières années, une diminution moyenne de - 2,3 % par an (*cf. graphique ci-après*).

La stabilité du nombre d'heures travaillées sur la période 2008-2012 (évolution annuelle moyenne de + 0,04 %) s'accompagnant d'une baisse du nombre d'accidents du travail proprement dits de - 2,3 % sur la même période, permet de contribuer à cette baisse du taux de fréquence.

Évolution du taux de fréquence des accidents du travail avec arrêt de travail entre 2008 et 2012

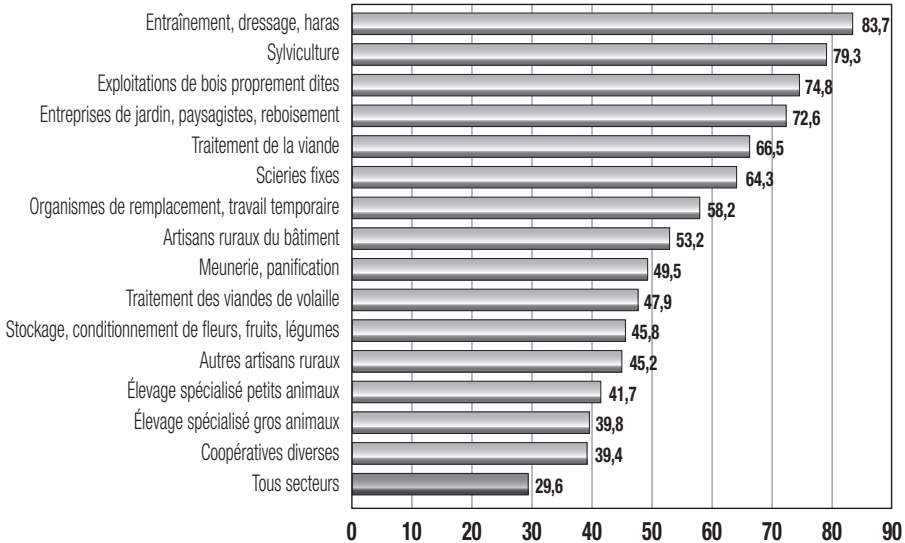


Source : MSA.

Toutefois, le taux de fréquence connaît de fortes disparités en fonction du secteur d'activité. Les taux de fréquence (TF) demeurent les plus élevés pour les secteurs des travaux forestiers (65,7 AT par millions d'heures travaillées en 2012) et des travaux agricoles (57,9 en 2012) alors qu'ils sont très faibles pour les organismes professionnels (6,5 accidents par millions d'heures travaillées).

Les secteurs d'activité dont le TF est le plus élevé sont les secteurs de l'entraînement, du dressage et des haras (83,7, soit - 0,05 % par rapport à 2011), de la sylviculture (79,4 soit + 0,22 % par rapport à 2011) et des exploitations de bois proprement dites (74,8 soit - 5,5 % par rapport à 2011). Il est à noter que les taux de fréquence dans ces secteurs ont connu des baisses significatives entre 2008 et 2012.

Taux de fréquence les plus élevés des accidents du travail avec arrêt de travail en 2012



Source : MSA.

La gravité des accidents du travail

En ce qui concerne la gravité des accidents, celle-ci peut être approchée par les quatre principaux indicateurs suivants :

- la durée moyenne d'arrêt de travail : elle s'établit à 58,8 jours en 2012, soit une augmentation moyenne de 1,76 jours par an entre 2008 et 2012. L'on note toutefois que cette hausse ralentit en fin de période ;
- la proportion d'accidents graves : entre 2008 et 2011, elle s'établit entre 11,1 % et 11,4 %, avec une hausse en fin de période (11,9 % d'accidents graves en 2012) ;
- le taux moyen d'incapacité permanente partielle (IPP) : ces deux dernières années, il évolue à la baisse (- 9,6 % entre 2011 et 2012) ;
- le taux de fréquence des accidents de travail mortels : malgré des fluctuations annuelles irrégulières, entre 0,04 et 0,06 accidents mortels par millions d'heures travaillées, il évolue globalement à la baisse.

Les évolutions contrastées de ces quatre indicateurs ne permettent pas de conclure à une tendance globale uniforme en matière de gravité des accidents du travail.

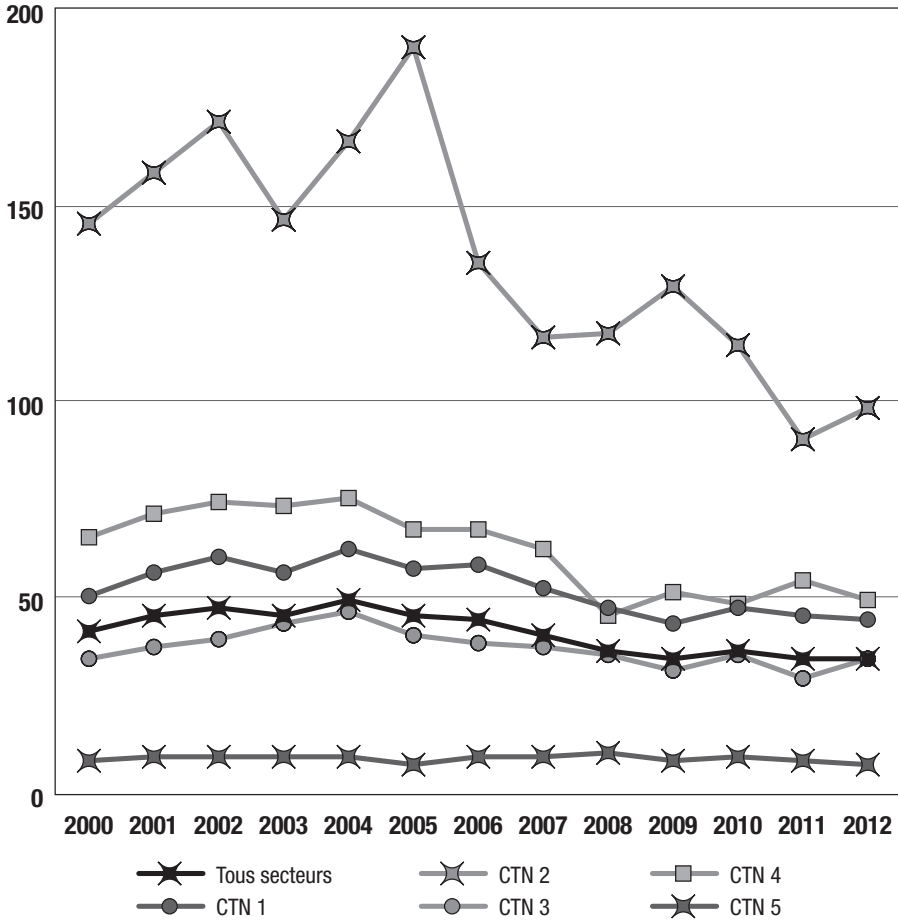
Dès lors, l'analyse peut être complétée par une approche par secteurs d'activité de l'un de ces indicateurs, l'indice de gravité, défini comme la somme des taux d'incapacité permanente partielle par millions d'heures de travail pour la période considérée. Il est présenté devant les Comités techniques nationaux de prévention (CTN) dans le cadre du suivi de l'évo-

lution des principaux indicateurs d'accidentologie des salariés agricoles selon les différents secteurs d'activités agricoles :

- exploitations agricoles et assimilés (CTN 1) ;
- travaux forestiers (CTN 2) ;
- entreprises d'approvisionnement, de commercialisation et de transformation agricole (CTN 3) ;
- paysagistes et travaux agricoles et artisanat rural (CTN 4) ;
- organismes de services (CTN 5).

Le CTN qui présente la plus forte gravité des AT est le CTN 2 (sylviculture), avec toutefois une baisse très importante de l'indice de gravité entre 2005 et 2012, soit une baisse de 48,6 %. La gravité des accidents dans le CTN 4 (paysagistes et travaux agricoles) et le CTN 1 (exploitation agricoles et assimilés) demeure supérieure à la moyenne sur l'ensemble de la période.

Évolution de l'indice de gravité des AT par CTN entre 2000 et 2012



Source : MSA.

S'agissant des accidents mortels, 162 salariés sont décédés à la suite d'un accident du travail sur la période triennale entre 2010 et 2012. Les accidentés sont essentiellement des hommes (148), et sont le plus souvent âgés de 50 à 59 ans (27,8 %) et entre 40 et 49 ans (26,5 %).

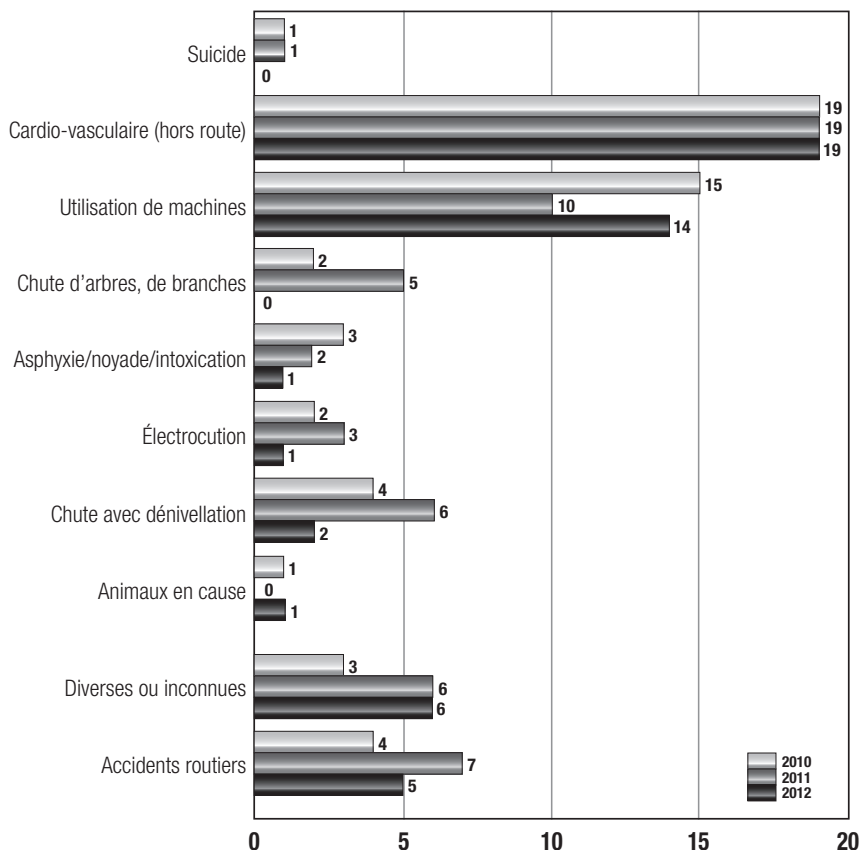
Les catégories de risques les plus représentées sont :

- les cultures spécialisées (15,4 %) ;
- les cultures et élevages non spécialisés (12,3 %) ;
- la viticulture (10,5 %) ;
- les entreprises de jardin et paysagistes (10,5 %).

Les décès d'origine cardio-vasculaire et ceux dus à l'utilisation de machines restent les plus importants en nombre (*cf. graphique ci-après*).

Les circonstances des accidents du travail mortels de 2010 à 2012

(en nombre de décès)



Source : MSA.

Les caractéristiques des victimes d'accidents du travail non mortels

Les femmes, qui représentent 36,2 % du volume total annuel d'heures travaillées pour 23,0 % des accidents avec arrêt, ont un taux de fréquence presque deux fois inférieur à celui des hommes (18,8 pour les femmes contre 35,6 pour les hommes).

Les salariés de moins de 30 ans ont des taux de fréquence d'AT avec arrêt plus élevés que les autres.

Chez les salariés de 50 à 59 ans, la gravité des AT est plus forte que la moyenne : leur taux de fréquence d'accidents graves est plus important que celui des autres classes d'âge.

**Taux de fréquence des AT avec arrêt de travail en 2012
selon les catégories de salariés**

Taux de fréquence AT avec arrêt	Masculin	Féminin	Tous Sexes	Rapport H/F
< 20 ans	41,9	53,2	44,1	0,79
20 à 29 ans	43,7	25,5	37,9	1,71
30 à 39 ans	37,1	16,1	29,0	2,30
40 à 49 ans	33,4	16,8	26,8	1,98
50 à 59 ans	27,6	14,9	22,6	1,85
60 ans et plus	18,6	10,5	16,0	1,77
Tous âges	35,6	18,8	29,6	1,89

Source : MSA.

Enfin, la période de septembre à octobre, correspondant aux mois pendant lesquels la présence de travailleurs saisonniers est importante, est marquée tous les ans par une recrudescence des accidents graves et avec arrêt par rapport à l'ensemble de l'année.

La nature des risques

Les données de l'année 2012 ne montrent pas d'évolution notable par rapport aux années antérieures.

Les accidents du travail se produisent principalement sur les lieux relevant du secteur production animale ou végétale (37,4 %) ou de celui des travaux publics et d'espaces verts (20,2 %).

Les victimes sont principalement accidentées lors d'activités de déplacements, de manutention, et de transport (30,7 %) ainsi que lors de travail du sol, bois et autres végétaux (31,4 %).

Les éléments matériels à l'origine des lésions les plus fréquentes sont les éléments végétaux non transformés (10,1 %), les éléments de bâtiments (9,8 %) et les outils à main non motorisés (9,7 %).

Les lésions les plus fréquemment rencontrées sont des contusions ou des lésions superficielles (24,7 %), des plaies (16,2 %), des douleurs d'effort ou des lumbagos (13,3 %) ainsi que des entorses ou des foulures (12,8 %).

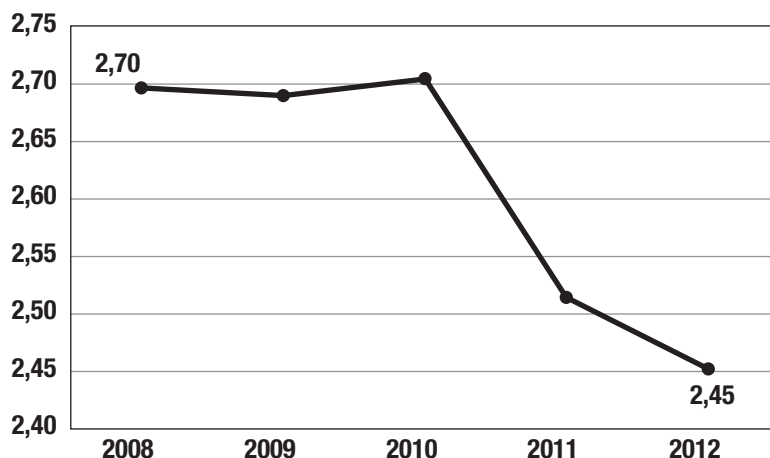
Elles surviennent surtout au niveau des mains (23 %), au niveau des membres inférieurs hors les pieds (21,4 %) ainsi que du tronc et du rachis (21,3 %).

Les accidents de trajet sont en forte diminution

Le nombre annuel d'accidents de trajet avec arrêt de travail s'élève en 2012 à 2 828 accidents contre 2 880 en 2011. Sur la période entre 2008 et 2012, le nombre d'accidents de trajet avec arrêt a diminué en moyenne de - 3,5 % par an.

L'indice de fréquence est orienté à la baisse avec 2,45 accidents pour 1 000 salariés en 2012 contre 2,5 en 2011 et 2,7 en 2010.

Évolution de l'indice de fréquence des accidents de trajet avec arrêt (2008-2012) pour 1 000 salariés



Source : MSA.

En 2012, l'on compte parmi ces accidents, 444 accidents graves, soit une augmentation de + 1,4 % par rapport à 2011 et 21 accidents mortels ; ce qui représente une baisse par rapport à la moyenne des années précédentes. En moyenne annuelle, près de 26 accidents de trajet mortels ont été dénombrés entre 2008 et 2012.

En 2012, en cohérence avec les données des années précédentes, les accidents de trajet avec arrêt impliquent principalement des automobiles (48,7 %) et des deux roues (30,6 %). Les moins de 25 ans sont les plus concernés par les accidents de deux roues et 11,6 % des accidents de trajet avec arrêt concernent les apprentis.

Les non salariés du régime agricole

Les indemnités journalières (IJ) n'étant versées qu'aux chefs d'exploitations⁽²⁾ ou d'entreprises agricoles et ceux-ci représentant 95,4 % du total des AT et MP des non salariés du régime agricole, les données présentées ci-après sur les accidents du travail ne concerneront que ce statut.

Au cours de l'année 2012, pour les chefs d'exploitation, 16 578 AT ont donné lieu à un premier paiement d'indemnités journalières (accidents avec arrêt de travail indemnisé)⁽³⁾, ce qui correspond à 75,6 % des 21 935 accidents

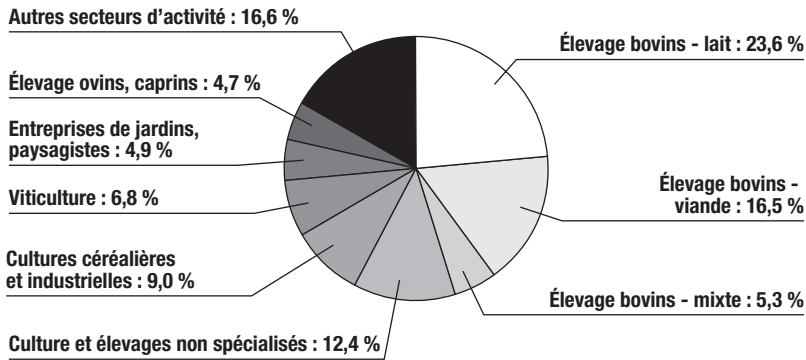
2) Les autres catégories sont les conjoints des chefs d'exploitation participant aux travaux et les aides familiaux.

3) Accidents avec arrêt de travail : accident ayant donné lieu au versement d'indemnités journalières (après un délai de carence de 7 jours).

du travail avec ou sans arrêt de travail. Dans l'analyse qui suit, ces accidents de travail avec arrêt indemnisés seront dénommés accidents avec arrêt.

En 2012, 45,4 % des AT se sont produits dans les élevages de bovins, dont 23,6 % dans les élevages laitiers, 16,5 % dans les élevages pour la viande et 5,3 % dans les élevages mixtes. Les exploitations de cultures et élevages non spécialisés sont concernées par 12,4 % des accidents, les exploitations de cultures céréalières et industrielles par 9,0 % et la viticulture par 6,8 % des AT.

Répartition des accidents du travail avec arrêt de travail selon le secteur d'activité de la victime en 2012



Source : MSA.

Hormis une légère augmentation en 2010 (+ 1 %), l'indice de fréquence est orienté à la baisse depuis 2008 : l'IF diminue en moyenne de 2,5 % par an entre 2008 et 2012, pour atteindre le minimum historique de 34,7 AT pour 1 000 affiliés en 2012, soit une baisse de 5,4 % par rapport à 2011. Ce dernier taux est surtout dû à une forte diminution du nombre d'accidents indemnisés en 2012 (- 6,6 %) alors que la population des chefs d'exploitations diminue seulement de 1,3 %.

L'indice de fréquence est de loin le plus élevé pour le secteur des exploitations de bois avec 93,3 accidents avec arrêt pour 1 000 affiliés. Avec un indice global de 46,9 accidents pour 1 000 exploitants agricoles, les trois secteurs d'élevages de bovins sont également parmi les plus fortement touchés.

Les caractéristiques des victimes d'accidents du travail

Les accidents avec arrêt de travail concernent avant tout les hommes, qui totalisent 82,5 % des accidents alors qu'ils représentent 76 % des affiliés.

Les victimes ont principalement entre 50 et 59 ans (39,1 %) ou entre 40 et 49 ans (31,4 %). Cette répartition est proche de celle de la population

des affiliés avec respectivement 34,9 % et 31,1 % pour ces deux catégories d'âge.

La nature des risques

Lors de l'accident, les victimes exerçaient principalement des activités en rapport avec les animaux vivants (35,2 %), dont 28 % de celles-ci au cours d'opérations de manipulation et de contention d'animaux et 22 % lors des soins apportés aux animaux.

Les autres activités les plus fréquemment exercées au moment de l'accident sont en rapport avec le matériel, les véhicules (hors déplacement), les infrastructures et les bâtiments, qui occasionnent 21,4 % des accidents, dont 60 % pour la préparation, la maintenance, l'entretien et autres interventions sur les machines, les outils ou les véhicules.

Suivent ensuite, les travaux du sol et des végétaux, avec 18,1 % des accidents, et les déplacements, qui représentent 12,3 % des accidents. Un peu plus de la moitié (54 %) de ces derniers surviennent lors de déplacements à pied.

Enfin, les activités de chargement, de déchargement, de vidange et de remplissage des moyens de transport ou des accumulateurs de matières concernent 5,1 % des accidents.

Par ailleurs, 186 accidents concernant les chefs d'exploitation en 2012 résultaient d'accidents du trajet.

Répartition des AT selon l'élément matériel à l'origine des lésions

Éléments matériels	Nombre d'accidents	Part des accidents causés par des éléments matériels connus
Animaux	3 014	19,8 %
Sols extérieurs	1 947	12,8 %
Éléments de bâtiment	1 852	12,2 %
Éléments végétaux non transformés	1 160	7,6 %
Outils à mains non motorisés	1 133	7,4 %
Matériels et accessoires	843	5,5 %
Machines et appareils mobiles	835	5,5 %
Outils à mains motorisés ou à énergie	651	4,3 %
Tracteurs agricoles et tracteurs forestiers	564	3,7 %
Autres véhicules ou équipements de transport	455	3,0 %
Autres installations et équipements	455	3,0 %
Éléments contenant	434	2,8 %
Machines et appareils à postes fixes	337	2,2 %
Véhicules routiers	201	1,3 %
Autres éléments	519	3,4 %
Absence d'élément matériel	838	5,5 %
<i>Sous total</i>	<i>15 238</i>	<i>100 %</i>
Élément matériel inconnu	1 340	
Total	16 578	

Source : MSA.

Les lésions les plus fréquemment rencontrées sont des fractures ou des fêlures (22,5 %), des contusions ou des lésions superficielles (16,7 %), des plaies (14,4 %) et des entorses ou des foulures (12,4 %). Elles atteignent les membres supérieurs dans 35,7 % des cas, principalement les mains (19,4 %), dont les deux tiers au niveau des doigts, ou encore les membres inférieurs (33 %) dont un tiers au niveau des genoux et un quart au niveau des chevilles. Le rachis lombaire est également une zone fréquemment concernée (10,6 %) par ces lésions.

Les accidents mortels

En 2012, 97 accidents mortels du travail ont touché les chefs d'exploitation, dont :

- 40,2 % dans le secteur des élevages de bovins ;
- 12,5 % dans le secteur des cultures et élevages non spécialisés ;
- 12,4 % dans le secteur des cultures céréalières.

Compte tenu du faible nombre d'AT mortels pour une année, afin d'obtenir des résultats plus représentatifs, les indicateurs et circonstances des décès sont étudiés sur une période de trois ans, de 2010 à 2012. 248 exploitants ou entrepreneurs sont décédés à la suite d'un accident du travail pendant cette période. Les accidentés sont essentiellement des hommes (235 accidentés),

appartenant principalement aux classes d'âge de 50 à 59 ans (45,2 %) et de 40 à 49 ans (28,6 %).

Les catégories d'exploitants les plus concernées sont :

- les éleveurs de bovins (43,1 %), dont les éleveurs de bovins laitiers (24,6 %), les éleveurs de bovins viande (11,7 %) et les éleveurs de bovins mixtes (6,9 %) ;
- les exploitants de cultures et d'élevages non spécialisés (12,1 %) ;
- les exploitants de cultures céréalières (12,9 %).

Un décès sur trois survient lors de l'utilisation d'une machine fixe ou mobile ou d'un tracteur (28,6 %). Ils sont dus principalement à des écrasements, des renversements de machines ou de tracteurs et à des happements par un élément de la machine.

Par ailleurs, 28 décès d'exploitants ou d'entrepreneurs agricoles, soit 11,3 % des décès, ont été reconnus comme des suicides ayant un lien direct avec des difficultés professionnelles ou financières.

Enfin, 28 décès sont d'origine cardio-vasculaire. 10,1 % des décès, soit 25 victimes, sont survenus après une chute de hauteur, 9,7 % des décès (24 victimes) ont impliqué des animaux et 7,3 % des décès (18 victimes) sont consécutifs à des chutes d'arbres ou de branches. Enfin, 18 accidents mortels sont survenus sur route lors d'un déplacement professionnel.

1.3. LE SECTEUR PUBLIC

La fonction publique d'État

Des données en cours de constitution

Les ministères sont actuellement engagés dans un chantier d'harmonisation de leurs systèmes d'information des ressources humaines (SIRH). Parmi les données du noyau commun aux ministères figure un nombre important d'informations relatives aux accidents du travail et aux maladies professionnelles, associées à des nomenclatures homogènes. Des informations statistiques sur ces sujets devraient donc être produites au fur et à mesure de l'intégration de tous les ministères dans ce nouveau système.

Par ailleurs, les nouveaux référentiels européens imposent la mise en œuvre d'un suivi individualisé des AT-MP dans la fonction publique d'État, à l'instar du suivi que réalise la Caisse nationale de retraites des agents des collectivités locales (CNRACL) pour la fonction publique territoriale.

Dans l'intervalle, la refonte du bilan "*Hygiène et sécurité*", remis tous les ans au Conseil supérieur de la fonction publique (CSFP) a permis en

2013 la mise en place d'un volet spécifique sur les accidents du travail et les maladies professionnelles. Des questionnaires ont été diffusés auprès de l'ensemble des ministères, portant sur les années 2007 à 2012. Seuls les résultats pour 2012 sont présentés ici⁽⁴⁾.

Issues d'une enquête organisée en 2013-2014 par la DGAFP, ces statistiques ne sont, pour des raisons méthodologiques, pas directement comparables avec les statistiques provenant de l'enquête annuelle 2007 sur les accidents du travail et les maladies professionnelles.

Enfin, dans le cadre de l'accord du 20 novembre 2009 sur la santé et la sécurité au travail dans la fonction publique et du protocole d'accord-cadre relatif à la prévention des risques psychosociaux dans la fonction publique signé le 22 octobre 2013, la couverture du champ constitué par les trois versants de la fonction publique par des enquêtes relatives aux expositions aux risques professionnels a été prévue. Il s'agit des enquêtes Dares-DGT-DGAFP SUMER 2009-2010 et Dares-DGAFP-Drees-Insee⁽⁵⁾ "*Conditions de travail 2013*", qui ont inclus dans leur programme l'extension de l'échantillon et l'étude de ses résultats pour inclure les trois versants de la fonction publique. Quelques résultats issus de cette enquête sont présentés dans la partie "maladies professionnelles" du présent chapitre.

Une forte différenciation entre versants de la fonction publique et entre métiers

La réalisation de cette enquête a permis de disposer d'éléments de comparaison entre la sinistralité, telle que déclarée par les travailleurs, dans le secteur privé et dans les trois versants de la fonction publique.

4) Les données 2007-2012 sont disponibles sur le site de la fonction publique (www.fonction-publique.gouv.fr), à la rubrique Statistiques - Séries longues.

5) Drees : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques.
Insee : Institut national de la statistique et des études économiques.

Part des agents ayant eu un accident du travail dans les trois versants de la fonction publique et dans le secteur privé en 2012 (en %)

	au moins un accident dans l'année	Part des agents ayant eu...		
		un accident	deux accidents	trois accidents ou plus
Fonction publique de l'État	6,6	5,3	0,7	0,5
Fonction publique territoriale (FPT)	8,5	6,8	1,2	0,5
Fonction publique hospitalière	12,9	10,2	1,5	1,2
Ensemble 3 FP	8,6	6,9	1,0	0,6
Secteur privé	9,1	6,6	1,2	1,3

Source : Enquête "Conditions de travail 2013", Dares, DGAFP, Drees et Insee. Traitement Dares et DGAFP, département des études et des statistiques.

Champ : France, salariés.

Lecture : 8,5 % des agents de la FPT ont déclaré avoir subi au moins un accident du travail dans l'année : 6,8 % ont déclaré un accident, 1,2 % deux accidents et 0,5 % trois accidents ou plus.

Note : Accidents du travail déclarés, survenus dans les 12 mois précédant la collecte.

Il en ressort que la sinistralité est moins importante en moyenne dans la fonction publique (8,6 % des agents déclarent avoir eu au moins un accident dans l'année) que dans le secteur privé (dans lequel cette part est de 9,1 %). Toutefois, si l'on distingue les travailleurs ayant subi un seul accident de ceux qui en ont subi plusieurs, la part des personnes ayant subi un seul accident est plus élevée dans le secteur public que dans le privé.

Si l'on compare les données pour les trois versants de la fonction publique, il apparaît clairement que la sinistralité est plus concentrée sur le secteur hospitalier : 12,9 % des agents y ont subi au moins un AT, soit quasiment le double de la part de ces agents dans la fonction publique d'État (6,6 %). La sinistralité dans la fonction publique territoriale est intermédiaire entre ces deux autres versants, avec 8,5 % des agents ayant subi au moins un accident.

Le questionnaire a également permis de mieux appréhender la nature des AT reconnus dans les trois versants de la fonction publique. Dans l'analyse qui suit, sont comptabilisés comme accidents du travail : les accidents de service des fonctionnaires et les accidents du travail des agents non titulaires. Les données n'incluent toutefois pas les contrats aidés, comptabilisés dans le cadre du régime général. Ces AT comptabilisés surviennent lorsque l'agent est sous l'autorité de l'employeur, pendant le temps et sur le lieu de travail. Les accidents de mission, qui surviennent lors d'un déplacement dans le cadre des obligations professionnelles, sont inclus dans les accidents du travail. Les accidents de trajet surviennent lors du parcours entre le lieu de travail et le domicile ou le lieu de restauration, à l'heure normale. Ils sont comptabilisés à part.

Répartition des accidents du travail notifiés en 2012 selon le sexe et la gravité par ministère

Ministère	Taux de couverture	Nombre d'accidents du travail notifiés en 2012	Répartition selon le sexe		Répartition selon la gravité							
					Sans arrêt		Avec arrêt		dont + de 3 jours		Avec décès	
			H	F	H	F	H	F	H	F	H	F
Affaires étrangères et européennes	100 %	38	24 %	76 %	33 %	41 %	67 %	59 %	44 %	52 %	0 %	0 %
Agriculture et Pêche	75 %	57	39 %	61 %	59 %	54 %	41 %	46 %	23 %	29 %	0 %	0 %
Ministères Économie et Financier	100 %	1 426	44 %	56 %	42 %		58 %		51 %		0 %	
Conseil d'État	100 %	29	34 %	66 %	30 %	37 %	70 %	63 %	40 %	58 %	0 %	0 %
Culture et Communication	100 %	577	48 %	52 %	35 %	39 %	65 %	61 %	nd	nd	0 %	0 %
DDI	47 %	341	48 %	52 %	41 %	41 %	58 %	59 %	55 %	51 %	1 %	0 %
Défense	95 %	1 868	65 %	35 %	49 %	60 %	51 %	40 %	46 %	35 %	0 %	0 %
Autre Écologie, Développement et Aménagement durables*	65 %	1 583	nd		45 %		55 %		nd		0 %	
Écologie, Développement et Aménagement durables – Aviation civile	100 %	76	84 %	16 %	41 %	67 %	59 %	33 %	47 %	25 %	0 %	0 %
Éducation nationale ^(a)	100 %	8 241	26 %	74 %	51 %	48 %	49 %	52 %	nd	nd	0 %	0 %
Enseignement supérieur et Recherche ^(a)	92 %	3 787	nd		48 %		52 %		46 %		0 %	
Intérieur - Gendarmerie	59 %	81	60 %	40 %	20 %	31 %	80 %	69 %	78 %	66 %	0 %	0 %
Intérieur - Police	100 %	16 153	82 %	18 %	nd	nd	nd	nd	nd	nd	0 %	0 %
Intérieur - Secrétariat général	91 %	512	36 %	64 %	37 %	53 %	63 %	47 %	27 %	36 %	0 %	0 %
Justice et Libertés	52 %	1 780	59 %	41 %	20 %	28 %	80 %	72 %	60 %	31 %	0 %	0 %
Santé, Jeunesse, Sports et Vie associative ^{*(a)}	entre 80 et 100 %	206	nd		51 %		49 %		37 %		0 %	
Services du Premier ministre	100 %	60	53 %	47 %	22 %	54 %	78 %	46 %	75 %	43 %	0 %	0 %
Travail, Relations sociales, Famille, Solidarité et Ville ^(a)	89 %	186	25 %	75 %	53 %	47 %	45 %	53 %	32 %	45 %	2 %	0 %

Source : volet AT-MP, "Bilan de l'application des dispositions relatives à l'hygiène, à la sécurité du travail et à la médecine du travail dans la fonction publique de l'État en 2012". Traitement DGAFP, département des études et des statistiques.

Champ : Ministères.

* distinction hommes/femmes non disponible.

^(a)AT reconnus uniquement.

Lecture : sur un périmètre couvrant 75 % des agents du ministère chargé de l'Agriculture et de la Pêche, 57 accidents du travail ont été notifiés en 2012. Parmi ceux-ci, 61 % concernaient des femmes. Et parmi les accidents du travail qui concernaient les femmes dans ce même ministère, 54 % n'ont fait l'objet d'un arrêt de travail, 46 % en ont fait l'objet (29 % un arrêt de travail de plus de 3 jours) et 0 % ont donné lieu à un décès.

Note : Le taux de couverture représente la part des effectifs du ministère couverts par ces réponses. Ces résultats excluent les accidents du trajet.

Si, dans un premier temps, l'on ne considère que la fonction publique d'État, l'on observe une sinistralité très variable en fonction des ministères, et donc des activités concernées. La gravité des accidents est également fortement reliée aux types d'activités concernées.

Certaines administrations sont plus fortement soumises au risque d'accident du travail : le ministère de l'Intérieur, le ministère de la Justice, le ministère chargé de l'Écologie – en particulier au titre de ses services déconcentrés – et le ministère chargé de la Culture. Ce sont également les métiers qui présentent la plus forte gravité des accidents du travail : parmi les effectifs du ministère de l'Intérieur appartenant à la Gendarmerie, les accidents du travail les moins graves, sans arrêt, représentent 20 % des AT chez les hommes et 31 % chez les femmes tandis que les accidents les plus graves, entraînant un arrêt de travail représentent 80 % des accidents chez les hommes, dont 78 % d'arrêts de plus de 3 jours et 69 % chez les femmes, dont 66 % d'arrêts de plus de 3 jours. De manière analogue, au sein des effectifs du ministère de la Justice (notamment : magistrature, protection judiciaire de la jeunesse et administration pénitentiaire), les accidents du travail les moins graves, sans arrêt de travail, représentent 20 % des AT chez les hommes et 28 % chez les femmes tandis que les accidents plus graves, entraînant un arrêt de travail représentent 80 % des accidents chez les hommes, dont 60 % d'arrêts de plus de 3 jours et 72 % chez les femmes, dont 31 % d'arrêts de plus de 3 jours. Le ministère des Affaires étrangères et le ministère chargé de l'Écologie (notamment au sein des services déconcentrés) présentent également une gravité des accidents parmi les plus élevées.

Répartition des accidents du trajet notifiés en 2012 selon le sexe et la gravité par ministère

Ministère	Taux de couverture	Nombre d'accidents du trajet notifiés en 2012	Répartition selon le sexe		Répartition par type d'arrêt							
					Sans arrêt		Avec arrêt		dont + de 3 jours		Avec décès	
			H	F	H	F	H	F	H	F	H	F
Affaires étrangères et européennes	100 %	40	23 %	78 %	44 %	42 %	56 %	58 %	44 %	55 %	0 %	0 %
Agriculture et Pêche	75 %	48	25 %	75 %	25 %	50 %	75 %	50 %	58 %	25 %	0 %	0 %
Ministères économique et financier*	100 %	1 203	28 %	72 %	34 %		66 %		55 %		0 %	
Conseil d'État	100 %	36	22 %	78 %	38 %	46 %	63 %	54 %	50 %	39 %	0 %	0 %
Culture et Communication	100 %	286	33 %	67 %	31 %	42 %	69 %	58 %	nd	nd	0 %	0 %
DDI	47 %	114	39 %	61 %	39 %	50 %	59 %	50 %	75 %	70 %	2 %	0 %
Défense	95 %	395	46 %	54 %	52 %	62 %	47 %	38 %	43 %	36 %	1 %	0 %
Autre Écologie, Développement et Aménagement durables*	64,80 %	333	nd		47 %		53 %		nd		0 %	
Écologie, Développement et Aménagement durables – Aviation civile	100 %	37	54 %	46 %	60 %	59 %	40 %	41 %	30 %	29 %	0 %	0 %
Éducation nationale ^(a)	100 %	2 699	22 %	78 %	41 %	33 %	59 %	67 %	nd	nd	0 %	0 %
Enseignement supérieur et Recherche ^(a)	92 %	1 325	nd		39 %		61 %		49 %		0 %	
Intérieur - Gendarmerie	59 %	30	37 %	63 %	18 %	53 %	73 %	37 %	55 %	32 %	9 %	11 %
Intérieur - Police	100 %	840	64 %	36 %	nd	nd	nd	nd	nd	nd	1 %	0 %
Intérieur - Secrétariat général	91 %	377	24 %	76 %	20 %	33 %	80 %	67 %	39 %	41 %	0 %	0 %
Justice et Libertés	52 %	410	17 %	83 %	59 %	34 %	41 %	66 %	36 %	28 %	0 %	0 %
Santé, Jeunesse, Sports et Vie associative ^(a)	entre 80 et 100 %	193	nd		43 %		57 %		43 %		0 %	
Services du Premier ministre	100 %	62	37 %	63 %	30 %	49 %	70 %	51 %	61 %	49 %	0 %	0 %
Travail, Relations sociales, Famille, Solidarité et Ville ^(a)	89 %	109	21 %	79 %	30 %	45 %	70 %	55 %	48 %	42 %	0 %	0 %

Source : volet AT-MP, "Bilan de l'application des dispositions relatives à l'hygiène, à la sécurité du travail et à la médecine du travail dans la fonction publique de l'État en 2012". Traitement DGAFP, département des études et des statistiques.

Champ : Ministères.

^(a)AT reconnus uniquement.

*Distinction hommes/femmes non disponible.

Lecture : sur un périmètre couvrant 75 % des agents du ministère chargé de l'Agriculture et de la Pêche, 48 accidents du trajet ont été notifiés en 2012. Parmi ceux-ci, 75 % concernaient des femmes. Et parmi les accidents du trajet qui concernaient les femmes dans ce même ministère, 50 % n'ont fait l'objet d'un arrêt de travail, 50 % en ont fait l'objet (25 % un arrêt de travail de plus de 3 jours), et 0 % ont donné lieu à un décès.

Note : le taux de couverture représente la part des effectifs du ministère couverts par ces réponses.

Le risque d'accident de trajet est très inférieur à celui d'accident du travail, mais les conséquences sont souvent plus graves avec une part de décès plus importante. La sinistralité en termes d'accidents de trajets est de même très contrastée selon les ministères : la fréquence des accidents de

trajet est la plus élevée dans les ministères chargé de la Culture, des Affaires étrangères, de la Justice, de l'Écologie, des Affaires sociales et de l'Intérieur. La gravité des accidents est la plus forte parmi les effectifs du ministère de l'Intérieur appartenant à la Gendarmerie et au Secrétariat général (administration préfectorale) : les accidents du travail les moins graves, sans arrêt, représentent moins de 20 % des AT chez les hommes et moins de 50 % chez les femmes tandis que les accidents plus graves, entraînant un arrêt de travail représentent près de 80 % des accidents chez les hommes, dont 9 % de décès chez les hommes dans la Gendarmerie. Chez les femmes, dans la Gendarmerie, seuls 37 % des accidents de trajets engendrent un arrêt de travail, mais 11 % entraînent le décès. Le ministère chargé de l'Agriculture, le ministère chargé des Affaires sociales et le ministère chargé de l'Économie présentent également une gravité des accidents parmi les plus élevées.

La fonction publique hospitalière

Dans le cadre de l'objectif porté par Eurostat de parvenir à une collecte harmonisée de données statistiques concernant les risques professionnels, le ministère chargé des Affaires sociales a demandé au Fonds national de prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles (FNP) de la Caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales (CNRACL) de prêter son concours à l'opération de recueil de données dans les fonctions publiques territoriale et hospitalière. La CNAMTS est l'organisme coordonnateur de la collecte des données pour la France. Les statistiques de la fonction publique hospitalière sont donc issues de la Banque nationale de données (BND) constituée par le Fonds national de prévention de la CNRACL dans ce cadre.

Le rapport statistique 2012 comporte les données issues d'un échantillon représentatif d'établissements hospitaliers, couvrant 22,3 % de la population des actifs hospitaliers de la CNRACL.

Pour 2012, 18 057 accidents du travail ont été recensés pour les 209 683 agents couverts, dont 45,1 % avec arrêt de travail.

Le taux de sinistralité pour l'année 2012 s'établit à 9,7 %. Par rapport à 2011, l'ensemble des indicateurs est stable ou en très légère diminution, à l'exception de l'indice de fréquence des accidents du travail.

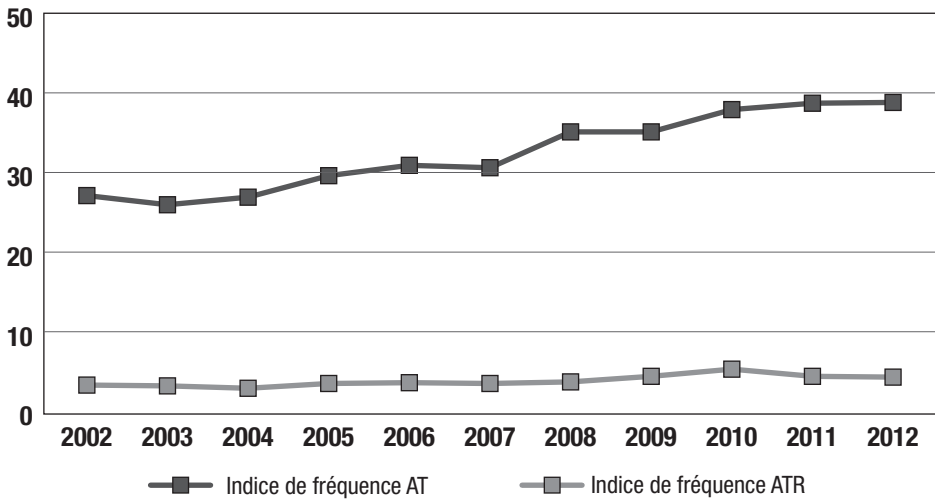
Indicateurs de sinistralité au titre des accidents de travail et des accidents de trajet en 2011 et 2012

	2011	2012
Taux de sinistralité des accidents du travail	8,6 %	8,6 %
Taux de sinistralité des accidents de trajet	0,7 %	0,7 %
Indice de fréquence des accidents du travail	38,7	38,8
Indice de fréquence des accidents de trajet	4,4	4,3
Taux de gravité des accidents du travail	1,0 %	0,9 %
Taux de gravité des accidents de trajet	0,1 %	0,1 %

Source : CNRACL.

Si l'on considère l'évolution à plus long terme de ces indicateurs, l'on note une tendance à la hausse de l'indice de fréquence des accidents du travail alors que l'indice de fréquence des accidents de trajet se stabilise sur la période, avec une baisse de 19,8 % en fin de période, entre 2010 et 2012.

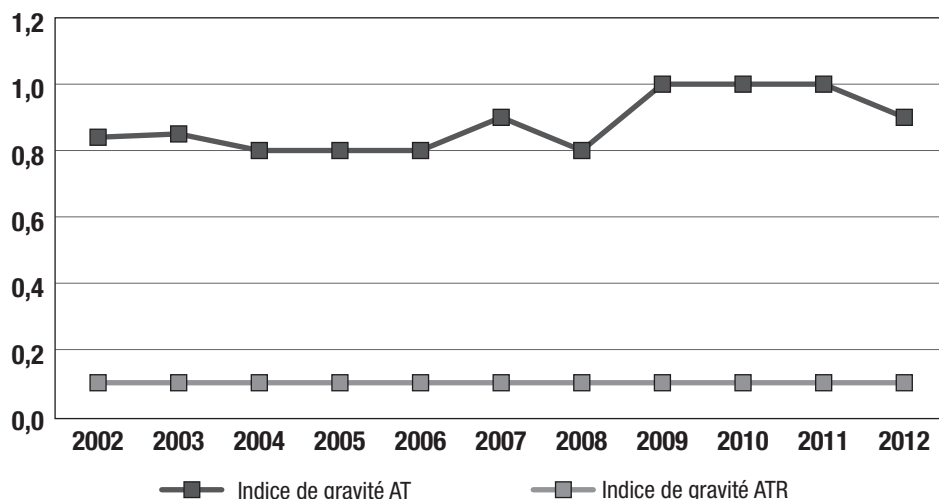
Indice de fréquence des accidents du travail (AT) et des accidents de trajet (ATR) dans la fonction publique hospitalière entre 2002 et 2012



Source : CNRACL.

En termes de gravité des accidents du travail, l'on note une stabilisation, à compter de 2009, et une décroissance du taux de gravité en 2012, principalement due à une diminution de la part des AT accompagnés d'un arrêt de travail. Le taux de gravité des accidents de trajet est stable sur la période.

Taux de gravité des accidents du travail (AT) et des accidents de trajet (ATR) dans la fonction publique hospitalière entre 2002 et 2012



Source : CNRACL.

Répartition des accidents du travail en fonction du type d'établissement

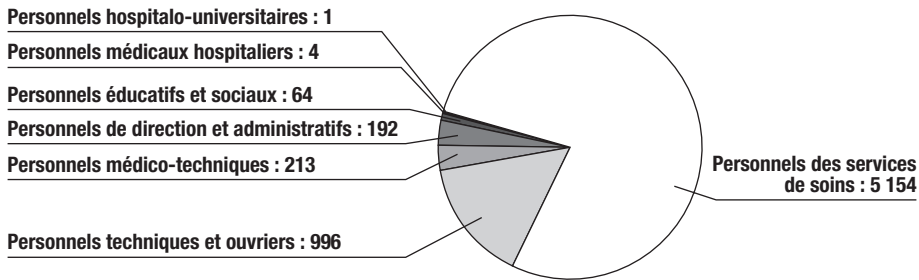
Si la grande majorité des événements (58 %) a lieu dans les centres hospitaliers généraux puis régionaux, proportionnellement au nombre d'équivalents temps plein (ETP), les événements se produisent plus fréquemment en centre d'hébergement pour personnes âgées et en centre de soins avec ou sans hébergement (indices de fréquence de 64,9 et de 55,7 respectivement, contre une moyenne générale de 46,2). C'est également dans ces deux types d'établissements que les taux de gravité des accidents du travail sont les plus élevés (1,5 contre une moyenne générale de 1,1). Les centres de soins avec ou sans hébergement et les centres hospitaliers généraux présentent des jours d'arrêt associés aux AT supérieurs à la moyenne et à la médiane globale.

Les établissements de 50 à 249 agents présentent les taux de sinistralité, de fréquence et de gravité les plus élevés. Dans ces établissements, la part des AT avec arrêt, de 56,3 %, est néanmoins légèrement inférieure à la moyenne globale.

Répartition des accidents du travail en fonction de la filière professionnelle

Les métiers les plus touchés par les accidents du travail dans la fonction publique hospitalière sont très majoritairement les personnels des services de soins (77 % des accidents du travail et 72 % des accidents de trajet), loin devant les personnels techniques et ouvriers (14,9 %), dont les durées de journées d'arrêt sont toutefois les plus longues.

Répartition des accidents du travail en fonction des métiers en 2012

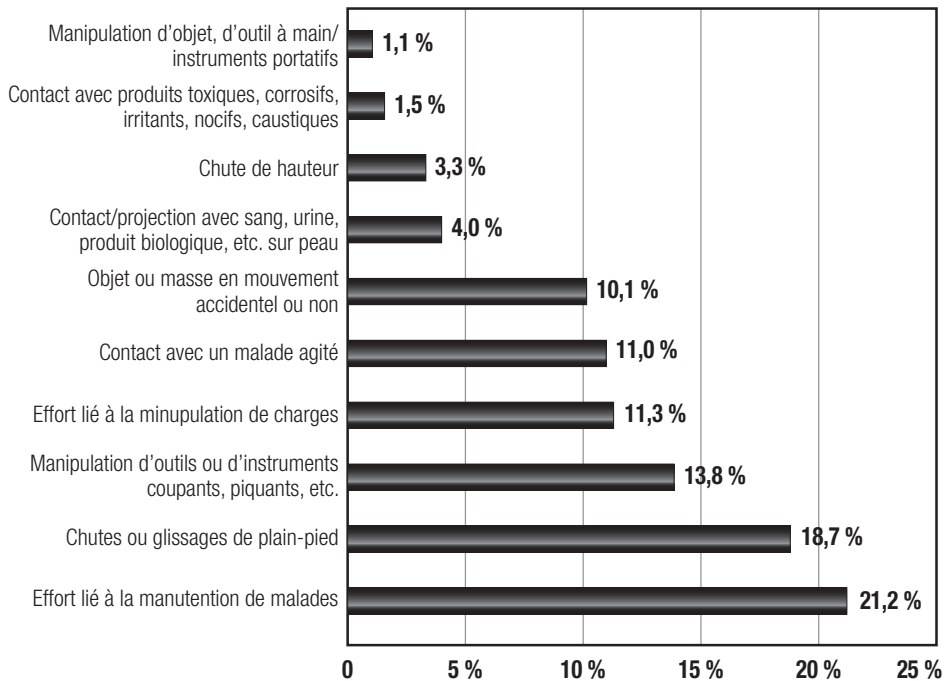


Source : CNRACL.

Les causes des accidents du travail

Les accidents du travail les plus fréquents sont ceux liés aux efforts de manutention des malades (12,2 %), suivis de ceux dus à des chutes ou glissades de plain-pied (18,7 %) et à la manipulation d'instruments contondants (13,8 %).

Répartition des accidents du travail en fonction des circonstances de leur survenue en 2012



Source : CNRACL.

Les accidents les plus graves, générant les nombres de jours d'arrêt de travail les plus importants, sont ceux liés aux manutentions et aux chutes (par exemple, 40,1 jours d'arrêt de travail en moyenne pour les accidents liés à un effort provoqué par manutention de malades et 39,5 jours en moyenne pour les accidents liés à des chutes ou glissades de plain-pied, contre 15,9 jours en moyenne pour les accidents liés à la manipulation d'outils coupants ou piquants).

La fonction publique territoriale

Présenté par le Fonds national de prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles (FNP) de la Caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales (CNRACL), le rapport statistique 2012 sur la fonction publique territoriale comporte les données issues d'un échantillon représentatif de collectivités territoriales couvrant 32 % de la population des actifs territoriaux de la CNRACL, hors Services départementaux d'incendie et de secours (SDIS), qui sont traités à part. Pour 2012, 29 722 accidents du travail ont été recensés pour les 445 773 agents couverts. Sur ces 29 722 AT recensés, 67,4 % ont été à l'origine d'un arrêt de travail.

Le taux de sinistralité pour l'année 2012 s'établit à 6,7 %. Un seul événement mortel a été dénombré pour 2012. Par rapport à 2011, le taux de sinistralité ainsi que l'indice de fréquence sont en nette baisse pour les accidents du travail et sont stables pour les accidents de trajet.

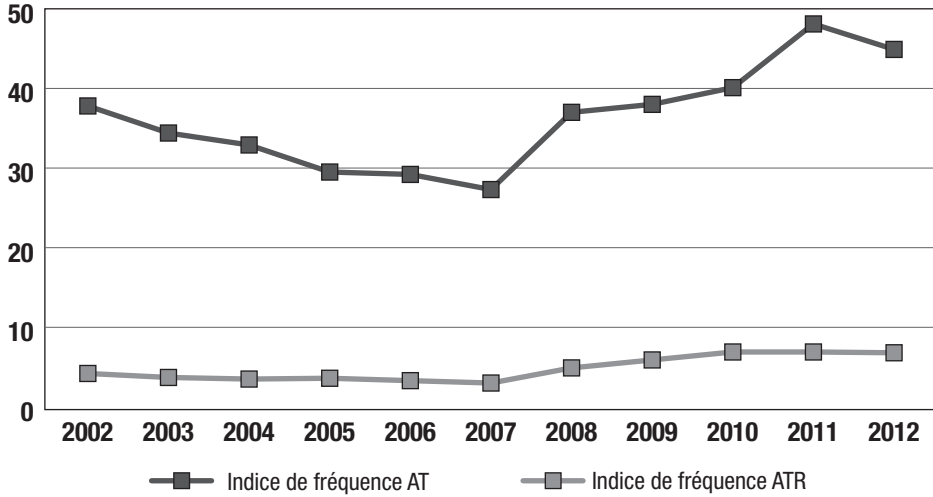
Indicateurs de sinistralité au titre des accidents de travail et des accidents de trajets en 2011 et 2012

	2011	2012
Taux sinistralité accident du travail	7,2 %	6,7 %
Taux sinistralité accident de trajet	1,0 %	1,0 %
Indice de fréquence accident du travail	48,1	44,9
Indice de fréquence accident de trajet avec arrêt	6,9	6,8
Taux de gravité accident du travail	1,1 %	1 %
Taux de gravité accident de trajet	0,2 %	0,2 %

Source : CNRACL.

Si l'on considère l'évolution de plus long terme de ces indicateurs, l'on note, après une baisse continue de l'indice de fréquence des accidents du travail ainsi que de accidents de trajet entre 2002 et 2007, une nette hausse de ces deux indicateurs dès 2008. Seule l'année 2012 apporte une inflexion de cette tendance, avec une baisse de 6,7 % de l'indice de fréquence des accidents de travail et une stabilisation de l'indice de fréquence des accidents de trajet.

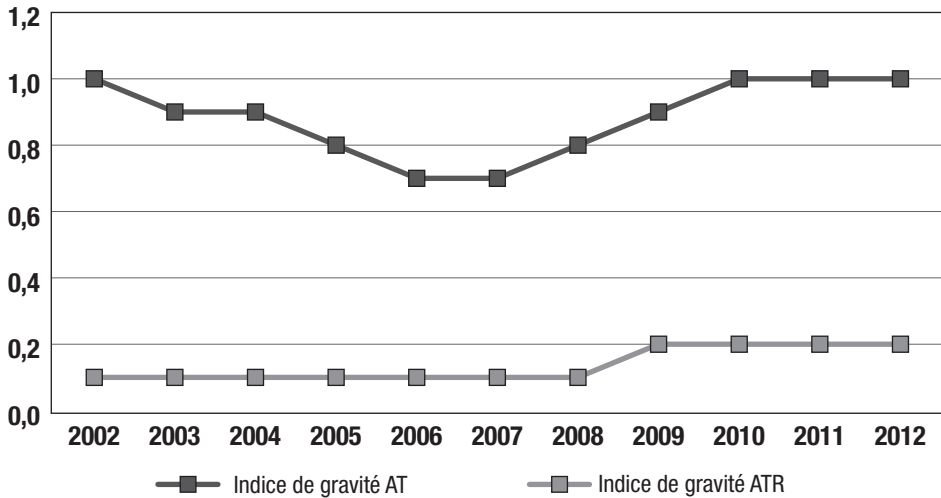
Indice de fréquence des accidents du travail (AT) et des accidents de trajet (ATR) dans la fonction publique territoriale entre 2002 et 2012



Source : CNRACL.

En termes de gravité des accidents du travail, l'on note également une hausse du taux de gravité des accidents du travail à compter de 2007 et une hausse du taux de gravité des accidents de trajet en 2009. Les deux indices sont toutefois stables à compter de l'année 2010.

Taux de gravité des accidents du travail (AT) et des accidents de trajet (ATR) dans la fonction publique territoriale entre 2002 et 2012



Source : CNRACL.

Répartition des accidents du travail en fonction du type de collectivité

La grande majorité des événements (69 %) a lieu dans les communes, au-delà de la part prépondérante qu'elles représentent au sein des ETP de la fonction publique territoriale (58 %).

Si l'on tente d'établir une typologie par niveau de collectivité, l'on constate que la sinistralité la plus forte est observée dans les Établissements publics de coopération intercommunale (EPCI). Ce sont également les EPCI qui possèdent l'indice de gravité le plus élevé, ce qui s'explique par la nature des métiers exercés en leur sein : assainissement, collecte des ordures ménagères, fourniture d'énergie, voirie, entretien des espaces verts, etc. À titre d'exemple, la part d'AT avec arrêt de travail est de 71 % dans les communautés de communes et de 70,5 % dans les communautés urbaines (contre une moyenne de 67,7 % d'AT avec arrêt pour l'ensemble des collectivités territoriales) et l'indice de fréquence est de 66,5 pour les communautés urbaines contre une moyenne 54,1 tous niveaux de collectivité confondus. C'est également pour les communautés urbaines que l'on relève le taux de gravité le plus élevé, soit un taux de 1,7 contre une moyenne de 1,3 tous niveaux de collectivité confondus. Les syndicats de coopération intercommunale présentent également une forte part d'AT avec arrêt ainsi que l'indice de fréquence le plus élevé (73) et un taux de gravité très élevé (1,5).

C'est pour les organismes d'habitat public que l'on relève la moyenne de jours d'arrêt la plus élevée, soit 45,9 contre 38,6 pour l'ensemble des collectivités. Il s'agit en effet de métiers isolés, comprenant de nombreuses tâches de maintenance et de contact avec le public.

Enfin, l'on note que ce sont les centres communaux d'action sociale (CCAS) et les départements, donc la filière sociale, qui présentent les accidents les moins graves (taux de gravité de 0,8 pour les CCAS) et l'indice de fréquence le moins élevé (33,2 pour les CCAS et 45,8 pour les départements).

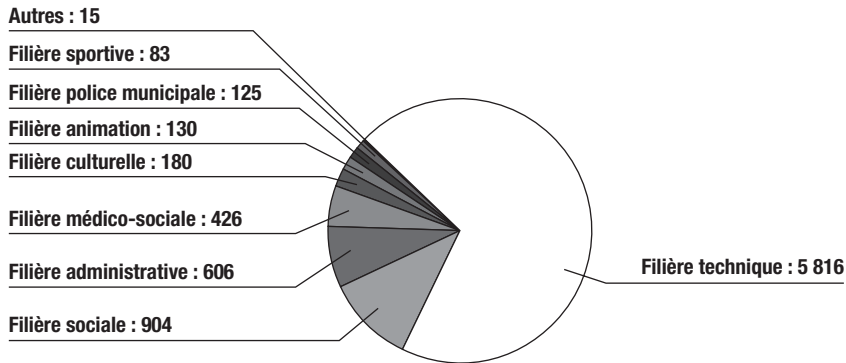
L'impact de la typologie des métiers et des types d'activité sur la sinistralité des différents niveaux de collectivités semble donc majeur.

Enfin, l'on note que la sinistralité ainsi que la gravité des accidents sont les plus élevées dans les collectivités de 1 à 9 agents.

Répartition des accidents du travail en fonction de la filière professionnelle

Les métiers les plus touchés par les accidents du travail dans la fonction publique territoriale sont très majoritairement les personnels de la filière technique (70,2 % des accidents du travail et 41,8 % des accidents de trajet), loin devant les personnels de la filière sociale. Ce sont également les filières techniques qui présentent le taux le plus élevé d'AT avec arrêt (71,3 %).

Répartition des accidents du travail en fonction des métiers en 2012

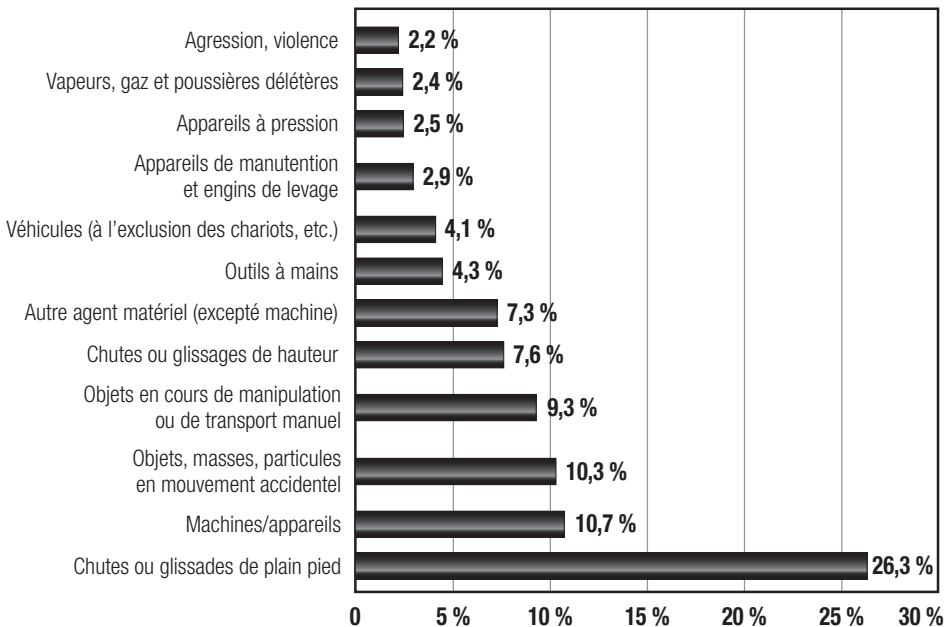


Source : CNRACL.

Les causes des accidents du travail

Les chutes de plain-pied et de hauteur représentent la cause la plus fréquente d'accident, soit 26,3 % des accidents de service et une moyenne d'arrêts de plus de 40 jours. La typologie des causes d'accidents illustre également le caractère technique des filières les plus accidentogènes dans les collectivités territoriales.

Répartition des accidents du travail en fonction des circonstances de leur survenue en 2012



Source : CNRACL.

Les Services départementaux d'incendie et de secours

Une enquête menée par la CNRACL, couvrant 88 % des effectifs de l'ensemble des SDIS, a été menée en 2012, qui a permis de recenser 12 516 AT, dont 57 % ont donné lieu à un arrêt pour les 215 150 agents couverts.

Le taux de sinistralité diffère fortement selon le statut des agents des SDIS.

Taux de sinistralité en fonction du statut des agents des SDIS en 2012

Statut des agents	Effectif de l'enquête	Accidents du travail	Part des accidents avec arrêt	Taux de sinistralité
Sapeur pompier professionnel	35 712	7 303	60,1 %	20,4 %
Sapeur pompier volontaire	169 591	4 736	51,3 %	2,8 %
Personnel administratif et technique spécialisé	9 847	477	56,6 %	5,8 %

Source : CNRACL.

Le taux de sinistralité ainsi que la gravité des accidents sont plus élevés chez les sapeurs-pompiers professionnels que chez les volontaires sur l'ensemble des accidents. Le taux de gravité des AT est de 2,3 pour les sapeurs-pompiers professionnels contre 0,6 en moyenne pour l'ensemble des effectifs des SDIS. C'est l'activité en caserne des sapeurs-pompiers professionnels qui s'avère la plus accidentogène. Plus de 6 accidents sur 10 ont lieu en caserne, et sur 100 jours d'arrêt, 62 sont dus à un accident en caserne.

Chez les sapeurs-pompiers volontaires, les accidents en mission sont les plus accidentogènes : ils représentent 52 % des événements contre 41 % pour ceux en caserne. Sur 100 jours d'arrêt, 39 sont liés à des accidents en mission et 52 jours à des accidents en caserne.

2. LES MALADIES PROFESSIONNELLES

2.1. LE RÉGIME GÉNÉRAL

Évolution des maladies professionnelles

Le nombre de maladies professionnelles a diminué de 4,7 % entre 2012 et 2013. L'inversion de tendance survenue en 2012 se poursuit donc en 2013. La diminution, de quelques 2 500 maladies professionnelles, s'explique, pour 1 900 d'entre elles par la diminution du nombre des troubles musculo-squelettiques (TMS) reconnus, et pour les 500 restantes par la baisse du nombre des maladies professionnelles liées à l'amiante.

Dans ce cadre, l'on constate toujours une importante prévalence des affections péri-articulaires, qui représentent 78,9 % des maladies professionnelles. La part des affections liées à l'amiante, qui constituent toujours la deuxième cause de maladies professionnelles, représente 7,9 % de l'ensemble des maladies indemnisées. Reflet d'expositions anciennes, ces maladies liées à l'amiante, qui comptent parmi les plus graves pathologies reconnues (première source de cancer), sont en baisse de 10,3 % par rapport à 2012. Les lombalgies représentent, depuis 1999, la troisième cause de maladies professionnelles reconnues (5,6 % du nombre total).

La connaissance du nombre de maladies professionnelles (hors secteurs public, agricole, minier et des transports) repose sur les statistiques établies par la CNAMTS.

Deux types de statistiques sont publiés par la CNAMTS :

- les statistiques “trimestrielles”, qui comptabilisent l'ensemble des maladies déclarées, constatées et reconnues en fonction de la date de déclaration de la maladie ;
- les statistiques “technologiques”, qui comptabilisent les maladies ayant donné lieu à un premier règlement de prestations en espèce dans l'année (indemnité pour arrêt de travail ou indemnité en capital ou rente).

Contrairement aux années précédentes, il est désormais fait référence aux statistiques technologiques également utilisées en matière d'accidents du travail. En effet, ces séries sont plus réactives puisqu'elles permettent d'afficher des données relatives à l'année n-1, alors que les données “trimestrielles”, du fait du délai légal de reconnaissance défini aux articles R. 441-10 et R. 441-14 du Code de la Sécurité sociale, renseignent les données relatives à l'année n-2.

Évolution des maladies professionnelles

Entre 2012 et 2013, le nombre des maladies professionnelles a baissé de 4,7 %. Il s'agit du nombre de maladies professionnelles (MP) nouvelles ayant donné lieu à un premier règlement de prestations en espèces au cours de l'année civile 2013. Le nombre de décès a également baissé de 17,8 % en 2013.

Dénombrement du nombre de maladies professionnelles entre 2008 et 2013 *(en italique taux d'évolution annuelle)*

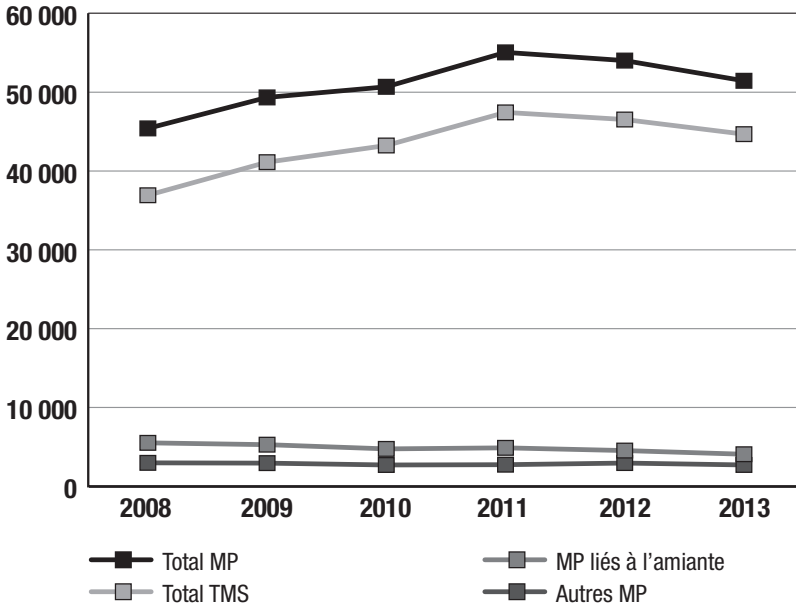
	2008	2009	2010	2011	2012	2013
MP en 1^{er} règlement	45 411	49 341	50 688	55 057	54 015	51 452
	<i>3,6 %</i>	<i>8,7 %</i>	<i>2,7 %</i>	<i>8,6 %</i>	<i>- 1,9 %</i>	<i>- 4,7 %</i>
Nombre de victimes en 1^{er} règlement	43 269	45 472	46 308	50 314	49 288	46 859
	<i>2,0 %</i>	<i>5,1 %</i>	<i>1,8 %</i>	<i>8,7 %</i>	<i>- 2,0 %</i>	<i>- 4,9 %</i>
Nouvelles incapacités permanentes (IP)	23 134	24 734	24 961	27 132	29 267	27 450
	<i>2,2 %</i>	<i>6,9 %</i>	<i>0,9 %</i>	<i>8,7 %</i>	<i>7,9 %</i>	<i>- 6,2 %</i>
Nombre de victimes ayant une IP	21 976	22 683	22 146	23 871	25 686	24 153
	<i>1,4 %</i>	<i>3,2 %</i>	<i>- 2,4 %</i>	<i>7,8 %</i>	<i>7,6 %</i>	<i>- 6,0 %</i>
Décès	425	564	533	570	523	430
	<i>1,2 %</i>	<i>32,7 %</i>	<i>- 5,5 %</i>	<i>6,9 %</i>	<i>- 8,2 %</i>	<i>- 17,8 %</i>
Journées d'incapacité temporaire (IT)	8 709 700	9 328 041	9 771 667	10 765 577	10 748 158	10 196 080
	<i>11,1 %</i>	<i>7,1 %</i>	<i>4,8 %</i>	<i>10,2 %</i>	<i>- 0,2 %</i>	<i>- 5,1 %</i>

Source : données nationales AT-MP issues des bases annuelles SGE TAPR sur les 9 Comités techniques nationaux; Compte spécial, bureaux et sièges sociaux, et catégories professionnelles particulières.

Entre 2011 et 2013, le nombre des MP reconnues baisse donc en cumul de 6,5 % et le nombre de décès est réduit de 24,6 %.

Entre 2012 et 2013, la diminution de quelques 2 500 maladies professionnelles s'explique, pour 1 900 d'entre elles, par la diminution du nombre de cas de troubles musculo-squelettiques (TMS) reconnus, et pour les 500 restantes, par les maladies professionnelles liées à l'amiante. La diminution des décès en relation avec une MP, est, pour l'essentiel, imputable aux tableaux de MP concernant les affections liées à l'inhalation de poussières d'amiante.

Évolution du nombre des principales maladies professionnelles sur la période 2008-2013



Source : CNAMTS.

L'année 2013 poursuit donc la tendance observée entre 2011 et 2012 : la diminution constatée des maladies professionnelles reconnues résulte principalement des évolutions observées sur deux risques professionnels :

- les troubles musculo-squelettiques, qui représentent un peu plus de 85 % des MP en 2013 et pour lesquels le nombre de MP nouvelles a diminué de 5,8 % entre 2011 et 2013 ;
- l'amiante, risque pour lequel le nombre de MP a diminué de 16,6 % entre 2011 et 2013.

Répartition des maladies professionnelles en fonction du système de reconnaissance

La très grande majorité des maladies reconnues comme professionnelles le sont à travers le système des tableaux⁶⁾ de maladies professionnelles, qui entraîne une reconnaissance automatique, dès lors que sont remplis la totalité des critères prévus par le tableau (article L. 461-1 alinéa 2 du Code de la Sécurité sociale).

La loi du 27 janvier 1993 a toutefois institué un système complémentaire de reconnaissance des maladies professionnelles.

6) Tableaux de critères approuvés par décret comportant des rubriques relatives à la pathologie, aux travaux exposants, à la durée d'exposition au risque.

Ainsi, **l'article L. 461-1 alinéa 3 du Code de la Sécurité sociale** permet l'indemnisation des maladies désignées dans un tableau pour lesquelles 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, mais dont le lien direct avec le travail habituel de la victime a été établi par un Comité régional d'experts.

En 2013, 18 809 demandes ont été examinées par les Comités régionaux de reconnaissance des maladies professionnelles (CRRMP) au titre de l'alinéa 3, soit une augmentation de 14,2 % par rapport à 2012. Ces demandes concernent essentiellement cinq tableaux. Le tableau n° 57 (affections péri-articulaires provoquées par certains gestes et postures de travail) représente à lui seul 12 069 demandes (+ 1 % sur un an), soit 75,3 % des demandes.

Les autres demandes ont essentiellement concerné le tableau n° 98 (affections chroniques du rachis lombaire provoquées par la manutention manuelle de charges lourdes), les tableaux n° 30 et n° 30 *bis* (affections professionnelles consécutives à l'inhalation de poussières d'amiante, cancer broncho-pulmonaire provoqué par l'inhalation de poussières d'amiante), le tableau n° 42 (atteintes auditives provoquées par les bruits lésionnels) et le tableau n° 79 (lésions chroniques du ménisque).

Parmi les dossiers examinés en CRRMP, 41 % des demandes en moyenne ont reçu un avis favorable, contre 46 % en 2012. Les taux de reconnaissance concernant les tableaux n° 30 et 30 *bis* atteignent toutefois 75,2 %.

Par ailleurs, en application de **l'article L. 461-1 alinéa 4 du Code de la Sécurité sociale**, une maladie qui n'est pas inscrite dans un tableau peut être reconnue comme professionnelle dès lors qu'elle entraîne une incapacité permanente égale ou supérieure à 25 % ou le décès et à condition qu'un Comité d'experts établisse qu'elle est essentiellement et directement causée par le travail habituel de la victime. Sur mars 2012, le ministère chargé de la santé a donné, dans sa lettre ministérielle une nouvelle interprétation de l'article L. 461-1 a permis de soumettre plus de dossiers aux CRRMP grâce à la notion d'IP prévisible à la date de la demande.

En 2013, 1 797 demandes ont été examinées au titre de l'alinéa 4, soit une augmentation de 50 % par rapport à 2012. Ces demandes ont essentiellement concerné les tumeurs malignes (notamment les cancers de la vessie) et les troubles psychosociaux. Les reconnaissances des troubles psychosociaux ont nettement augmenté en 2013 (+ 165 %), de même que les demandes de reconnaissance pour ces troubles (512 demandes de reconnaissance en 2013 contre 223 en 2012).

Parmi les dossiers examinés par les CRRMP, 27 % des demandes en moyenne ont reçu un avis favorable, contre 25 % en 2012. Le taux de reconnaissance pour les troubles psychosociaux atteint toutefois 46 %.

Les principaux domaines de réparation

Dénombrement des maladies professionnelles en 1^{er} règlement pour les principaux tableaux de maladies professionnelles

(en italique, part représentative dans la colonne)

N ° tableau et intitulé		2008	2009	2010	2011	2012	2013
57 / Affections périarticulaires provoquées par certains gestes et postures de travail	Nombre de syndromes	33 682	37 728	39 874	43 359	42 148	40 613
		<i>74,00 %</i>	<i>76,20 %</i>	<i>78,40 %</i>	<i>78,50 %</i>	<i>77,70 %</i>	<i>78,90 %</i>
	Nombre de victimes	31 658	34 043	35 676	38 812	37 639	36 252
		<i>73,00 %</i>	<i>74,60 %</i>	<i>76,80 %</i>	<i>76,90 %</i>	<i>76,00 %</i>	<i>77,40 %</i>
30 / Affections professionnelles consécutives à l'inhalation de poussières d'amiante	Nombre de syndromes	4 597	4 298	3 780	3 869	3 500	3 168
		<i>10,10 %</i>	<i>8,70 %</i>	<i>7,40 %</i>	<i>7,00 %</i>	<i>6,50 %</i>	<i>6,20 %</i>
	Nombre de victimes	4 501	4 158	3 641	3 731	3 363	3 042
		<i>10,40 %</i>	<i>9,10 %</i>	<i>7,80 %</i>	<i>7,40 %</i>	<i>6,80 %</i>	<i>6,50 %</i>
98 / Affections chroniques du rachis lombaire provoquées par la manutentions manuelles de charges lourdes	Nombre de syndromes	2 338	2 485	2 433	3 042	3 208	2 892
		<i>5,10 %</i>	<i>5,00 %</i>	<i>4,80 %</i>	<i>5,50 %</i>	<i>5,90 %</i>	<i>5,60 %</i>
	Nombre de victimes	2 334	2 478	2 430	3 038	3 193	2 867
		<i>5,40 %</i>	<i>5,40 %</i>	<i>5,20 %</i>	<i>6,00 %</i>	<i>6,40 %</i>	<i>6,10 %</i>
30 bis / Cancer broncho-pulmonaire provoqué par l'inhalation de poussières d'amiante	Nombre de syndromes	914	981	964	1 008	1 031	897
		<i>2,00 %</i>	<i>2,00 %</i>	<i>1,90 %</i>	<i>1,80 %</i>	<i>1,90 %</i>	<i>1,70 %</i>
	Nombre de victimes	914	981	962	1 008	1 031	897
		<i>2,10 %</i>	<i>2,10 %</i>	<i>2,10 %</i>	<i>2,00 %</i>	<i>2,10 %</i>	<i>1,90 %</i>
42 / Atteinte auditive provoquée par les bruits lésionnels	Nombre de syndromes	1 076	1 048	925	973	1 017	844
		<i>2,40 %</i>	<i>2,10 %</i>	<i>1,80 %</i>	<i>1,80 %</i>	<i>1,90 %</i>	<i>1,60 %</i>
	Nombre de victimes	1 076	1 048	925	973	1 016	844
		<i>2,50 %</i>	<i>2,30 %</i>	<i>2,00 %</i>	<i>1,90 %</i>	<i>2,10 %</i>	<i>1,80 %</i>
79 / Lésions chroniques du ménisque	Nombre de syndromes	372	387	422	517	533	552
		<i>0,80 %</i>	<i>0,80 %</i>	<i>0,80 %</i>	<i>0,90 %</i>	<i>1,00 %</i>	<i>1,10 %</i>
	Nombre de victimes	366	372	404	486	494	508
		<i>0,80 %</i>	<i>0,80 %</i>	<i>0,90 %</i>	<i>1,00 %</i>	<i>1,00 %</i>	<i>1,10 %</i>
97 / Affections chroniques du rachis lombaire provoquées par des vibrations de basses et moyennes fréquences transmises par le corps entier	Nombre de syndromes	377	363	381	379	488	459
		<i>0,80 %</i>	<i>0,70 %</i>	<i>0,70 %</i>	<i>0,70 %</i>	<i>0,90 %</i>	<i>0,90 %</i>
	Nombre de victimes	376	362	381	379	486	459
		<i>0,90 %</i>	<i>0,80 %</i>	<i>0,80 %</i>	<i>0,80 %</i>	<i>1,00 %</i>	<i>1,00 %</i>
65 / Lésions eczématiformes de mécanisme allergique	Nombre de syndromes	298	277	293	274	295	267
		<i>0,70 %</i>	<i>0,60 %</i>	<i>0,60 %</i>	<i>0,50 %</i>	<i>0,50 %</i>	<i>0,50 %</i>
	Nombre de victimes	298	277	293	274	295	267
		<i>0,70 %</i>	<i>0,60 %</i>	<i>0,60 %</i>	<i>0,50 %</i>	<i>0,60 %</i>	<i>0,60 %</i>
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	Nombre de syndromes	274	308	232	248	275	241
		<i>0,60 %</i>	<i>0,60 %</i>	<i>0,50 %</i>	<i>0,40 %</i>	<i>0,50 %</i>	<i>0,50 %</i>
	Nombre de victimes	273	307	232	247	273	230
		<i>0,60 %</i>	<i>0,70 %</i>	<i>0,50 %</i>	<i>0,50 %</i>	<i>0,60 %</i>	<i>0,50 %</i>
66 / Rhinite et asthmes professionnels	Nombre de syndromes	244	222	217	222	225	204
		<i>0,50 %</i>	<i>0,40 %</i>	<i>0,40 %</i>	<i>0,40 %</i>	<i>0,40 %</i>	<i>0,40 %</i>
	Nombre de victimes	240	217	213	215	219	201
		<i>0,60 %</i>	<i>0,50 %</i>	<i>0,50 %</i>	<i>0,40 %</i>	<i>0,40 %</i>	<i>0,40 %</i>

N ° tableau et intitulé		2008	2009	2010	2011	2012	2013
69 / Affections provoquées par les vibrations et chocs transmis par certaines machines-outils, outils et objets et par les chocs itératifs du talon de la main sur des éléments fixes	Nombre de syndromes	157	162	131	144	160	164
		0,30 %	0,30 %	0,30 %	0,30 %	0,30 %	0,30 %
	Nombre de victimes	154	154	122	137	145	148
		0,40 %	0,30 %	0,30 %	0,30 %	0,30 %	0,30 %
76 / Maladies liées à des agents infectieux ou parasitaires contractées en milieu d'hospitalisation et d'hospitalisation à domicile	Nombre de syndromes	98	84	77	89	136	107
		0,20 %	0,20 %	0,20 %	0,20 %	0,30 %	0,20 %
	Nombre de victimes	98	84	77	89	136	106
		0,20 %	0,20 %	0,20 %	0,20 %	0,30 %	0,20 %
47 / Affections professionnelles provoquées par les poussières de bois	Nombre de syndromes	99	87	95	90	84	79
		0,20 %	0,20 %	0,20 %	0,20 %	0,20 %	0,20 %
	Nombre de victimes	99	86	95	89	84	79
		0,20 %	0,20 %	0,20 %	0,20 %	0,20 %	0,20 %
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	Nombre de syndromes	34	35	64	76	76	79
		0,10 %	0,10 %	0,10 %	0,10 %	0,10 %	0,20 %
	Nombre de victimes	34	35	64	76	75	76
		0,10 %	0,10 %	0,10 %	0,20 %	0,20 %	0,20 %
Autres tableaux de MP	Nombre de syndromes	962	1 034	958	926	1 055	886
		2,10 %	2,10 %	1,90 %	1,70 %	1,90 %	1,70 %
	Nombre de victimes	958	1 028	950	918	1 055	883
		2,20 %	2,30 %	2,00 %	1,80 %	2,10 %	1,90 %
ENSEMBLE DES MALADIES PROFESSIONNELLES	Nombre de syndromes	45 410	49 341	50 688	55 057	54 015	51 452
		100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
	Nombre de victimes	43 268	45 472	46 308	50 314	49 288	46 859
		100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %

Source : données nationales AT-MP issues des bases annuelles SGE TAPR sur les 9 Comités techniques nationaux, Compte spécial, bureaux et sièges sociaux et catégories professionnelles particulières.

Les affections péri-articulaires représentent une part toujours plus importante des maladies professionnelles indemnisées. À elles seules, elles représentent 78,9 % des maladies professionnelles en premier règlement au titre de 2013.

Au total, les troubles musculo-squelettiques (TMS) – affections péri-articulaires (tableau n° 57), affections dues aux vibrations (tableau n° 69), lésions chroniques du ménisque (tableau n° 79) et lombalgies (tableaux n° 97 et 98) – ont concerné 46 537 reconnaissances de maladies professionnelles en 2013, soit 86,8 % de l'ensemble des maladies professionnelles reconnues.

Avec 4 531 cas reconnus en 2013, les affections liées à l'amiante, qui représentent 7,9 % des maladies professionnelles, constituent la deuxième cause de maladies professionnelles. Reflet d'expositions anciennes, ces maladies, qui comptent parmi les plus graves pathologies reconnues (première source de cancer) sont en baisse par rapport à 2012 (- 10,2 %).

Les cancers d'origine professionnelle en première indemnisation

N° tableau	Libellé du tableau de maladie professionnelle	Maladie (syndrome)	2008	2009	2010	2011	2012	2013
4	Hémopathies provoquées par le benzène et tous les produits en renfermant	Leucémies	31	27	17	8	1	3
		Leucémie aiguë lymphoblastique à l'exclusion des leucémies aiguës avec des antécédents d'hémopathies	0	1	4	5	3	8
		Leucémie aiguë myéloblastique à l'exclusion des leucémies aiguës avec des antécédents d'hémopathies	0	1	2	9	22	17
		Syndromes myélodysplasiques acquis et non médicamenteux	2	2	6	3	5	0
		Syndromes myéloprolifératifs	7	15	18	17	18	14
		Total du tableau n° 4		40	46	47	42	49
6	Affections provoquées par les rayonnements ionisants	Cancer broncho-pulmonaire primitif par inhalation	7	10	10	9	6	8
		Sarcome osseux	1	1	2	1	0	1
		Leucémies	11	8	6	7	7	9
Total du tableau n° 6		19	19	18	17	13	18	
10 ter	Affections cancéreuses causées par l'acide chromique, les chromates et bichromates alcalins ou alcalinoterreux ainsi que le chromate de zinc	Cancer broncho-pulmonaire primitif	8	13	11	11	15	19
		Cancer des cavités nasales	0	1	1	0	1	0
Total du tableau n° 10 ter		8	14	12	11	16	19	
15 ter	Lésions prolifératives de la vessie provoquées par les amines aromatiques et leurs sels et la N-nitrosodibutylamine et ses sels	Lésions malignes primitives de l'épithélium vésical dues aux substances de la liste A	12	20	19	25	49	48
		Lésions malignes primitives de l'épithélium vésical dues aux substances de la liste B	9	5	9	14	22	16
		Tumeur primitive de l'épithélium urinaire (vessie, voies excrétrices supérieures) confirmée par examen histopathologique ou cytopathologique	0	0	0	0		13
Total du tableau n° 15 ter		21	25	28	39	71	77	

N° tableau	Libellé du tableau de maladie professionnelle	Maladie (syndrome)	2008	2009	2010	2011	2012	2013
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	Épithéliomas primitifs de la peau	2	4	8	3	5	1
		Cancer broncho-pulmonaire primitif	13	8	9	13	12	5
		Tumeur primitive de l'épithélium urinaire (vessie, voies excrétrices supérieures) confirmée par examen histopathologique ou cytopathologique	16	22	46	60	59	56
Total du tableau n° 16 bis			31	34	63	76	76	62
20	Affections professionnelles provoquées par l'arsenic et ses composés minéraux	Dyskératose lenticulaire en disque (maladie de Bowen)	0	0	0	1	0	0
		Angiosarcome du foie	0	0	1	0	0	0
		Épithélioma cutané primitif	0	0	2	1	0	1
Total du tableau n° 20			0	0	3	2	0	1
20 bis	Cancer bronchique primitif provoqué par l'inhalation de poussières ou de vapeurs arsenicales	Cancer bronchique primitif	0	1	0	1	1	0
Total du tableau n° 20 bis			0	1	0	1	1	0
20 ter	Cancer bronchique primitif provoqué par l'inhalation de poussières ou de vapeurs renfermant des arseno-pyrites aurifères	Cancer bronchique primitif	0	0	1	0	0	0
Total du tableau n° 20 ter			0	0	1	0	0	0
25	Affections consécutives à l'inhalation de poussières minérales renfermant de la silice cristalline, des silicates cristallins, du graphite ou de la houille	Cancer bronchopulmonaire primitif	13	11	12	11	11	10
Total du tableau n° 25			13	11	12	11	11	10

N° tableau	Libellé du tableau de maladie professionnelle	Maladie (syndrome)	2008	2009	2010	2011	2012	2013
30	Affections professionnelles consécutives à l'inhalation de poussières d'amiante	Dégénérescence maligne bronchopulmonaire compliquant des lésions bénignes	164	185	119	114	112	109
		Mésothéliome malin primitif de la plèvre	326	358	365	382	410	385
		Mésothéliome malin primitif du péritoine	17	25	11	15	16	18
		Mésothéliome malin primitif du péricarde	1	4	3	3	1	0
		Autres tumeurs pleurales primitives	11	14	11	13	9	6
Total du tableau n° 30			519	586	509	527	548	518
30 bis	Cancer broncho-pulmonaire provoqué par l'inhalation de poussières d'amiante	Cancer broncho-pulmonaire primitif	914	981	964	1 008	1 031	897
Total du tableau n° 30 bis			914	981	964	1 008	1 031	897
36 bis	Affections cutanées cancéreuses provoquées par les dérivés du pétrole	Epithéliomas primitifs de la peau	1	3	2	2	4	1
Total du tableau n° 36 bis			1	3	2	2	4	1
37 ter	Cancers provoqués par les opérations de grillage des mattes de nickel	Cancer primitif de l'ethmoïde et des sinus de la face	3	0	0	2	1	0
		Cancer bronchique primitif	0	0	0	0	1	0
Total du tableau n° 37 ter			3	0	0	2	2	0
43 bis	Affections cancéreuses provoquées par l'aldéhyde formique	Carcinome du nasopharynx		0	1	1	1	0
Total du tableau n° 43 bis			0	0	1	1	1	0
44 bis	Affections consécutives au travail au fond dans les mines de fer	Cancer broncho-pulmonaire primitif	3	1	0	2	4	0
Total du tableau n° 44 bis			3	1	0	2	4	0
45	Infections d'origine professionnelle par les virus de l'hépatite A, B, C, D et E	Carcinome hépato-cellulaire post hépatite à virus B	0	0	0	0	0	1
		Carcinome hépato-cellulaire post hépatite à virus C	0	0	0	0	0	0
Total du tableau n° 45			0	0	0	0	0	1
47	Affections professionnelles provoquées par les poussières de bois	Carcinome des fosses nasales	10	10	11	11	11	10
		Cancer primitif de l'ethmoïde et des sinus de la face	65	61	63	55	61	50
Total du tableau n° 47			75	71	74	66	72	60

N° tableau	Libellé du tableau de maladie professionnelle	Maladie (syndrome)	2008	2009	2010	2011	2012	2013
52	Affections provoquées par le chlorure de vinyle monomère	Angiosarcome	0	2	1	0	1	1
Total du tableau n° 52			0	2	1	0	1	1
61 bis	Cancer broncho-pulmonaire provoqué par l'inhalation de poussières ou fumées renfermant du cadmium	Cancer broncho-pulmonaire primitif	0	0	2	2	1	0
Total du tableau n° 61 bis			0	0	2	2	1	0
70 ter	Affections cancéreuses broncho-pulmonaires primitives causées par inhalation de poussières de cobalt associées au carbure de tungstène avant frittage	Cancer broncho-pulmonaire primitif	1	0	2	3	1	0
Total du tableau n° 70 ter			1	0	2	3	1	0
81	Affections malignes provoquées par le bis(chlorométhyle)éther	Cancer bronchique primitif	1	0	0	0	0	0
Total du tableau n° 81			1	0	0	0	0	0
ENSEMBLE DES CANCERS PROFESSIONNELS (hors alinéa 4)			1 649	1 794	1 739	1 812	1 902	1 707

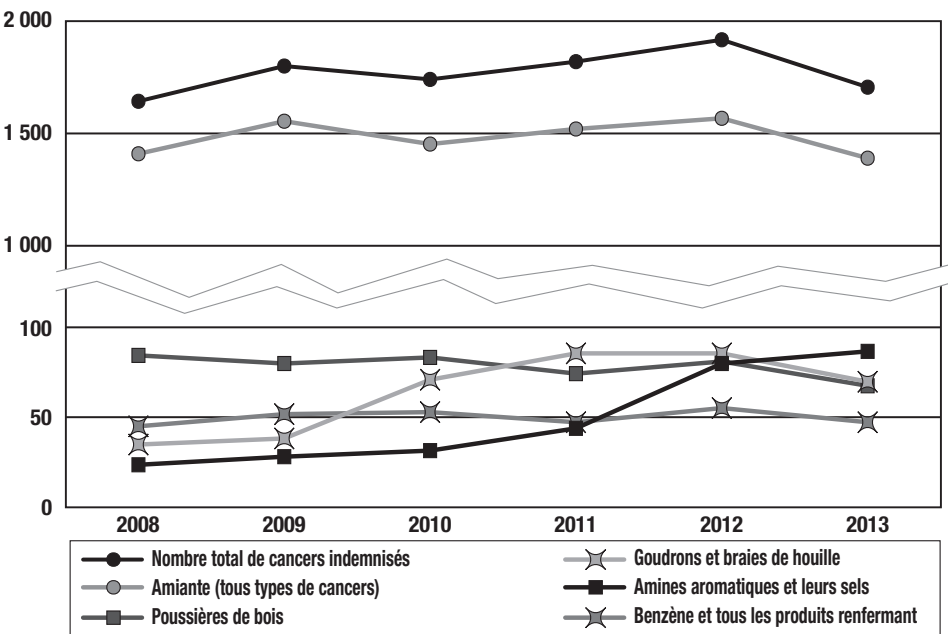
Source : bases nationales SGE TAPR – hors alinéa 4.

Le nombre de cancers indemnisés s'élève à 1 707 en 2013, soit une baisse de 10,2 % par rapport à 2012.

Les expositions anciennes à l'amiante sont encore responsables de l'essentiel des cancers reconnus, avec 1 412 cas reconnus en 2013, soit 83 % des cancers professionnels, très loin devant ceux liés à d'autres cancérogènes.

Après l'amiante, les amines aromatiques et leurs sels demeurent l'agent causal le plus important, puisqu'ils sont à l'origine de 77 cancers indemnisés en 2013. Ensuite, l'on trouve les goudrons de houille (62 cas indemnisés), les poussières de bois (60 cas indemnisés) et le benzène et tous les produits renfermant (42 cas indemnisés).

Évolution des cancers professionnels reconnus entre 2008 et 2013



Source : CNAMTS.

Le coût des principales maladies professionnelles

Évolution du coût des maladies professionnelles (en millions d'euros)

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	Variation 2012/2013
Coût total des pathologies indemnisées en millions d'euros (M€)	1 887	2 102	2 115	2 250	2 348	2 178	- 7,2 %

Source : statistiques technologiques de la CNAMTS.

L'année 2013 a été marquée par une baisse de 7,2 % des imputations à la branche AT-MP des maladies professionnelles. Cette évolution à la baisse est nouvelle et est à rebours de la tendance à la hausse observée ces dernières années (+ 24 % entre 2008 et 2012).

Pour le régime d'assurance du risque professionnel de la CNAMTS, le coût relatif des 10 principales maladies professionnelles en 2012 (prestations + indemnités en capital + rentes) est représenté par le tableau suivant.

Évolution du coût des maladies liées à l'amiante *(en millions d'euros)*

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Coût du tableau n° 30	363	415	385	419	381	398	425	389
Coût du tableau n° 30 bis	397	452	452	507	523	522	567	511
Coût total amiante	760	867	837	926	904	920	992	900
<i>Soit (en %) par rapport au coût total des autres tableaux</i>	43,6	45,8	44,4	44,0	42,7	40,9	42,2	41,3

Source : statistiques technologiques de la CNAMTS.

Les sommes consacrées à l'indemnisation des maladies liées à l'amiante (tableaux n° 30 et 30 bis) sont en baisse de 9,3 % par rapport à 2012. Elles atteignent 900 millions d'euros, soit 41,3 % du coût total des indemnités versées par le régime. Ces maladies restent ainsi au premier rang des indemnisations versées par le régime d'assurance du risque professionnel de la CNAMTS, notamment en raison de la gravité des pathologies de l'amiante et du nombre de rentes versées aux malades présentant une incapacité physique permanente supérieure à 10 %.

Évolution du coût des TMS (tableaux n° 57, 69, 79, 97 et 98)

(en millions d'euros)

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Coût du tableau n° 57	567	596	648	724	775	855	865	810
Coût du tableau n° 69	8	8	9	8	7	6	9	7
Coût du tableau n° 79	6	7	8	8	8	10	10	11
Coût du tableau n° 97	22	20	18	18	19	21	21	24
Coût du tableau n° 98	109	106	106	118	120	130	142	136
Coût total	712	737	789	876	929	1 021	1047	988
<i>Soit (en %) par rapport au coût total des autres tableaux</i>	41	39,1	42	41,7	43,9	45,1	44,6	45,4

Source : statistiques technologiques de la CNAMTS.

Les coûts imputables aux TMS (tableaux n° 57, 69, 79, 97 et 98) sont en baisse de 5,7 % par rapport à 2012 et représentent 988 millions d'euros, soit 45,4 % du coût total des indemnités versées par le régime.

2.2. LE RÉGIME AGRICOLE

Les salariés du régime agricole

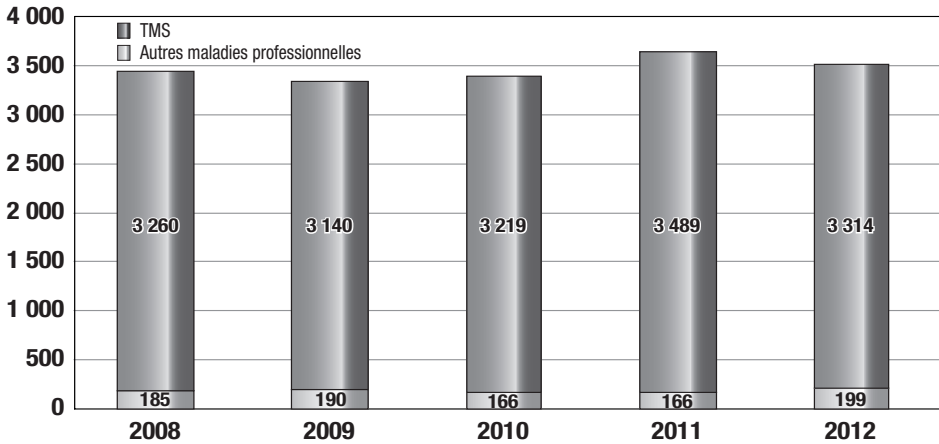
Après une augmentation en 2011, le nombre de maladies professionnelles reconnues dans l'année, avec ou sans arrêt, diminue de 3,9 % en 2012, passant de 3 655 à 3 513.

L'on dénombre 3 466 maladies professionnelles reconnues, avec ou sans arrêt, en moyenne par an entre 2008 et 2012.

Sur la période entre 2010 et 2012, neuf salariés agricoles ont été victimes de maladies professionnelles mortelles. Six de ces maladies sont dues à l'inhalation de poussières d'amiante, dont cinq ont touché des employés de coopératives agricoles.

Parmi les 3 513 maladies professionnelles reconnues en 2012, 94,3 % sont des maladies relevant des TMS, proportion globalement stable sur la période 2008-2012.

Évolution du nombre de maladies professionnelles, dont les TMS avec ou sans arrêt (2008-2012)



Source : MSA.

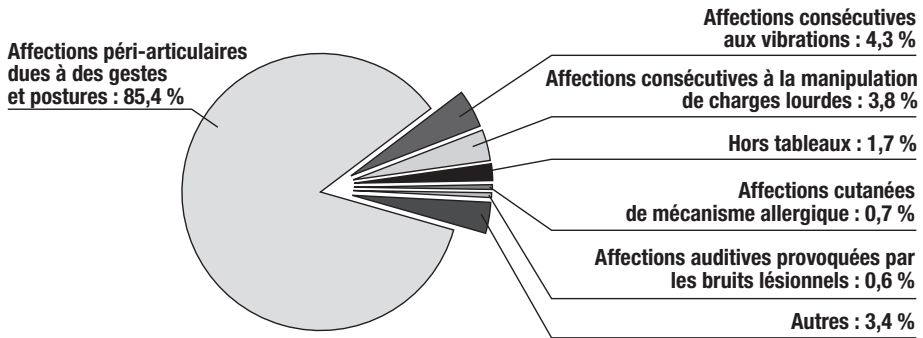
La part des affections péri-articulaires, principale cause reconnue de TMS, reste stable depuis 2002, en variant entre 85 % et 87 % (85,4 % du total des maladies professionnelles reconnues en 2012) avec 3 000 cas en 2012. Une présentation des données sur 5 ans (2007-2011), issues de l'observatoire des TMS, permet d'éviter les variations annuelles conjoncturelles. Elle est disponible sur le site Internet de la Mutualité sociale agricole (MSA)⁽⁷⁾.

Les troubles musculo-squelettiques englobent les tableaux de maladies professionnelles agricoles suivants :

- n° 29 : affections provoquées par les vibrations et chocs transmis par certaines machines-outils, etc. ;
- n° 39 : affections péri-articulaires provoquées par certains gestes et postures de travail ;
- n° 53 : lésions chroniques du ménisque ;
- n° 57 : affections chroniques du rachis lombaire provoquées par des vibrations, etc. ;
- n° 57 bis : affections chroniques du rachis lombaire provoquées par la manutention habituelle de charges lourdes.

⁷⁾ http://referentes-sante-securite.msa.fr/files/SST/SST_1392738553688_OBSERVATOIRE_DES_TMS_2014.pdf

Répartition des principales maladies professionnelles avec ou sans arrêt en 2012

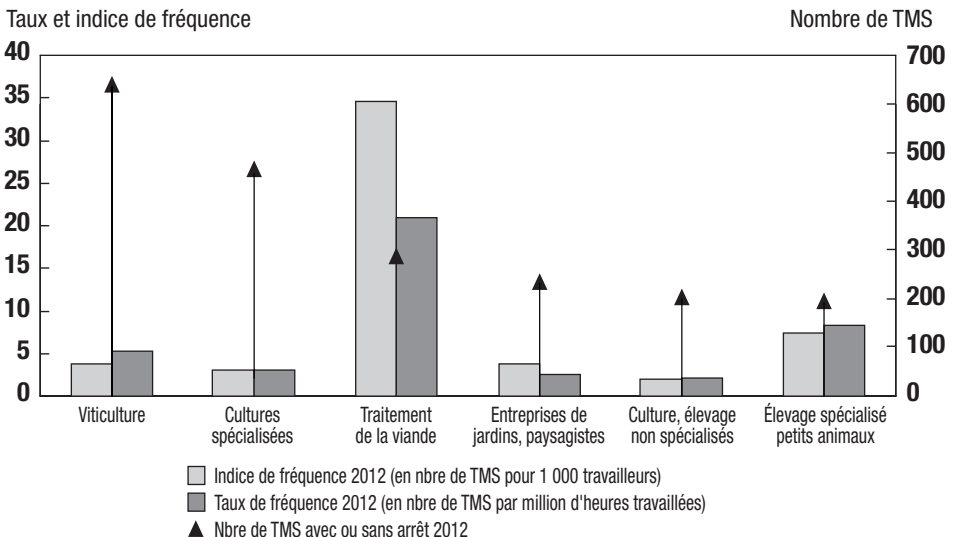


Source : MSA.

Les salariés touchés par les troubles musculo-squelettiques exercent leur activité essentiellement dans les secteurs de la viticulture, des cultures spécialisées, du traitement de la viande de gros animaux et des entreprises de jardins et paysagistes.

L'on peut aussi noter que le poids des entreprises de moins de 20 salariés dans ces MP est important. Les dépenses liées aux TMS ne représentent toutefois que 56 % du coût total des dépenses liées aux MP.

Taux de fréquence, indice de fréquence et nombre de TMS avec ou sans arrêt de travail en 2012



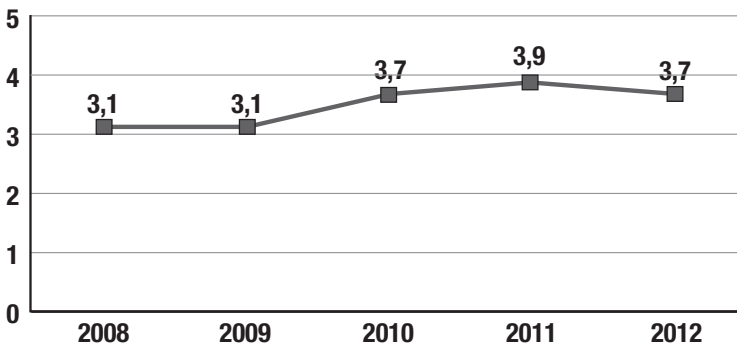
Source : MSA.

Les non salariés agricoles

En 2012, 1 756 maladies professionnelles avec ou sans arrêt de travail ont été reconnues pour les chefs d'exploitation, dont 97 % dans le cadre d'un tableau de MP ou, au titre du système complémentaire, par les CRRMP, dont 0,2 % avec tableau et 3 % hors tableau. Les conjoints sont concernés par 112 maladies professionnelles (5,6 %). Très peu de maladies sont reconnues pour les autres statuts (0,6 %).

L'indice de fréquence des maladies professionnelles avec et sans arrêt pour les chefs d'exploitation agricole est en hausse : il augmente de + 4,1 % par an en moyenne sur la période entre 2008 et 2012. En 2012, il atteint un point haut de 3,7 maladies professionnelles pour 1 000 chefs d'exploitation ou d'entreprise agricole.

Évolution de l'indice de fréquence pour les MP avec ou sans arrêt entre 2008 et 2012



Source : MSA.

Parmi les secteurs réunissant au moins 2 % des affiliés, les éleveurs de volailles et lapins ont le plus fort indice avec 7,7 maladies reconnues pour 1 000 chefs d'exploitation. Le secteur suivant le plus touché est celui des éleveurs de bovins laitiers, dont l'indice de fréquence est de 5,6 pour 1 000.

Le nombre de maladies professionnelles reconnues chez les hommes (59,9 % des maladies) est supérieur à celui reconnu chez les femmes (40,1 %), mais l'indice de fréquence des maladies est deux fois plus élevé pour les femmes que pour les hommes avec 6,2 cas pour 1 000 femmes contre 2,9 cas pour 1 000 hommes en 2012.

Les TMS représentent également la plus grande part, soit 89,4 % des MP reconnues, ce qui représente 1 361 cas pour les chefs d'exploitation. Les affections péri-articulaires dues à des gestes et postures, inscrites au tableau de maladie n° 39 du régime agricole, représentent 82,9 % des TMS et 74,1 % du total des maladies professionnelles.

Les affections chroniques du rachis lombaire provoquées par des vibrations, inscrites au tableau n° 57, représentent 7,6 % des maladies et leur part dans les TMS est de 8,5 %. Les affections chroniques du rachis lombaire provoquées par la manipulation manuelle et habituelle de charges lourdes, inscrites au tableau de maladie n° 57 *bis*, représentent respectivement 5,9 % des maladies professionnelles et 6,6 % des TMS.

Parmi les autres maladies, les affections respiratoires professionnelles de mécanisme allergique, inscrites au tableau de maladie n° 45, sont les plus représentées avec 2,8 % du total des maladies professionnelles. Ces affections sont notamment consécutives à l'inhalation de poussières végétales ou animales. C'est le cas de 68 % des affections respiratoires de ce tableau.

Pour les chefs d'exploitation agricole, 42,3 % des affections péri-articulaires (tableau n° 39 des maladies du régime agricole) se localisent au niveau du canal carpien. Suivent après les affections de l'épaule, avec 34,1 % et celles du coude, avec 13,6 %.

Les mouvements répétitifs ou le travail répétitif sont généralement à l'origine de ces affections et ils représentent respectivement 84,8 % et 9,4 % des affections péri-articulaires.

Les affections péri-articulaires sont aussi nombreuses chez les femmes que chez les hommes : elles représentent respectivement 561 cas, soit 49,7 % des affections et 567 cas, soit 50,3 % des affections. Toutefois le nombre de reconnaissance de ces affections est plus important pour les femmes avec 79,6 % du total des maladies qui leurs sont reconnues. Ce pourcentage est nettement supérieur à celui des hommes avec 53,9 % de leurs maladies. Elles ont également une fréquence trois fois plus élevée avec 4,9 maladies pour 1 000 femmes chefs d'exploitation contre 1,6 pour les hommes.

Ces affections sont plus particulièrement nombreuses pour les chefs d'exploitation :

- des élevages de bovins laitiers (29,7 % des affections péri-articulaires) ;
- des exploitations de cultures et élevage non spécialisées (12,3 %) ;
- en viticulture (9,7 %) ;
- des élevages de bovins pour la viande (9,1 %) ;
- des cultures céréalières (8,0 %).

2.3. LE SECTEUR PUBLIC

La fonction publique d'État

Des données en cours de constitution

Comme rappelé au point 1.3. du présent chapitre, relatif aux accidents du travail dans le secteur public, les outils statistiques de la fonction publique d'État sont actuellement en cours de refonte. Dans l'intervalle, la refonte du bilan "*Hygiène et sécurité*", remis tous les ans au Conseil supérieur de la fonction publique (CSFP) a permis en 2013 la mise en place d'un volet spécifique sur les accidents du travail et les maladies professionnelles. Des questionnaires ont été diffusés auprès de l'ensemble des ministères, portant sur les années 2007 à 2012. Seuls les résultats pour 2012 sont présentés ici⁽⁸⁾.

Issues d'une enquête organisée en 2013-2014 par la DGAFP, ces statistiques ne sont, pour des raisons méthodologiques, pas directement comparables avec les statistiques provenant de l'enquête annuelle 2007 sur les accidents du travail et les maladies professionnelles.

Enfin, dans le cadre de l'accord du 20 novembre 2009 sur la santé et la sécurité au travail dans la fonction publique et du protocole d'accord-cadre relatif à la prévention des risques psychosociaux dans la fonction publique signé le 22 octobre 2013, la couverture du champ constitué par les trois versants de la fonction publique par des enquêtes relatives aux expositions aux risques professionnels a été prévue. Il s'agit des enquêtes Dares-DGT-DGAFP SUMER 2009-2010 et Dares-DGAFP-Drees-Insee⁽⁹⁾ "*Conditions de travail 2013*", qui ont inclus dans leur programme l'extension de l'échantillon et l'étude de ses résultats pour inclure les trois versants de la fonction publique. Quelques résultats issus de cette enquête sont présentés ici.

8) Les données 2007-2012 sont disponibles sur le site de la fonction publique (www.fonction-publique.gouv.fr), à la rubrique Statistiques - Séries longues.

9) Drees : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques.
Insee : Institut national de la statistique et des études économiques.

Une forte différenciation selon les ministères et les métiers

Nombre de maladies professionnelles reconnues en 2011 et 2012 selon les ministères

Ministère	2011		2012	
	Taux de couverture	Nombre de MP reconnues	Taux de couverture	Nombre de MP reconnues
Affaires étrangères et européennes	100 %	0	100 %	1
Agriculture et Pêche	100 %	2	100 %	3
Ministères économique et financier	100 %	9	100 %	31
Culture et Communication		nd	100 %	30
DDI	47 %	32	47 %	28
Défense	95 %	228	95 %	223
Autre Écologie, Développement et Aménagement durables	61 %	41	80 %	49
Écologie, Développement et Aménagement durables - Aviation civile	100 %	2	100 %	3
Éducation nationale	100 %	169	100 %	126
Enseignement supérieur et Recherche	77 %	104	92 %	121
Intérieur - Gendarmerie	59 %	6	59 %	2
Intérieur - Police	100 %	18	100 %	22
Intérieur - Secrétariat général	91 %	18	91 %	27
Justice et Libertés	40 %	16	42 %	12
Santé, Jeunesse, Sports et Vie associative	100 %	15	100 %	10
Services du Premier ministre	100 %	3	100 %	2
Travail, Relations sociales, Famille, Solidarité et Ville	70 %	4	74 %	6

Source : volet AT-MP, "Bilan de l'application des dispositions relatives à l'hygiène, à la sécurité du travail et à la médecine du travail dans la fonction publique de l'État en 2012". Traitement DGAFP, département des études et des statistiques.

Champ : Ministères.

Note : le taux de couverture représente la part des effectifs du ministère couverts par ces réponses.

Les chiffres ci-dessus montrent une sinistralité modérée de la fonction publique d'État au regard des maladies professionnelles par rapport aux deux autres versants de la fonction publique.

L'on observe toutefois une forte différenciation entre les métiers, qui se traduit au niveau des ministères. Ainsi, les ministères qui présentent les parts les plus fortes de maladies professionnelles reconnues dans leurs effectifs sont le ministère de la Défense et le ministère chargé de l'Écologie, les plus exposés à la fois aux risques physiques et chimiques.

Exposition aux risques professionnels dans la fonction publique

Pour mieux comprendre les expositions des fonctionnaires aux facteurs de risques professionnels, l'étude des résultats de l'enquête SUMER, menée par la Dares en 2009-2010 sur les trois versants de la fonction publique⁽¹⁰⁾ permet de préciser certaines observations. L'étude met en évidence le fait

¹⁰⁾ Les résultats de l'étude sont publiés dans le "Rapport annuel sur l'état de la fonction publique" (édition 2013).

que les expositions aux risques professionnels sont non seulement très variables d'un versant de la fonction publique à l'autre, mais aussi que, selon le risque considéré, elles sont souvent spécifiques à chaque métier.

Plusieurs grandes catégories de métiers ont été distinguées, permettant de percevoir des profils d'exposition en fonction des risques dans les trois versants de la fonction publique.

Part des agents exposés à des contraintes physiques en 2010 (en %)

	FPE			FPT			FPH			Ensemble 3 FP			Secteur Privé		
	H	F	Ens.	H	F	Ens.	H	F	Ens.	H	F	Ens.	H	F	Ens.
Bruits supérieurs à 85 dB(A)	13,4	1,6	9,5	25,5	6,6	14,3	7,2	2,7	3,8	18	4,5	10,2	30,6	4,2	19,3
Bruits supérieurs à 85 dB(A) 20 h ou plus par semaine	1,2	0,2	0,9	4,2	0,2	1,8	0,4	0,9	0,8	2,5	0,5	1,3	8,8	1,2	5,6
"Au moins une contrainte physique intense ^(a) "	12,2	9,6	11,3	34,2	33,9	34	34,9	46,3	43,6	26	35,1	31,2	42,5	34,6	39,1
Manutentions manuelles de charges 10 h ou plus par semaine	1	0,8	1	7,4	6,2	6,7	10,7	18,3	16,4	5,5	9,9	8	13,4	6,8	10,6
Position debout ou piétinement 20 h ou plus par semaine	3,4	1,7	2,9	20,1	16,6	18	23,7	35,1	32,3	14,3	21,3	18,3	25,8	19,5	23,1
Autres contraintes posturales (position à genoux, maintien de bras en l'air, posture accroupie, en torsion, etc.) 2 heures ou plus par semaine	5,3	4,1	4,9	18	21,3	19,9	15,6	21,6	20,2	12,8	19	16,4	24,2	16,1	20,8
Répétition d'un même geste ou d'une série de gestes à cadence élevée 20 h ou plus par semaine	3,8	3,1	3,6	5	5,2	5,1	4	5,5	5,1	4,4	5	4,7	8,1	10,4	9,1
Travail sur écran 20 h ou plus par semaine	25,7	41,3	30,9	14,3	26	21,2	12,1	12,7	12,5	18,3	23,2	21,1	18,4	28,5	22,7

Source : Dares-DGT-DGAFF, enquête SUMER 2010. Traitement Dares, DGT et DGAFF, département des études et des statistiques.

Champ : salariés France métropolitaine et La Réunion ; FPE : hors ministères de la Justice, ministères sociaux et enseignants de l'Éducation nationale.

Lecture : 25,5 % des hommes agents de la fonction publique territoriale sont exposés à des bruits supérieurs à 85 dB(A).

^(a) Indicateur synthétique prenant en compte : position debout ou piétinement 20 h ou plus par semaine, manutention manuelle de charges 20 h ou plus par semaine, gestes répétitifs 10 h ou plus par semaine, vibrations transmises aux membres supérieurs 10 h ou plus par semaine, contraintes posturales 2 h ou plus par semaine (à genoux, bras en l'air, accroupi ou en torsion).

• **L'exposition à des contraintes physiques intenses** concerne avant tout les agents des familles "Espaces verts et paysages", "Entretien - Maintenance", "Services à la personne - Restauration" et "Soins". Près d'un tiers des agents de la fonction publique déclare être soumis à un travail physiquement exigeant dans le cadre de son activité professionnelle. Les contraintes posturales, notamment la position debout et le piétinement prolongé, sont les contraintes physiques les plus fréquentes. L'exposition à une contrainte physique intense varie fortement selon les métiers. Dans deux familles de métiers, à savoir "Espaces verts et paysages" et "Services à la personne - Restauration", plus des deux tiers des agents déclarent être exposés à une contrainte physique intense. Les familles de métiers

“Entretien - Maintenance”, “Soins” et “Bâtiment et travaux publics” sont également fortement concernées.

• **Le travail prolongé sur écran** est fréquent dans les familles “Finances publiques” et “Administration”.

Part des agents exposés à des risques chimiques ou biologiques en 2010 (en %)

	FPE			FPT			FPH			Ensemble 3 FP			Secteur Privé		
	H	F	Ens.	H	F	Ens.	H	F	Ens.	H	F	Ens.	H	F	Ens.
Être exposé à au moins un produit chimique	16,5	8,4	13,8	33,6	33,2	33,4	46,3	57,9	55,2	29,1	38,9	34,7	38,8	24,8	32,8
Être exposé à au moins trois agents chimiques	9	2,9	7	12,4	9,7	10,8	21,6	26,4	25,2	12,5	14,9	13,9	18,6	7,9	14
Être exposé à au moins un solvant	5,4	5,1	5,3	9,5	13,1	11,6	27,8	40,1	37,2	10,8	21,9	17,2	14,5	9,1	12,2
Être exposé à au moins un agent chimique cancérogène	12,2	3,5	9,3	10,4	1,3	5	9,9	5,2	6,3	11	3	6,4	17	2,7	10,9
Être exposé à au moins un produit chimique 10 h ou plus par semaine	3,7	1,7	3	6,4	5,5	5,9	8,8	12,5	11,6	5,7	7,5	6,8	13,5	4,5	9,7
Être exposé à au moins un produit chimique de manière importante par sa durée et/ou par son intensité	2,7	0,9	2,1	2,9	3,1	3	2	5,8	4,9	2,7	3,8	3,3	8,1	2,8	5,9
Être exposé à des agents biologiques	17,7	13,8	16,4	30,8	38,1	35,1	64,3	79,6	75,9	31,1	49,9	42	13,2	24,6	18
Travail au contact d'un réservoir humain ^(a)	14,1	11,4	13,2	10,7	32	23,3	59,7	78,9	74,3	19,6	46,3	35	4	18,2	10,1
Travail au contact d'un réservoir animal ^(b)	2,9	1,6	2,5	7,6	1,9	4,2	1,4	0,5	0,7	4,9	1,3	2,8	3,2	1,9	2,6

Source : Dares-DGT-DGAFF, enquête Sumer 2010. Traitement Dares, DGT et DGAFF, département des études et des statistiques.

Champ : salariés France métropolitaine et La Réunion ; FPE : hors ministères de la Justice, ministères sociaux et enseignants de l'Éducation nationale.

Lecture : 33,6 % des hommes agents de la fonction publique territoriale sont exposés à au moins un produit chimique.

^(a) Entraînant des risques d'expositions à des agents biologiques émanant d'autres personnes.

^(b) Entraînant des risques d'expositions aux agents biologiques émanant d'animaux.

• **L'exposition aux produits chimiques et aux agents biologiques** touche en premier lieu les familles de métiers “Soins” et “Services à la personne - Restauration”. Parmi les familles de métiers les plus exposées, figurent en première place “Entretien - Maintenance” (69 % des agents sont exposés à au moins un produit chimique), “Soins” (66 %) et “Services à la personne - Restauration” (63 %). L'exposition à des produits chimiques cancérogènes est maximale dans la famille “Bâtiment et travaux publics”, avec près d'un quart d'agents exposés, suivie des métiers “Technique - Informatique - Transport”, avec 19 % d'agents exposés à un produit chimique cancérogène, ainsi que les familles “Entretien - Maintenance” et “Espaces verts et paysages” avec, chacune, 14 % de salariés exposés.

• **Durée longue de travail, astreintes, horaires atypiques et imprévisibles** : les métiers des familles “Sécurité - Défense” et “Soins” sont très exposés aux contraintes horaires. Les agents exerçant un métier de la famille “Sécurité - Défense” sont particulièrement exposés à des contraintes

horaires. La moitié d'entre eux travaillent de nuit, 87 % le dimanche et les jours fériés, 53 % en travail posté. Leur durée de travail est plus souvent longue, avec 30 % des agents déclarant avoir travaillé plus de 40 heures la semaine précédente. 42 % des agents de cette famille de métiers effectuent des astreintes mais c'est également le cas de 37 % des agents de la famille "Bâtiment et travaux publics" et de 26 % de ceux de la famille "Technique - Informatique - Transport", contre 17 % en moyenne dans la fonction publique. Les agents de la famille de métiers "Soins" sont également souvent soumis à des contraintes horaires, en particulier le travail de nuit, les dimanches et jours fériés, et les horaires variables selon les jours.

- **Des contraintes de rythme** touchent particulièrement les familles de métiers "Technique - Informatique - Transport", "Soins" et "Sécurité - Défense". Plus de 40 % des agents des familles de métiers "Technique - Informatique - Transport", "Soins" et "Sécurité - Défense" déclarent subir au moins trois contraintes de rythme de travail (en particulier, des contraintes techniques, la dépendance vis-à-vis du travail de collègues, une demande extérieure obligeant à une réponse immédiate, des normes de production ou des délais à respecter en une heure ou plus et un contrôle ou un suivi automatisé).

Part des agents exposés à des comportements hostiles ou des agressions en 2010 (en %)

	FPE			FPT			FPH			Ensemble 3 FP			Secteur Privé		
	H	F	Ens.	H	F	Ens.	H	F	Ens.	H	F	Ens.	H	F	Ens.
Être en contact direct avec le public (de vive voix ou par téléphone)	70,8	80,3	74	83,8	88,8	86,8	84,2	92	90,2	78,9	88,9	84,6	65,9	83,1	73,2
Vivre en permanence ou régulièrement des situations de tension dans les rapports avec le public	11,2	8,5	10,3	10,4	8,5	9,3	16,5	16,8	16,7	11,6	11,5	11,6	6,4	10,2	8
Vivre au travail au moins un comportement hostile actuellement	23,2	25,1	23,8	25,6	22,7	23,9	31,1	24,2	25,8	25,4	23,6	24,4	21,6	22,2	21,9
Avoir été victime d'au moins une agression verbale de la part de vos collègues ou de vos supérieurs dans le cadre du travail, au cours des 12 derniers mois	15,5	12,4	14,5	12,7	10,3	11,3	16,7	18,8	18,3	14,5	13,7	14	9,5	11,1	10,2
<i>Dont : avoir été victime de plus d'une agression verbale de la part de vos collègues ou de vos supérieurs dans le cadre du travail, au cours des 12 derniers mois</i>	5,5	5,2	5,4	4,8	4,4	4,6	10,6	9,2	9,6	6	6,3	6,1	4,4	4,9	4,6
Avoir été victime d'au moins une agression verbale de la part du public dans le cadre du travail, au cours des 12 derniers mois	23,3	16,5	21	28	17,4	21,7	28,2	29,7	29,3	26,1	21,6	23,5	10,8	16,6	13,3
<i>Dont : avoir été victime de plus d'une agression verbale de la part du public dans le cadre du travail, au cours des 12 derniers mois</i>	14,6	10,2	13,1	17,6	10,2	13,2	22,1	16,7	18	17	12,5	14,5	6,4	9,2	7,6
Avoir été victime d'au moins une agression physique ou sexuelle de la part du public dans le cadre du travail, au cours des 12 derniers mois	6,8	1,5	5	2	0,7	1,2	7	6,1	6,4	4,7	2,7	3,6	1,1	1,4	1,2

Source : Dares-DGT-DGAFP, enquête Sumer 2010. Traitement Dares, DGT et DGAFP, département des études et des statistiques.

Champ : salariés France métropolitaine et La Réunion ; FPE : hors ministères de la Justice, ministères sociaux et enseignants de l'Éducation nationale.

Lecture : 83,8 % des hommes agents de la fonction publique territoriale sont en contact direct avec le public (de vive voix ou par téléphone).

La fonction publique hospitalière

Le rapport statistique 2012 présenté par le Fonds national de prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles (FNP) de la Caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales (CNRACL) comporte les données issues d'un échantillon représentatif d'établissements hospitaliers, couvrant 22,3 % de la population des actifs hospitaliers de la CNRACL.

Pour 2012, 949 maladies professionnelles ont été recensés pour les 209 683 agents couverts, dont 66,5 % avec arrêt de travail. Le taux de sinistralité s'élève en 2012 à 0,5 % et l'ensemble des indicateurs est orienté à

la baisse. Les arrêts de travail sont plus fréquents dans le cas de maladies professionnelles que dans celui d'accidents du travail, soit 66,5 % de MP avec arrêt en moyenne contre 45,1 %. Par ailleurs, les arrêts de travail présentent une durée plus longue (en moyenne 96,3 jours pour les MP contre 35,7 jours pour les AT).

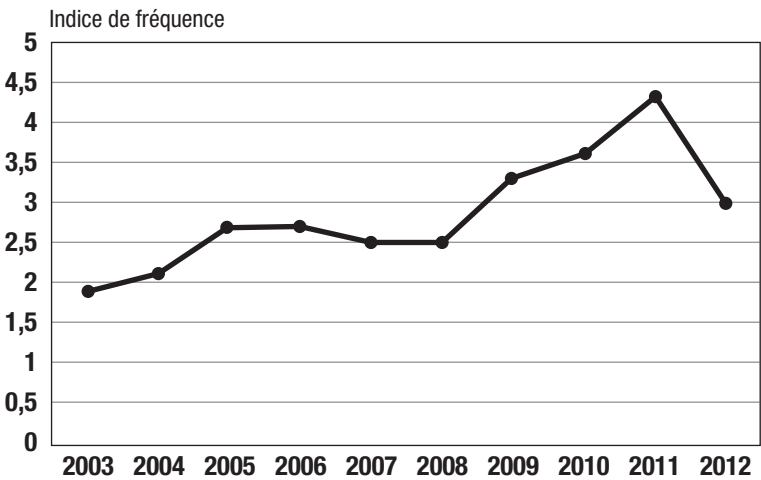
Indicateurs de sinistralité au titre des maladies professionnelles en 2011 et 2012

	2011	2012
Taux de sinistralité des maladies professionnelles	0,6 %	0,5 %
Indice de fréquence des maladies professionnelles	4,3	3
Taux de gravité des maladies professionnelles	0,4	0,2

Source : CNRACL.

Si l'on considère l'évolution à plus long terme de ces indicateurs, l'on note une hausse de l'indice de fréquence des maladies professionnelles, qui augmente fortement entre 2003 et 2011. Toutefois, entre 2011 et 2012, l'on note pour la première fois un retournement de tendance avec une baisse de 30,2 % de cet indice.

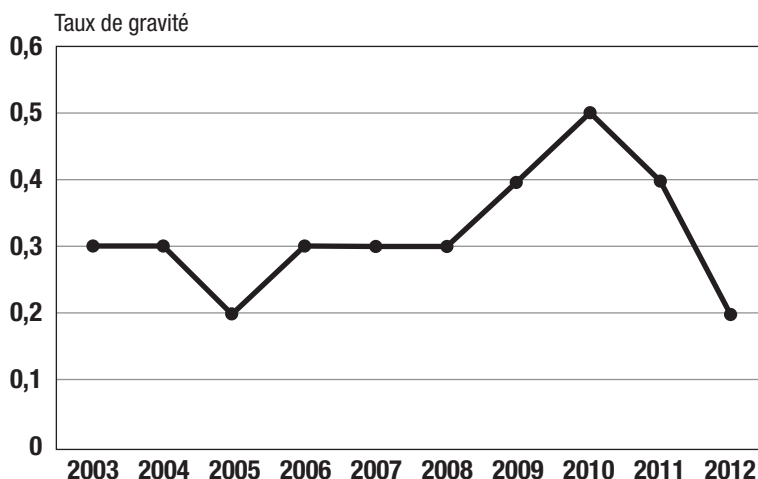
Indice de fréquence des maladies professionnelles dans la fonction publique hospitalière entre 2003 et 2012



Source : CNRACL.

En termes de gravité des maladies professionnelles, l'on note une évolution à la hausse entre 2005 et 2010, puis, à compter de 2009, une décroissance de 60 % du taux de gravité.

Taux de gravité des maladies professionnelles dans la fonction publique hospitalière entre 2003 et 2012



Source : CNRACL.

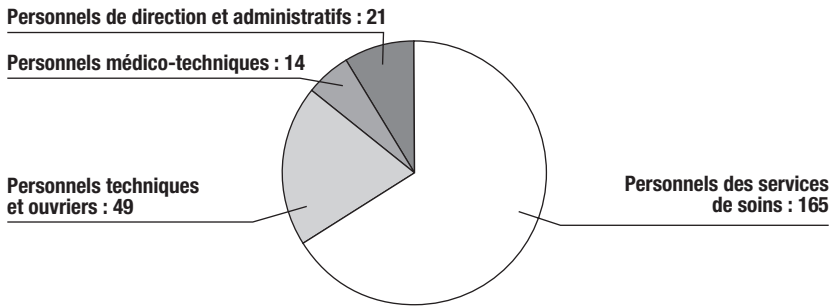
Répartition des maladies professionnelles en fonction du type d'établissement

La grande majorité des sinistres a lieu dans les centres hospitaliers généraux et les centres d'hébergement pour personnes âgées. Les centres hospitaliers spécialisés et les centres de soins avec ou sans hébergement présentent des nombres de jours d'arrêt associés aux MP supérieurs à la moyenne et à la médiane globale.

Répartition des maladies professionnelles en fonction de la filière professionnelle

Les métiers les plus touchés par les maladies professionnelles dans la fonction publique hospitalière sont très majoritairement les personnels des services de soins (66,3 %), loin devant les personnels techniques et ouvriers (19,7 %), deux métiers qui présentent les durées de journées d'arrêt les plus longues.

Répartition des maladies professionnelles en fonction des métiers en 2012

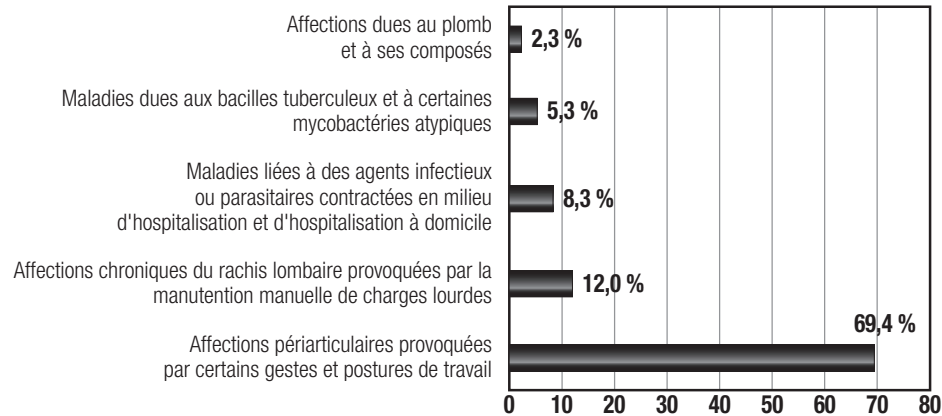


Source : CNRACL.

La nature des maladies professionnelles

Une part prépondérante des maladies professionnelles reconnues dans la fonction publique hospitalière sont des troubles musculo-squelettiques : 69,4 % des maladies professionnelles reconnues au titre de l'un des tableaux de maladies professionnelles sont causées par des affections péri-articulaires provoquées par des postures de travail et 12 % par des affections chroniques du rachis lombaire provoquées par la manutention de charges lourdes.

Répartition des maladies professionnelles reconnues en 2012



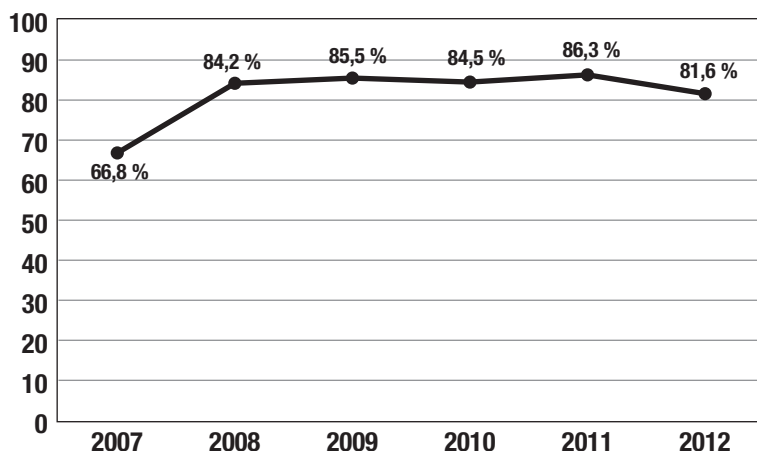
Source : CNRACL.

Les MP les plus graves, générant le plus grand nombre de jours d'arrêt, sont ceux liés aux affections du rachis lombaire (146 jours d'arrêt de travail en moyenne pour les affections du rachis lombaire liées à un effort de manutention contre 96 jours en moyenne toutes maladies professionnelles confondues).

Les troubles musculo-squelettiques sont la première cause de maladies professionnelles, dans le domaine de la fonction publique hospitalière comme dans les régimes général et agricole. La hausse de la part des TMS dans les MP s'est stabilisée entre 2008 et 2012 et a amorcé une évolution à la baisse entre 2011 et 2012

Évolution de la part des TMS dans les MP reconnues de 2007 à 2012

(fonction publique hospitalière)



Source : CNRACL.

S'agissant des risques psychosociaux (RPS) dans la fonction publique hospitalière, l'observation des éléments matériels permet de dégager un certain nombre d'événements liés aux RPS : 1 794 événements sont recensés, dont 35 % avec arrêt et une moyenne de jours d'arrêt de 32 jours.

Globalement, la part des événements reliés aux RPS est de 9,9 % pour 2012 soit une augmentation de 9,3 % par rapport à 2011.

La fonction publique territoriale

Le rapport statistique 2012 présenté par le Fonds national de prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles (FNP) de la Caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales (CNRACL) comporte les données issues d'un échantillon représentatif de collectivités territoriales couvrant 32 % de la population des actifs territoriaux de la CNRACL, hors Services départementaux d'incendie et de secours (SDIS). Pour 2012, 1 525 maladies professionnelles ont été recensées pour les 445 773 agents couverts. Sur ces 1 525 MP recensés, 67,7 % ont été à l'origine d'un arrêt de travail, d'une durée moyenne de 112 jours.

Le taux de sinistralité pour l'année 2012 s'établit à 0,4 % en 2012. Par rapport à 2011, l'indice de fréquence et le taux de gravité sont en baisse.

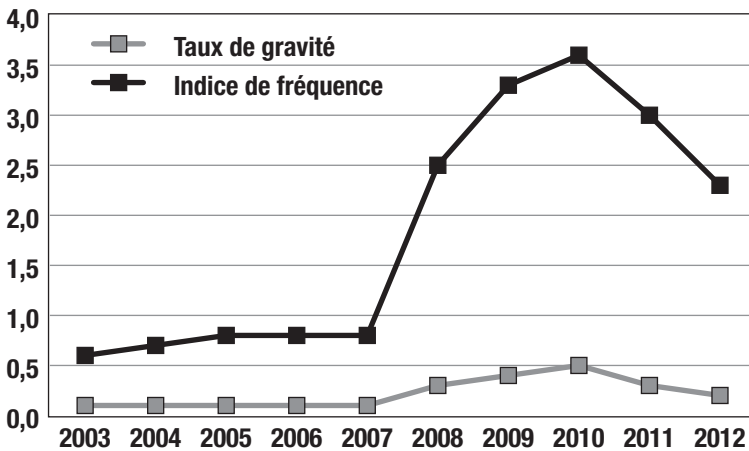
Indicateurs de sinistralité au titre des maladies professionnelles en 2011 et 2012

	2011	2012
Taux sinistralité maladies professionnelles	0,4 %	0,4 %
Indice de fréquence maladies professionnelles	3	2,3
Taux de gravité maladies professionnelles	0,3 %	0,2 %

Source : CNRACL.

Si l'on considère l'évolution à plus long terme de ces indicateurs, l'on note une forte augmentation, tant de l'indice de fréquence que du taux de gravité des maladies professionnelles entre 2007 et 2010, après une période de relative stabilité depuis 2002. Une inflexion de cette tendance intervient en 2010, avec une baisse de 36 % de l'indice de fréquence des maladies professionnelles entre 2010 et 2012 et une baisse de 60 % de l'indice de gravité.

Indice de fréquence et taux de gravité des maladies professionnelles dans la fonction publique territoriale entre 2003 et 2012



Source : CNRACL.

Répartition des maladies professionnelles en fonction du type de collectivité

La grande majorité des événements a lieu dans les communes. Si l'on tente d'établir une typologie par niveau de collectivité, l'on constate que la sinistralité au titre des maladies professionnelles diffère de celle concernant les accidents du travail. La plus forte sinistralité est observée dans les régions et les CCAS. En revanche, à l'instar de la répartition pour les accidents du travail, c'est pour les organismes d'habitat public que l'on relève la part de maladies professionnelles accompagnées d'un arrêt la plus élevée, soit 81,3 % contre 67,7 % pour l'ensemble des collectivités. Il s'agit en effet de

métiers isolés, comprenant de nombreuses tâches de maintenance impliquant des manutentions manuelles.

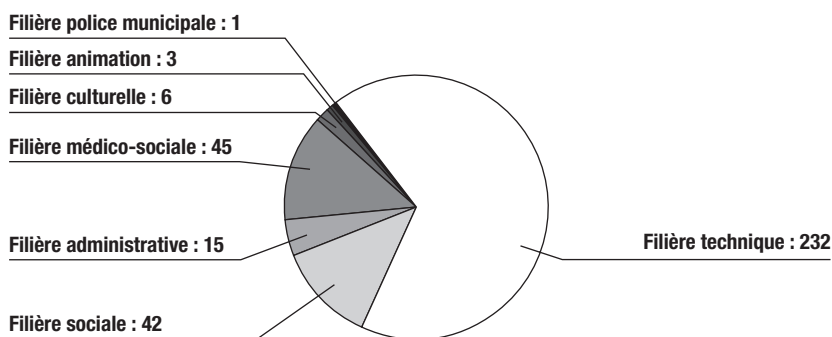
Ce sont également les EPCI qui possèdent des indicateurs de gravité les plus élevés, ce qui s'explique par la nature des métiers exercés au sein des EPCI, impliquant notamment des manutentions manuelles importantes : assainissement, collecte des ordures ménagères, fourniture d'énergie, voirie, entretien des espaces verts, etc. À titre d'exemple, la part de maladies professionnelles avec arrêt de travail est de 70,6 % dans les syndicats intercommunaux et le nombre moyen de jours d'arrêt atteint 169,8 jours pour les communautés urbaines contre une moyenne de 38,6 jours tous niveaux de collectivité confondus.

Enfin, l'on note que la sinistralité ainsi que la gravité des maladies professionnelles sont les plus élevées dans les collectivités de 1 à 9 agents.

Répartition des maladies professionnelles en fonction de la filière professionnelle

La sinistralité au titre des maladies professionnelles est très fortement différenciée en fonction de la filière professionnelle. Les métiers les plus touchés par les maladies professionnelles dans la fonction publique territoriale sont très majoritairement les personnels de la filière technique (67,4 % des maladies professionnelles), loin devant les personnels de la filière sociale et médico-sociale (25,2 % des maladies professionnelles).

Répartition des maladies professionnelles en fonction des métiers en 2012



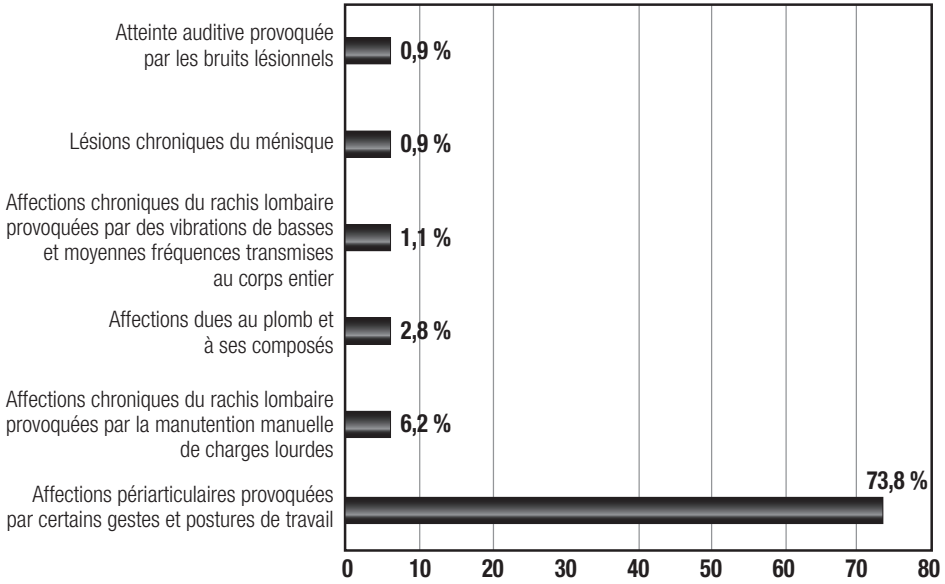
Source : CNRACL

La nature des maladies professionnelles

73,8 % des maladies professionnelles reconnues au titre de l'un des tableaux de maladies professionnelles sont causées par des affections péri-articulaires provoquées par des postures de travail et 6,2 % par des affections chroniques du rachis lombaire provoquées par la manutention de

charges lourdes. Les premières engendrent une moyenne de jours d'arrêt de 111 jours.

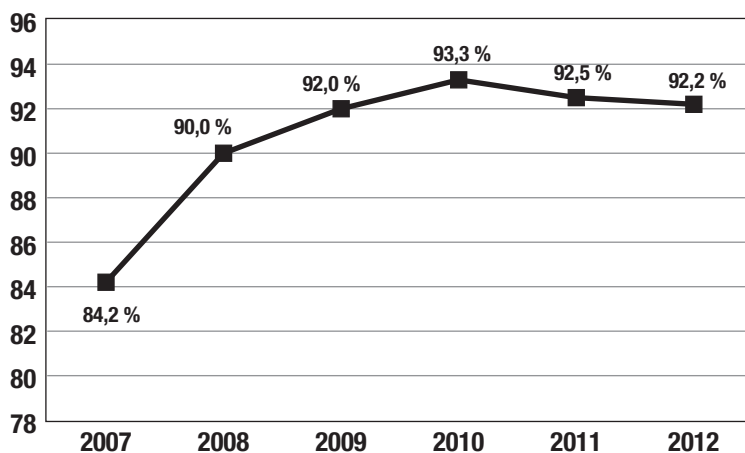
Répartition des maladies professionnelles reconnues en 2012



Source : CNRACL.

Les accidents les plus graves, générant les nombres de jours d'arrêt de travail les plus importants sont ceux, plus rares, qui sont liés à l'exposition à la rage animale ou aux substances cancérogènes, mutagènes et toxiques pour la reproduction telles que l'acide chromique ou les poussières de bois.

Les troubles musculo-squelettiques sont la première des maladies professionnelles, dans le domaine de la fonction publique territoriale comme dans le régime général ou agricole. La hausse de la part des TMS dans les MP s'est stabilisée et a amorcé une évolution à la baisse à partir de 2010.

Évolution de la part des TMS dans les MP reconnues de 2007 à 2012*(fonction publique territoriale)**Source : CNRACL.*

S'agissant des risques psychosociaux (RPS) dans la fonction publique territoriale, l'observation des éléments matériels permet de dégager un certain nombre d'événements liés aux RPS : 538 événements sont recensés, dont 62,1 % avec arrêt et une moyenne de durée congés associée de 56 jours. Globalement, la part des événements reliés aux RPS est de 2,2 % pour 2012, soit une en augmentation de 0,9 % par rapport à 2011.

3. LA MÉDECINE DU TRAVAIL

3.1. LES DONNÉES CHIFFRÉES DE LA MÉDECINE DU TRAVAIL

HORS AGRICULTURE

Les éléments chiffrés présentés dans ce bilan correspondent à l'analyse des données fournies par les services de santé au travail (autonomes et interentreprises) recueillies chaque année par les médecins inspecteurs du travail (MIT). Ils sont issus des rapports sur l'organisation, le fonctionnement et la gestion financière (RAF) des services de santé au travail (article R. 7214-17 du Code du travail), des rapports annuels d'activité (RAM) établis par les médecins du travail (article D. 4624-42 du Code du travail), transmis chaque année par les médecins du travail aux Directions régionales des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi (DIRECCTE).

Certains éléments additionnels proviennent également d'autres sources (Conseil national de l'Ordre des médecins, DIRECCTE, par exemple), précisées dans le texte.

Les données présentées correspondent à l'activité de l'année N-1 des services de santé au travail (SST) et des médecins du travail (MT), soit l'année 2012. Les données renseignées pour 2013 concernent donc l'activité de l'année 2012. Il s'agit d'une année charnière, marquée par l'entrée en vigueur de la réforme de la médecine du travail à compter du 1^{er} juillet 2012.

Les chiffres présentés ne prennent pas en compte certaines régions (Réunion, Guadeloupe, Mayotte, Saint-Pierre-et-Miquelon, Corse, Haute-Normandie, Centre...), pour lesquelles les données ne sont pas disponibles, dans plusieurs cas en raison de l'absence d'un MIT. Dans ce contexte, le nombre de régions sur lequel est fondée l'analyse présentée ci-dessous est indiqué pour les rubriques concernées. Enfin, il est à noter que, depuis 2013, l'analyse intègre les données concernant la Martinique, région pour laquelle un intérim du MIT a été organisé.

Évolution du nombre de salariés suivis par les services de santé au travail

Effectif de salariés suivis par les services de santé au travail

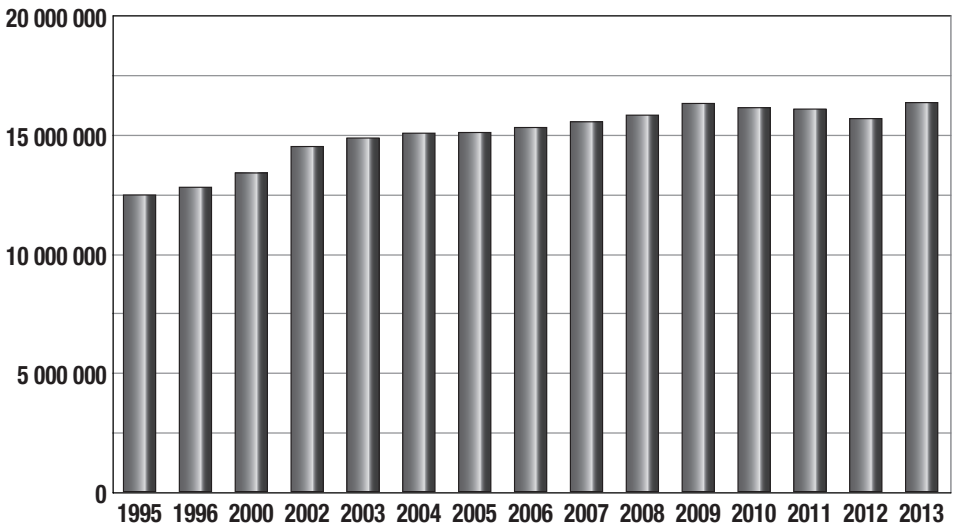
Année*	Effectif**
1995	12 464 500
1996	12 789 400
2000	13 389 700
2002	14 501 600
2003	14 859 300
2004	15 062 400
2005	15 091 000
2006	15 301 000
2007	15 540 600
2008	15 820 000
2009	16 311 800
2010	16 133 000
2011	16 075 600
2012	15 674 100
2013	16 347 300

Source : données des RAF transmis par les MIT.

* Chiffres arrondis à la centaine la plus proche.

** Rappel : données recueillies au 1^{er} janvier de l'année indiquée correspondant à l'activité de l'année n-1.

Évolution de l'effectif de salariés suivis par les services de santé au travail



Source : données des RAF transmis par les MIT.

Les chiffres présentés en 2013 (correspondant à l'activité 2012) incluent des données complémentaires fournies par des régions qui n'avaient pas pu transmettre d'informations l'année précédente. Dès lors, l'augmentation des effectifs suivis par les services de santé au travail observée en 2013 sur le graphique ci-dessus est principalement due à ce changement de périmètre.

À périmètre géographique constant, l'évolution des effectifs suivis par les services de santé au travail entre 2012 et 2013 est en légère augmentation de + 0,8 %. Cette tendance est toutefois à interpréter avec précaution compte tenu que, dans un contexte de pénurie d'emploi, caractérisée par un accroissement du nombre de contrats courts, d'intérim et à durée déterminée, un même salarié peut être comptabilisé plusieurs fois au cours de la même année calendaire s'il a été employé dans plusieurs entreprises.

Dans les 20 régions ayant fourni cette information en 2013, 1 235 500 entreprises environ sont conseillées par les SST. Elles étaient 1 330 000 en 2012 sur 22 régions.

En 2013, 93 % des salariés ont été suivis par des services de santé interentreprises (SSTI) – données sur 23 régions. En 2012, ils étaient 96 %. On observe par ailleurs une légère augmentation du nombre de salariés suivis par un service de santé autonome (SSTA).

Caractéristiques des entreprises suivies par les SSTI et les SSTA

Les caractéristiques des entreprises suivies, analysées à partir des données issues des RAF de 2012, transmises en 2013, sont les suivantes :

Caractéristiques des entreprises suivies par des SST

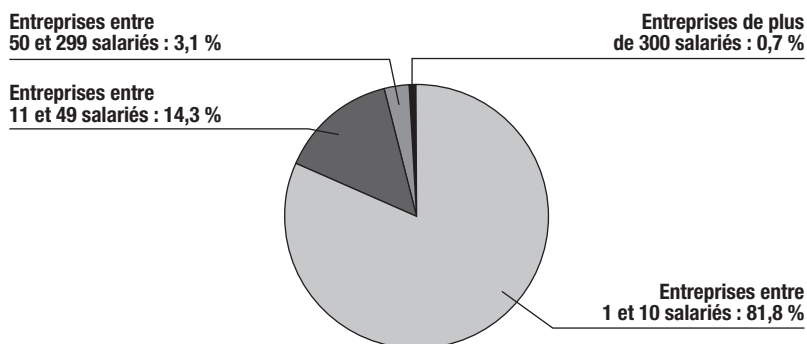
Répartition en %	Entreprises entre 1 à 10 salariés	Entreprises entre 11 à 49 salariés	Entreprises entre 50 à 299 salariés	Entreprises de plus de 300 salariés
2012	82,3 %	14,3 %	3,1 %	0,3 %
2013	81,8 %	14,3 %	3,1 %	0,74 %

Source : données des RAF transmis par les MIT.

Rappel : données recueillies au 1er janvier de l'année indiquée correspondant à l'activité de l'année n-1.

La répartition des entreprises en 2013 (correspondant à l'activité en 2012) est globalement stable par rapport à celle de l'année précédente et ne présente pas de distorsion majeure par rapport à la répartition des entreprises par tranche d'effectifs salariés. Les entreprises de plus de 300 salariés représentent moins de 1 % de l'ensemble des entreprises alors que les TPE constituent plus de 80 % des entreprises suivies.

Caractéristiques des entreprises suivies en 2012



Source : données des RAF transmis par les MIT.

95 % des entreprises suivies par des SSTI le sont par des SSTI hors compétence fermée. Parmi les entreprises suivies par des SSTA, 80,3 % de ces entreprises sont suivies par des services d'entreprise, 5,4 % par des services inter-établissements, 1,8 % par des unités économiques et sociales (UES) et 12,5 % par des SSTA de groupe (répartis sur 4 régions).

Évolution du nombre de services de santé au travail par catégorie

Au 31 décembre 2013, selon les remontées d'information des DIRECCTE, l'on dénombre 1 033 SST dont 277 SSTI et 756 SSTA.

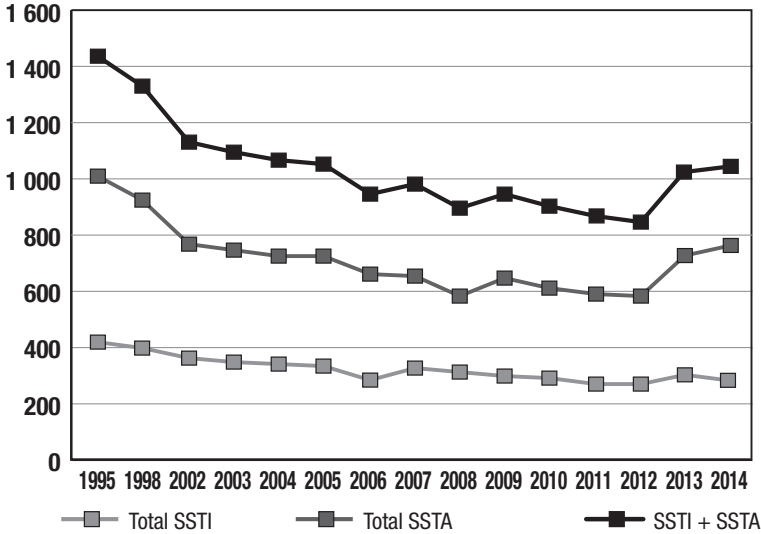
Nombre de services de santé au travail par catégorie

Année	Nombre total de SSTA	Nombre total de SSTI	Total SSTA + SSTI
1995	1 013	422	1 435
1998	928	400	1 327
2002	765	363	1 128
2003	748	348	1 096
2004	724	344	1 068
2005	723	332	1 055
2006	659	284	943
2007	654	328	982
2008	583	311	894
2009	649	300	949
2010	612	292	904
2011	592	273	865
2012	580	268	848
2013	725	294	1 019
2014	756	277	1 033

Source : données des RAF transmis par les MIT à l'exception de 2014 (données transmises par les DIRECCTE dans le cadre du bilan de la réforme de la médecine du travail).

Rappel : données recueillies au 1^{er} janvier de l'année indiquée correspondant à l'activité de l'année n-1.

Évolution du nombre de services de santé au travail par catégorie



Source : données des RAF transmis par les MIT à l'exception de 2014 (données transmises par les DIRECCTE dans le cadre du bilan de la réforme de la médecine du travail).

Après une période de baisse tendancielle depuis 1995, l'année 2012 marque un tournant majeur. Le nombre total de services de santé au travail est en augmentation depuis 2012 (données correspondant à l'activité de l'année précédente) : il augmente de 20,2 % entre 2012 et 2013 et cette hausse se poursuit en 2014 pour atteindre une hausse cumulée de 21,8 % entre 2012 et 2014. Cette augmentation s'explique avant tout par une progression du nombre de SSTA, tant en 2014 qu'en 2013, soit une augmentation de 25 % entre 2012 et 2013 et de 30,3 % en cumul entre 2012 et 2014. Tandis que le nombre de SSTI recule légèrement entre 2013 et 2014 (- 5,7 %), il demeure en augmentation, de 3,4 % en cumul entre 2012 et 2014.

Toutefois, des disparités régionales sont constatées. Ainsi, en Franche-Comté, les petits services de santé au travail autonomes disparaissent progressivement et les effectifs salariés sont redistribués vers les SST interentreprises géographiquement compétents. Ceux-ci pourraient à terme, avoir des difficultés à absorber ce surplus de salariés du fait d'une démographie en médecins du travail défavorable.

Agréments des services de santé au travail

La part des services de santé au travail agréés par catégorie est présentée dans le tableau ci-dessous.

Taux de services de santé au travail agréés

Année	% SST agréés	% SSTA agréés / nb total SSTA	% SSTI agréés / nb total SSTI
2012*	72 %	71 %	86 %
2013**	75 %	73 %	80 %

Source : données des RAF transmis par les MIT.

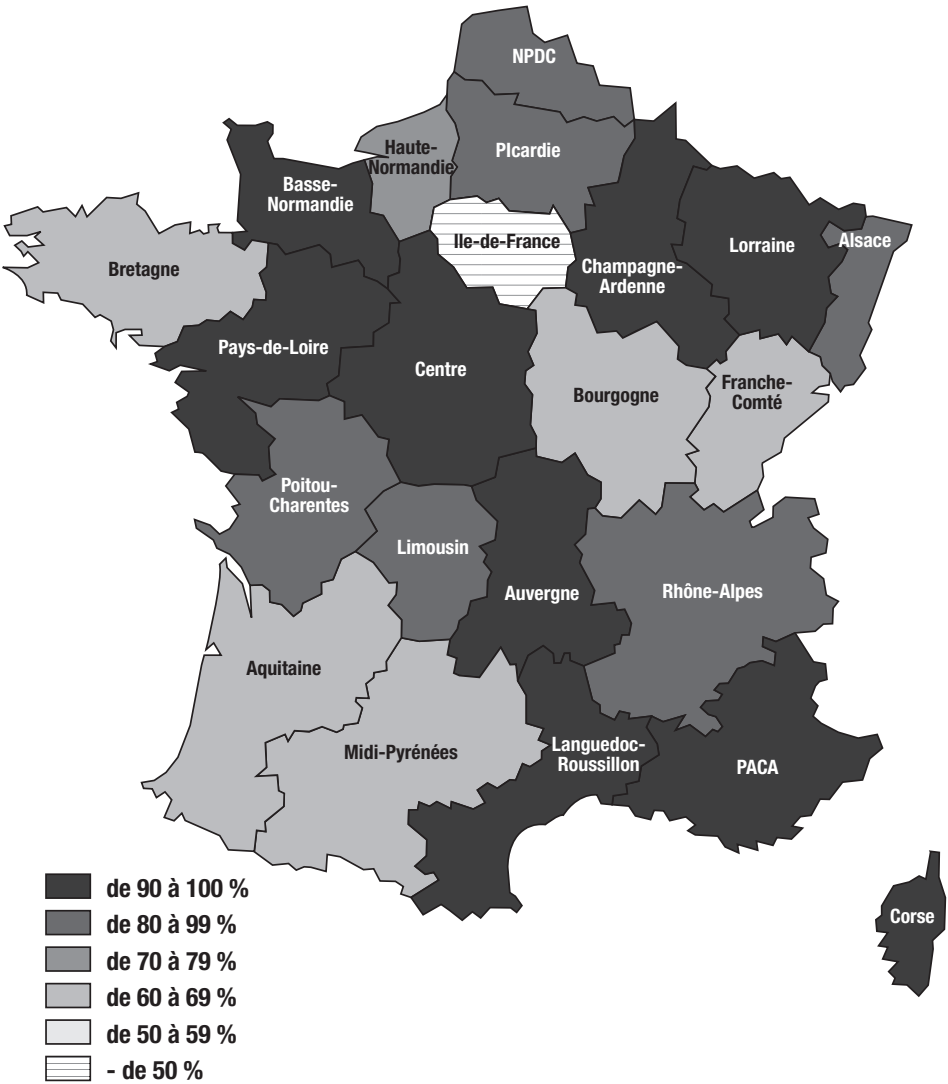
*En 2012 : analyse sur 18 régions soit 695 SST.

**En 2013 : analyse sur 17 régions soit 860 SST.

Rappel : données recueillies au 1er janvier de l'année indiquée correspondant à l'activité de l'année n-1.

On observe une augmentation globale de la part des SST bénéficiant d'un agrément en 2013 par rapport à l'année précédente. En effet, 75 % des services de santé au travail sont agréés par les DIRECCTE après avis des médecins inspecteurs du travail en 2013 contre 72 % en 2012. Cette augmentation résulte de l'augmentation de la part des SSTA agréés, qui passe de 71 % à 73 % entre 2012 et 2013.

Taux de services de santé au travail agréés en France métropolitaine en 2013



Source : données au 31 décembre 2013, transmises par les DIRECCTE dans le cadre du bilan de la réforme de la médecine du travail.

3.2. L'ÉVOLUTION DU TEMPS MÉDICAL

Évolution des effectifs de médecins du travail

La pratique des temps partiels, des cumuls emploi-retraite et l'existence de pluricontrats ne rendent pas pertinent un décompte en personnes physiques à partir des données des rapports annuels administratifs et financiers (RAF) des services de santé au travail, mais exige de calculer des équivalences en temps plein (ETP). En effet, de manière constante depuis plus de 20 ans, ce sont en moyenne près de la moitié des médecins du travail qui sont à temps partiel.

Les données recueillies auprès des DIRECCTE dans le cadre du bilan de la réforme de la médecine du travail montrent qu'au 31 décembre 2013, l'effectif des médecins du travail (en ETP) s'élève à 5 048 ETP de médecins du travail au total, dont 4 389 dans les SSTI et 659 dans les SSTA, soit un total en baisse de 5 % par rapport à l'année précédente.

Évolution des effectifs de médecins du travail (total en ETP au 1^{er} janvier de chaque année)

Année	Effectif en ETP	Évolution n/n-1 (en %)
2002	7 067	
2003	7 083	0 %
2004	7 359	4 %
2005	7 331	0 %
2006	6 573	- 10 %
2007	6 993	6 %
2008	6 993	0 %
2009	6 874	- 2 %
2010	6 435	- 6 %
2011	6 153	- 4 %
2012	5 547	- 10 %
2013*	5 320	- 4 %
2014**	5 048	- 5 %

Source : données des RAF transmis par les MIT à l'exception de 2014.

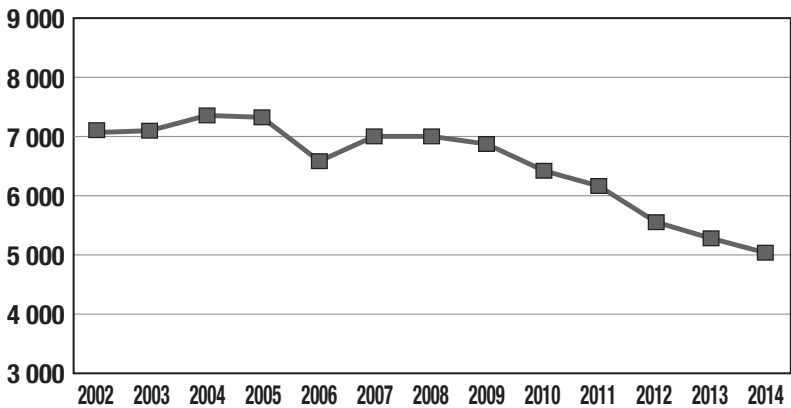
* Données retraitées à périmètre constant.

** Données au 31 décembre 2013 transmises par les DIRECCTE dans le cadre du bilan de la réforme de la médecine du travail.

L'évolution des effectifs de médecins du travail en SSTI comme en SSTA demeure préoccupante dans le cadre de l'exercice réglementaire actuel, comme le montre le graphique ci-dessous. En effet, le nombre d'ETP de médecins du travail continue de baisser. Confirmant la tendance de chute des effectifs (en ETP), de 31 % sur les 10 dernières années (entre 2005 et

2014), l'on constate, à périmètre constant, une baisse des effectifs sur les trois dernières années : - 10 % entre 2011 et 2012, - 4 % entre 2012 et 2013 puis, - 5 % entre 2013 et 2014, soit une baisse cumulée de - 18 % sur 3 ans.

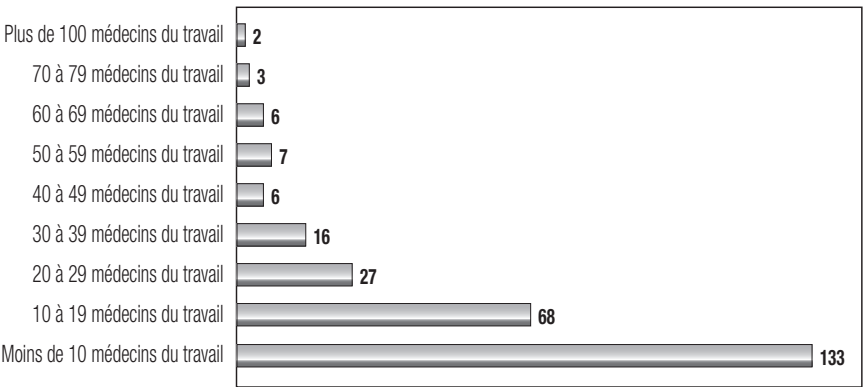
Évolution des effectifs de médecins du travail depuis 2002



Source : données des RAF transmis par les MIT à l'exception de 2014 (données au 31 décembre 2013 transmises par les DIRECCTE dans le cadre du bilan de la réforme de la médecine du travail).

L'analyse de la répartition du nombre de médecins du travail dans les SST indique que la moitié des SSTI emploie moins de dix médecins du travail (en ETP) alors que seuls 15 % des SSTI emploient au moins trente médecins du travail en ETP.

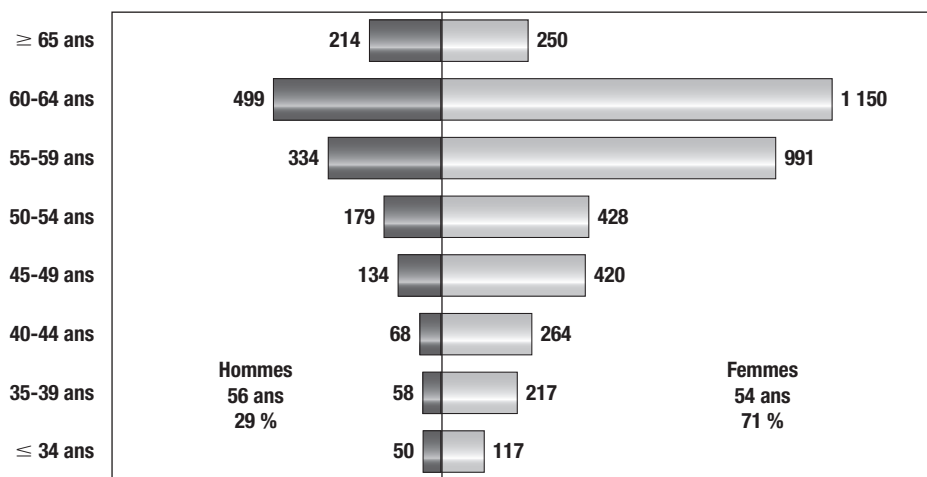
Nombre de médecins du travail par SSTI (en ETP)



Source : données au 31 décembre 2013 transmises par les DIRECCTE dans le cadre du bilan de la réforme de la médecine du travail.

Les perspectives d'évolution du nombre de médecins du travail dans les années à venir ne sont pas rassurantes, compte tenu notamment de la pyramide des âges des médecins du travail et malgré les souplesses offertes par le cumul emploi-retraite.

Pyramide des âges des médecins du travail au 1^{er} janvier 2014



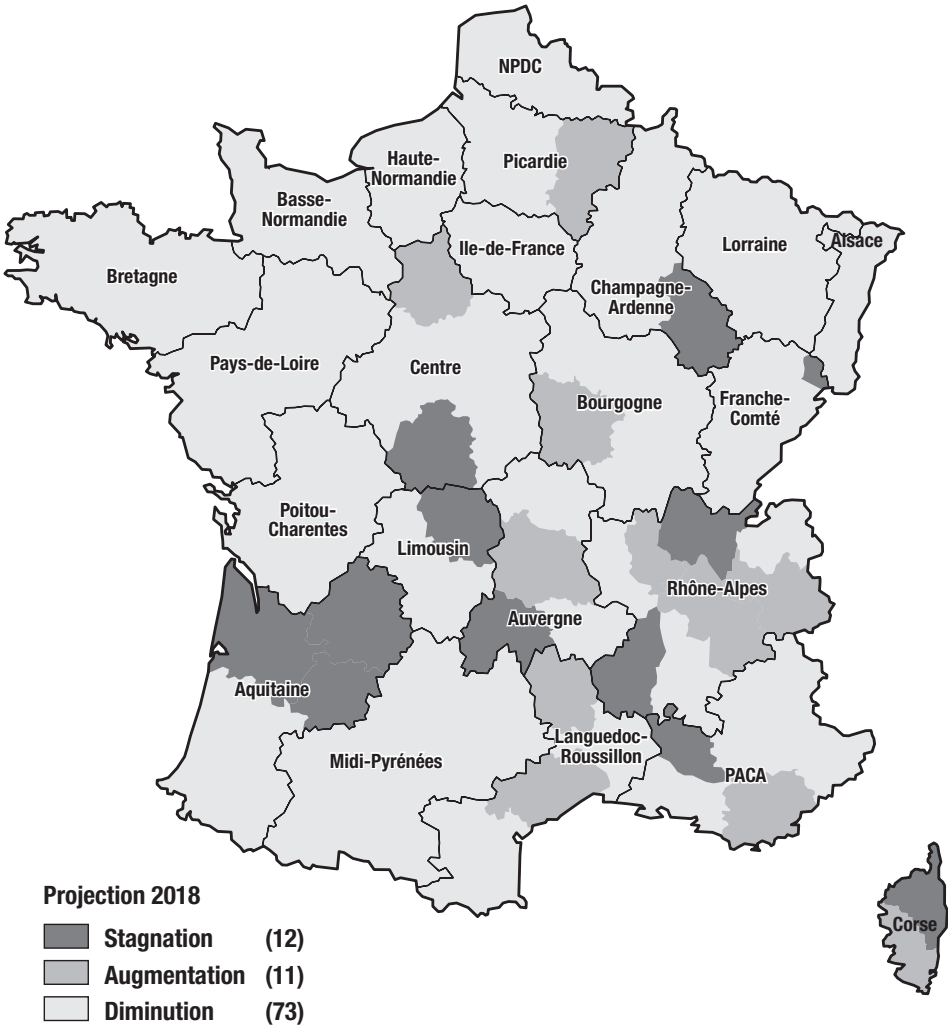
Source CNOM : atlas de la démographie médicale en France – spécialité Médecine du travail : situation au 1^{er} janvier 2014.

En Auvergne par exemple, 90 médecins du travail sur 130 ont plus de 55 ans (69 %).

En Franche-Comté, sur les 109 médecins du travail exerçant dans la région, 63 ont plus de 60 ans (58 %). En 10 ans, cette région a perdu les deux tiers de son effectif en médecins du travail et l'installation de médecins étrangers ne s'est pas faite en nombre suffisant pour compenser les départs en retraite.

En Basse-Normandie, l'on constate que 40 % des médecins du travail ont 60 ans ou plus ce qui laisse présager des départs massifs dans les 5 prochaines années, qui auront pour répercussion d'augmenter considérablement les secteurs des médecins du travail restants. La ressource de nouveaux médecins du travail issus de l'internat et des collaborateurs médecins apporte au maximum 4 remplacements par an et n'est pas suffisante pour pallier ce déficit.

Répartition des médecins spécialistes en médecine du travail sur le territoire au 1^{er} janvier 2013



Source CNOM : atlas de la démographie médicale en France – situation au 1^{er} janvier 2013.

Évolution des effectifs de salariés suivis par les médecins du travail

D'après les données issues des RAF de l'année n-1, le nombre moyen de salariés suivis par médecin du travail s'élève en moyenne à :

- 1 488 en 2012 dans les SSTA, contre 1 412 en 2011 soit une augmentation de 5,4 % ;
- 3 425 en 2012 dans les SSTI, contre 3 285 en 2011, soit une augmentation de 4,3 %.

En 2012, l'on observe, comme les années précédentes, une poursuite de l'augmentation globale du nombre de salariés suivis par médecin du travail quel que soit le type de SST. Le nombre moyen de salariés suivis par médecin du travail demeure durablement plus bas dans les services autonomes.

Cette tendance est due à l'évolution à la baisse du nombre de médecins du travail, du fait des départs en retraite notamment (*cf. supra*).

Deux régions (Basse-Normandie et Pays de Loire) ont signalé que, dans certains SSTI, les effectifs suivis par médecin du travail atteignaient jusqu'à 8 000 salariés.

Répartition des surveillances médicales renforcées (SMR)

Globalement, en 2012, dans les 16 régions dont les données sur ce sujet ont pu être collectées à partir des RAF transmis aux MIT (en 2013), 29 % des salariés sont déclarés en surveillance médicale renforcée (SMR) par les employeurs. Cette proportion des salariés déclarés en SMR a diminué par rapport à l'année précédente. En effet, 32 % des salariés étaient déclarés en SMR en 2011 dans les mêmes régions.

Cette diminution globale pourrait trouver son explication notamment dans l'actualisation des catégories de salariés relevant de la SMR. À titre d'exemple, certaines régions ont relevé, à la suite de l'abrogation de l'arrêté du 11 juillet 1977, que les travailleurs travaillant sur écran n'étaient désormais plus comptabilisés en SMR par les SST.

Ces résultats doivent toutefois être interprétés avec précaution compte tenu du manque d'exhaustivité des données transmises. En outre, la Bretagne constate que les chiffres de la SMR peuvent être très variables au sein d'une même catégorie d'entreprise. Une analyse plus approfondie est donc nécessaire afin de confirmer ou d'infirmer cette observation.

Des écarts importants dans la proportion des salariés en SMR sont constatés selon le type de SST :

- dans les SSTA, 52 % des salariés suivis en 2012 sont en SMR. Ce chiffre est en baisse depuis plusieurs années : en 2011, 63 % des salariés suivis étaient déclarés en SMR ; ils étaient 64 % en 2010 ;
- dans les SSTI, cette proportion est de 28 % déclarés en SMR en 2012 contre 31 % en 2011 et 33 % en 2010.

Des disparités régionales sont toujours observées. Par exemple, en Bourgogne, 74 % des salariés suivis en SSTA bénéficient d'une SMR, alors que, dans le Limousin, ils ne représentent que 24 % des salariés suivis.

3.3. LA COMPOSITION DE L'ÉQUIPE ENTOURANT LE MÉDECIN DU TRAVAIL

Les éléments chiffrés suivants correspondent à l'exploitation des données fournies par les médecins du travail dans leur rapport annuel d'activité (RAM) 2012, transmis en 2013 aux MIT en DIRECCTE. Ils sont complétés par l'analyse des éléments communiqués par les DIRECCTE dans le cadre de l'établissement du bilan de la réforme de la médecine du travail, présenté au Comité permanent du conseil d'orientation sur les conditions de travail (COCT) le 20 septembre 2013 (*cf. Partie IV - Chapitre 1 : la réforme de la médecine du travail*).

Répartition des personnels assistant le médecin du travail en service de santé au travail interentreprises (SSTI)

Selon les remontées d'information des DIRECCTE, au 31 décembre 2013, l'effectif moyen des SSTI était de 28,8 ETP.

En 2012, d'après l'analyse des données transmises par 8 régions, portant sur 100 SSTI, l'équipe pluridisciplinaire de santé au travail dans les SSTI est constituée de :

- 38 % de médecins du travail (49 % en 2011) ;
- 5 % d'infirmiers en santé travail (5 % en 2011) ;
- 8,5 % d'IPRP internes (8 % en 2011) ;
- 48,5 % (38 % en 2011) de personnels administratifs contribuant à l'équipe pluridisciplinaire dont 8 % d'assistants en santé travail (ASST), nouveau métier mis en place depuis la réforme de la médecine du travail de 2012.

Il est rappelé que l'équipe pluridisciplinaire de santé au travail n'est obligatoire que pour les SSTI.

Par rapport aux chiffres rapportés en 2011 et en 2012, l'on constate une augmentation de la part des infirmiers en santé travail et des IPRP. À la suite de la mise en place de la réforme de la médecine du travail, l'on constate la montée en puissance de la proportion d'ASST, qui viennent renforcer les effectifs de l'équipe pluridisciplinaire des SSTI. Des recrutements d'infirmiers et d'IPRP ont également été rapportés par diverses régions. Malgré leur hétérogénéité en termes de nombre, de fonctionnement et de formation, le nouveau métier d'assistants de service de santé au travail (ASST) est salué comme une avancée de la réforme, notamment pour leur action auprès des petites entreprises.

Le fait que les SSTI utilisent des dénominations variables pour les différents personnels constituant l'équipe pluridisciplinaire (secrétaires, assistantes, conseillères en santé au travail, intervenants en santé au travail, IPRP, etc.) rendent difficile leur comptabilisation précise. Une clarification pourrait être apportée lors de l'élaboration des nouveaux modèles de RAF

et de RAM, ce qui permettra notamment une remontée plus précise de la répartition des effectifs au sein de l'équipe pluridisciplinaire.

Les médecins du travail occupent une nouvelle mission d'animation et de coordination de l'équipe pluridisciplinaire. La plupart des régions indiquent une mise en place progressive du fonctionnement de la pluridisciplinarité et du rôle d'animation et de coordination de l'équipe par le médecin du travail. Il est cependant trop tôt pour en mesurer l'impact en termes de santé publique.

Les internes en santé travail

Selon les données communiquées par les MIT sur l'activité de 2012, 36 % de l'ensemble des SSTI ont accueilli des internes en santé au travail, soit 52 internes en santé travail dans les 182 SSTI analysés.

Les collaborateurs médecins

En 2011 (données publiées en 2012), les médecins inspecteurs du travail avaient identifié, dans 4 régions, 51 médecins qui exerçaient la médecine du travail sans les diplômes requis, en particulier dans une région où ils représentaient 18 % des praticiens de services interentreprises.

La réforme de la santé au travail a créé le statut de collaborateur médecin, qui figure à l'article R. 4623-25 du Code du travail, afin de faciliter les passerelles vers la spécialité de médecine du travail. Ces médecins, non encore qualifiés médecins spécialistes en médecine du travail, doivent s'engager dans une formation universitaire leur permettant de prétendre à la qualification ordinale en médecine du travail. Au sein du SST, le collaborateur médecin est encadré par un médecin qualifié en médecine du travail.

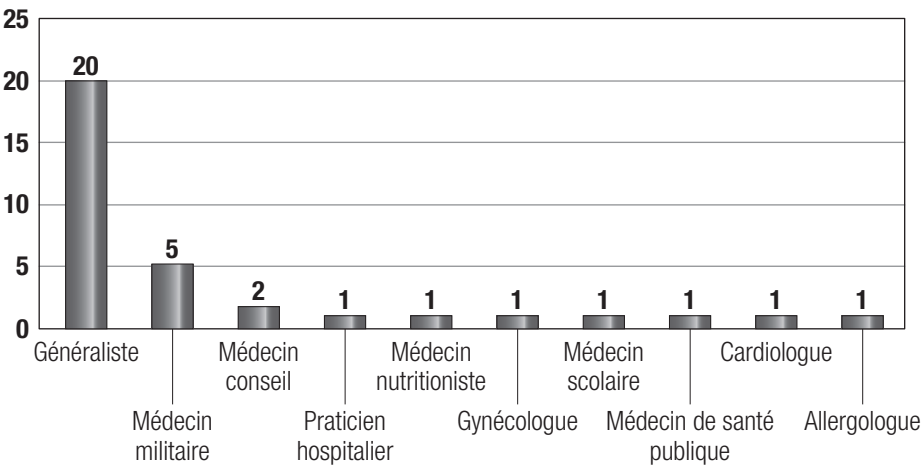
Selon les données rapportées par les MIT au 31 décembre 2012, les 94 collaborateurs médecins, représentant 89 ETP, soit 3,1 % des effectifs médicaux identifiés dans les SSTI de 19 régions, se sont engagés à suivre la formation mise en place à partir de l'année universitaire 2013-2014.

Par ailleurs, le recrutement progressif de collaborateurs médecins a été constaté à partir de septembre 2013. Au 31 décembre 2013, l'on dénombre ainsi 145 collaborateurs médecins (correspondant à 144 ETP) embauchés dans un SST et également inscrits dans une université française, soit une hausse de 62 % par rapport à l'année précédente.

Ces collaborateurs médecins ont un âge moyen de 50 ans et viennent essentiellement de la médecine générale (59 %) ou militaire (15 %) comme le montre le graphique ci-dessous :

Formation d'origine des collaborateurs médecins

(sur un échantillon de 33 médecins exerçant en SSTI)



Source : données au 31 décembre 2013 transmises par les DIRECCTE dans le cadre du bilan de la réforme de la médecine du travail.

Enfin, 68 MT maîtres de stage dans 13 régions ont été recensés en 2012 (données MIT recueillies en 2013) afin d'encadrer ces futurs médecins du travail, internes en médecine du travail ou collaborateurs médecins.

Les infirmiers

Les données pour l'activité 2012 (communiquées en 2013), recueillies sur 20 régions (soit 271 SSTI) dénombrent 610 infirmiers en SSTI.

Parmi les évolutions apportées par la réforme de la médecine du travail, l'obligation faite aux SSTI de recruter au moins un infirmier au sein de chaque équipe pluridisciplinaire de santé au travail et la mise en place d'entretiens infirmiers constituent des avancées significatives.

Selon les informations communiquées par les DIRECCTE, au 31 décembre 2013, l'on compterait 818 infirmiers salariés (soit 779 ETP) dans les 267 SSTI. Plus de 75 % des services auraient ainsi recruté des infirmiers depuis l'entrée en vigueur de la réforme de la médecine du travail au 1^{er} juillet 2012.

Les intervenants en prévention des risques professionnels

Les données transmises par les MIT sur 20 régions (soit 271 SSTI) pour l'activité 2012, font état de 929 intervenants en prévention des risques professionnels (IPRP) en SSTI.

La réforme issue de la loi du 20 juillet 2011 modifie en profondeur le cadre d'action des IPRP qui se sont vus confier de nouvelles missions (réalisation de diagnostic, conseil, etc.). Les IPRP sont une composante essentielle et obligatoire de l'équipe pluridisciplinaire.

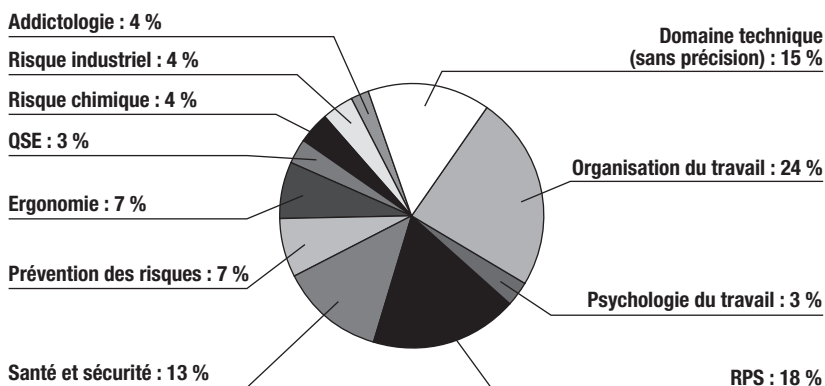
Selon les remontées d'information des DIRECCTE, il y aurait, au 31 décembre 2013, 1 116 IPRP (soit 1 029 ETP) dans les 267 SSTI. 92 % des SSTI auraient recruté un IPRP depuis l'entrée en vigueur de la réforme. L'on observe donc une tendance à l'augmentation du nombre des IPRP au sein des SSTI depuis la mise en place de la réforme. Les effectifs d'IPRP augmentent ainsi de 11 % entre 2012 et 2013.

Les IPRP externes ou enregistrés

Les IPRP non employés par des SSTI doivent être enregistrés par la DIRECCTE, cet enregistrement se substituant à l'ancienne habilitation.

Au 31 décembre 2013, selon les remontées d'information des DIRECCTE, 1 121 personnes physiques (soit 91 % des IPRP enregistrés) et 115 personnes morales (9 %) étaient enregistrées et se répartissaient comme suit selon les principaux domaines d'activité :

Domaines d'activité des IPRP enregistrés au 31 décembre 2013



Source : données au 31 décembre 2013 transmises par les DIRECCTE dans le cadre du bilan de la réforme de la médecine du travail.

L'assistant de service de santé au travail (ASST)

L'assistant de service de santé au travail (ASST) est un nouveau métier, introduit par l'article L. 4622-8 du Code du travail, qui ne se substitue pas à l'IPRP puisque c'est un professionnel qui apporte une assistance administrative à l'ensemble des membres pluridisciplinaires dans les SSTI. Il peut contribuer à repérer les dangers et à identifier les besoins en santé au travail, en priorité dans les entreprises de moins de vingt salariés, en lien étroit avec

les autres membres de l'équipe pluridisciplinaire. Il a vocation à jouer un rôle de relai des politiques de prévention des risques professionnels.

Les données transmises par les MIT sur 17 régions (soit 229 SSTI) pour l'activité 2012, font état de 957 ASST en SSTI.

Au 31 décembre 2013, selon les remontées d'information des DIRECCTE, l'on compterait 1 377 ASST (1 278 ETP), soit une augmentation de 44 % des effectifs entre 2012 et 2013. Plus de 65 % des 267 SSTI auraient recruté des ASST dans le prolongement de la réforme du 20 juillet 2011. Il convient néanmoins d'être très prudent quant à la fiabilité de ces chiffres puisque les secrétaires médicales n'ont pas toujours été comptabilisées dans cette catégorie alors même qu'elles en font partie.

En outre, une grande hétérogénéité en termes de nombre, mode de fonctionnement et compétence est constatée selon les régions ainsi que des niveaux de formation très variables

Conclusion

Au total, l'on peut observer une dynamique de recrutement de personnel autre que médical dans les SSTI. Il s'agit de faire face à la diminution du nombre de médecins du travail et de mettre à la disposition du médecin du travail les compétences d'une équipe pluridisciplinaire à laquelle il peut confier certaines activités, sous sa responsabilité (article R. 4623-14 du Code du travail). En termes d'effectifs, l'augmentation du nombre de recrutements concerne principalement les ASST.

L'on observe également une tendance à l'augmentation forte du nombre de collaborateurs médecins inscrits à la formation universitaire pour obtenir la qualification de spécialiste en médecine du travail.

3.4. L'ACTIVITÉ DES MÉDECINS DU TRAVAIL

Les actions sur le milieu de travail

Répartition des interventions

D'après les données issues de l'analyse des RAM pour 2012 (transmis en 2013), 15 % des entreprises suivies ont fait l'objet de visites par les médecins du travail des SSTI. Ce chiffre est en légère augmentation par rapport au taux observé en 2011, soit 13,2 %.

Répartition des conseils délivrés en entreprise

Conseils délivrés	2010	2011	2012
Organisation du travail	19 %	17 %	17 %
Protection collective	17 %	18 %	16 %
Conditions de travail	23 %	18 %	21 %
Équipements de protection individuelle (EPI)	20 %	19 %	17 %
Formation	n.c.	6 %	n.c.
Autres conseils	21 %	22 %	31 %

Source : données issues des RAM transmis aux MIT.

En 2012, l'on observe une augmentation des conseils "autres" et portant sur l'analyse des conditions de travail par rapport à ceux concernant les équipements de protection individuelle, la protection collective et l'organisation du travail, qui accusent une diminution proportionnelle modérée. S'agissant des conseils portant sur l'organisation du travail et les conditions de travail, la part de ces activités reste stable par rapport aux années précédentes.

Fiches d'entreprises

Les données issues de l'analyse des RAM pour 2012 (transmis aux MIT en 2013) montrent que, sur 9 régions, 25,6 % des entreprises suivies disposent d'une fiche d'entreprise (fiche d'entreprise existante, créée ou mise à jour), sur laquelle figurent notamment les expositions professionnelles et les effectifs de salariés exposés. Cette proportion d'entreprises disposant d'une fiche d'entreprise est en hausse par rapport à 2011, où elle était de 22 %.

Parmi ces fiches, 15,5 % (contre 22,5 % en 2011) ont été mises à jour ou créées pour les entreprises visitées en 2012.

Le suivi individuel de l'état de santé des salariés

Répartition globale des visites médicales (tout type de service de santé au travail)

L'analyse comparative 2010-2011-2012 de la répartition globale des visites médicales pour tous les types de service de santé au travail montre que la répartition des différentes visites demeure assez stable sur la période.

Répartition des visites médicales

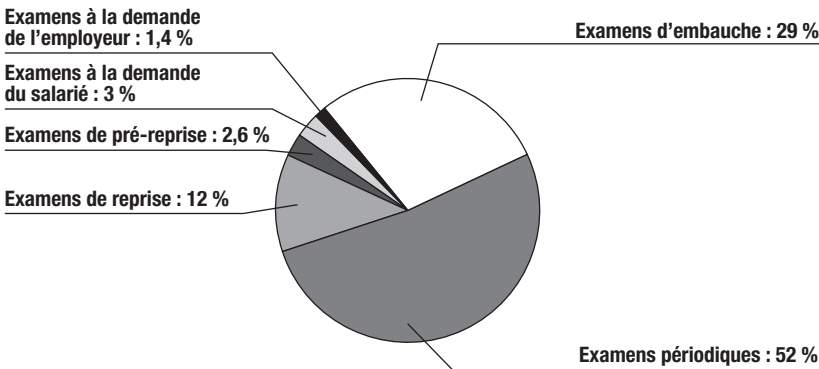
	2010	2011*	2012 **
Visites d'embauche	31 %	30 %	29 %
Visites périodiques	51 %	50 %	52 %
Visites de reprise	12 %	13 %	12 %
Autres	6 %	7 %	7 %

Source : données issues des RAM.

*Données des RAM sur 18 régions.

**Données des RAM sur 11 régions, correspondant à un total de 5 669 946 visites médicales.

Répartition des visites médicales effectuées en 2012



Source : données issues des RAM.

Répartition des examens médicaux cliniques effectués selon le type de service de santé au travail

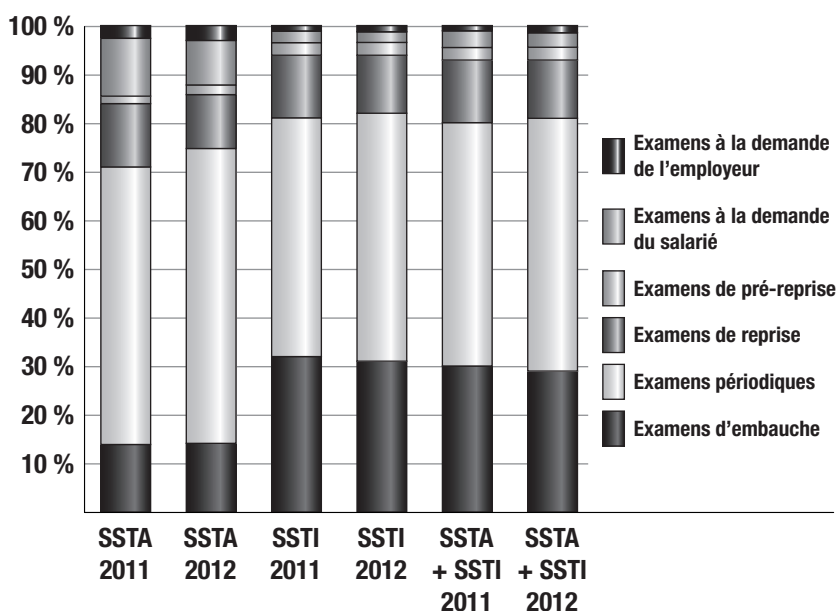
Répartition des examens médicaux par type de SST

	SSTA 2011	SSTA 2012	SSTI 2011	SSTI 2012	SSTA + SSTI 2011	SSTA + SSTI 2012
Examens d'embauche	14 %	14 %	32 %	31 %	30 %	29 %
Examens périodiques	57 %	60 %	49 %	51 %	50 %	52 %
Examens de reprise	13 %	11 %	13 %	12 %	13 %	12 %
Examens de pré-reprise	1,5 %	2,0 %	2,5 %	2,6 %	2,5 %	2,6 %
Examens à la demande du salarié	12,0 %	9,0 %	2,5 %	2,2 %	3,5 %	3,0 %
Examens à la demande de l'employeur	2,5 %	3,0 %	1,0 %	1,2 %	1,0 %	1,4 %
Dont SMR	16,5 %	27,6 %	13,0 %	17,3 %	13,5 %	18,4 %

Source : données issues des RAM 2011 et 2012.

La répartition des visites médicales, y compris par type de SST, demeure relativement stable entre 2011 et 2012. La part des visites d'embauche recule légèrement au profit des visites périodiques et des visites de pré-reprise, qui augmentent légèrement. Les visites à la demande de l'employeur progressent de même légèrement.

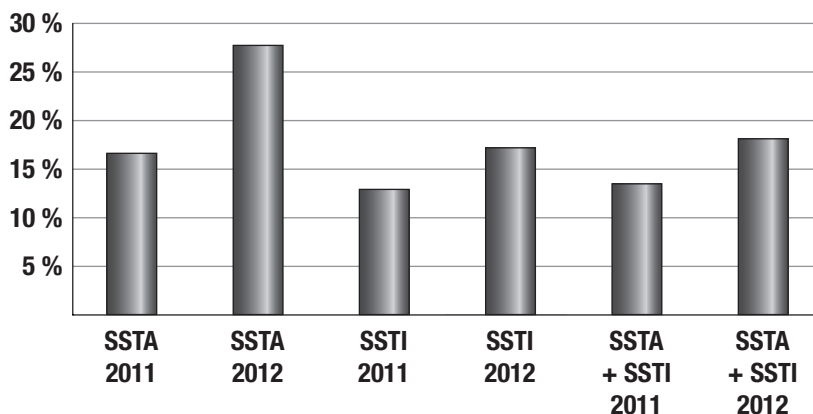
Évolution de la répartition des examens médicaux par type de SST



Source : données issues des RAM 2011 et 2012.

L'évolution la plus remarquable entre 2011 et 2012 est la hausse des visites dans le cadre de la surveillance médicale renforcée (SMR), tant dans les SSTI que dans les SSTA.

Part des examens médicaux dans le cadre de la SMR



Source : données issues des RAM 2011 et 2012.

Plusieurs régions (Auvergne et Île-de-France) soulignent une augmentation du nombre de visites de pré-reprise, dans le cadre de la politique de prévention de la désinsertion professionnelle.

Conséquences des visites médicales

Le nombre total d'avis rendus par les médecins du travail en 2012 s'élève à 9 453 344 pour 20 régions étudiées (données issues des RAM).

Les conséquences détaillées par type de visites ne sont disponibles que pour 14 régions, dans lesquelles 6 486 442 avis ont été rendus par les médecins du travail en 2012.

Conséquences des visites médicales (tous types de service de santé au travail)

		2010	2011	2012
Visites d'embauche	Apte	98,0 %	98,5 %	97,8 %
	Apte avec restriction ou aménagement de poste	1,8 %	1,4 %	2,1 %
	Inapte	0,2 %	0,1 %	0,1 %
Visites périodiques	Apte	96,0 %	96,1 %	95,2 %
	Apte avec restriction ou aménagement de poste	3,9 %	3,6 %	4,6 %
	Inapte	0,1 %	0,3 %	0,2 %
Visites de reprise	Apte	72,0 %	64,0 %	68,6 %
	Apte avec restriction ou aménagement de poste	23,0 %	24,0 %	25,2 %
	Inapte	5,0 %	12,0 %	6,2 %
Autres	Apte	69,0 %	62,0 %	67,4 %
	Apte avec restriction ou aménagement de poste	27,0 %	25,0 %	25,5 %
	Inapte	4,0 %	13,0 %	7,1 %

Source : données issues des RAM (échantillon de 14 régions).

Globalement, l'on observe peu de variations dans les décisions d'aptitude émises par les médecins du travail sur la période, à l'exception des avis d'inaptitude émis lors de visites de reprise et des autres visites, qui affichent une baisse entre 2011 et 2012, et des visites d'embauche et de reprise, pour lesquelles l'on constate une légère augmentation des aptitudes avec restriction ou aménagement de poste par rapport à 2010 et à 2011.

Contestations des avis médicaux d'aptitude et d'inaptitude en 2013

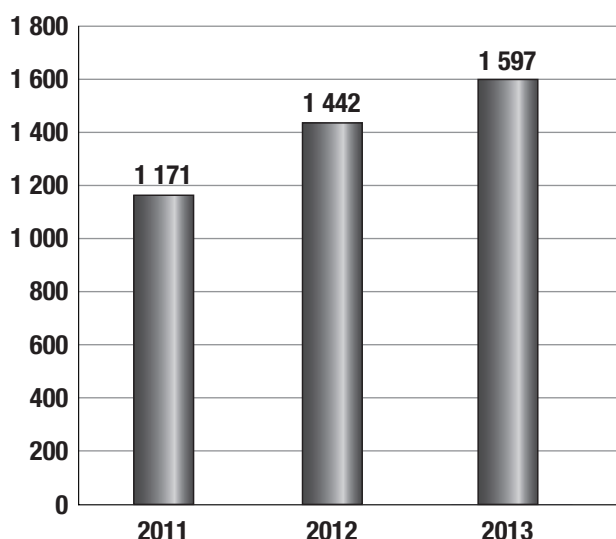
Aux termes de l'article L. 4624-1⁽¹¹⁾ du Code du travail, en cas de difficulté ou de désaccord sur les avis et propositions individuels rendus par le

11) Article L. 4624-1 Code du travail : "le médecin du travail est habilité à proposer des mesures individuelles telles que mutations ou transformations de postes, justifiées par des considérations relatives notamment à l'âge, à la résistance physique ou à l'état de santé physique et mentale des travailleurs. L'employeur est tenu de prendre en considération ces propositions et, en cas de refus, de faire connaître les motifs qui s'opposent à ce qu'il y soit donné suite. En cas de difficulté ou de désaccord, l'employeur ou le salarié peut exercer un recours devant l'Inspecteur du travail. Ce dernier prend sa décision après avis du médecin inspecteur du travail".

médecin du travail, l'employeur ou le salarié peuvent exercer un recours devant l'Inspecteur du travail qui prend sa décision après avis du MIT.

Dans ce cadre, 1 597 avis de médecins du travail sur 20 régions ont été contestés auprès de l'inspection du travail. Après ajustement sur le nombre de régions ayant fourni des informations sur cette question, ces contestations correspondent en 2013 à 0,016 % des avis médicaux rendus environ (contre 0,014 % en 2012) et sont en constante augmentation depuis ces dernières années.

Évolution du nombre de contestations des avis des médecins du travail entre 2011 et 2013



Source : données des MIT sur 20 régions.

3.5. LES SERVICES DE SANTÉ ET DE SÉCURITÉ AU TRAVAIL EN AGRICULTURE

Les caractéristiques de la population à surveiller

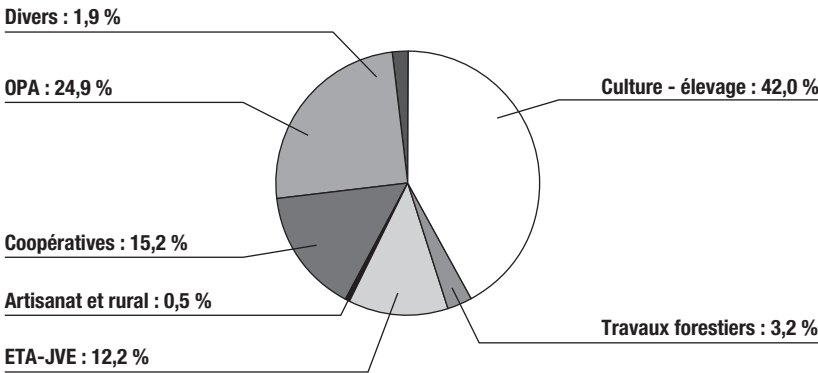
Entre 2004 et 2011, l'on observe une baisse de 5,5 % de l'effectif total des salariés agricoles (toutes durées de travail confondues), avec une légère augmentation en 2009 (+ 0,2 %), une baisse en 2010 (- 2,2 %) et à nouveau une augmentation en 2011 (+ 0,8 %).

	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Total de salariés	1 643 792	1 635 134	1 599 420	1 577 911	1 571 465	1 575 145	1 541 023	1 552 891
Évolution/année antérieure en %	- 1,6	- 0,5	- 2,2	- 1,3	- 0,4	0,2	- 2,2	0,8
Salariés ayant travaillé au moins 40 jours par an	857 101	851 221	841 883	851 796	852 976	844 763	839 920	849 736
Évolution/année antérieure en %	- 1,6	- 0,7	- 1,1	- 1,2	0,1	- 1,0	- 0,6	1,2

Source : MSA.

Le nombre de salariés ayant travaillé plus de 40 jours par an est en hausse de + 1,2 % par rapport à 2010. Ce nombre permet de calculer l'effectif théorique de médecins du travail assurant la surveillance des salariés agricoles conformément aux dispositions de l'article R. 717-51-2 du Code rural et de la pêche maritime.

Répartition des salariés par secteurs professionnels (année 2011)



Source : MSA.

Les caractéristiques des entreprises agricoles par secteurs professionnels en 2011

178 030 entreprises agricoles sont dénombrées pour 2011, soit une augmentation de 0,1 % par rapport à l'année précédente (177 851). Ce sont les entreprises du secteur culture-élevage qui connaissent la plus forte augmentation.

Répartition des entreprises agricoles par secteurs professionnels en 2011

	Culture-élevage	Travaux forestiers	ETA-JVE ^(a)	Artisanat et rural	Coopératives	OPA ^(b)	Divers	TOTAL
Entreprises agricoles	130 471	5 569	22 063	1 533	4 748	6 919	6 727	178 030

Source : données de l'Observatoire économique et social (OES) de la Mutualité sociale agricole (MSA).

^(a) entreprises de travaux agricoles et jardins et espaces verts.

^(b) organisations professionnelles agricoles.

Cette évolution est différenciée en fonction de la taille des entreprises. Elle est de :

- + 0,1 % pour les entreprises de moins de 10 salariés (143 593 contre 143 522 en 2010) ;
- + 0,3 % pour les entreprises de 10 à 49 salariés (30 323 contre 30 239 en 2010) ;
- + 0,6 % pour les entreprises de 50 salariés et plus (4 114 contre 4 090 en 2010).

Les moyens et le pilotage des services de santé et de sécurité au travail

Le financement de la santé au travail pour les salariés agricoles est assuré par une cotisation “médecine du travail”, à la charge des employeurs, dont le taux national a été fixé à 0,42 % de la masse salariale en 2012. Ce budget permet d'assurer la mise en œuvre des dispositions relatives à la santé au travail par les sections organisées au sein de l'organisme de sécurité sociale des professions agricoles. Un réseau de 35 services, créés dans chaque caisse de la Mutualité sociale agricole (MSA), est constitué et coordonné par l'échelon national de santé et de sécurité au travail de la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole (CCMSA).

Aucun service autonome n'est enregistré en agriculture.

En 2012, la santé au travail est assurée par 396 médecins du travail (318,5 ETP) et 400 membres du personnel administratif (308,9 ETP). Le nombre d'administratifs pour un médecin est inférieur à 1 (0,94), soit un ratio en baisse par rapport à 2011. Par rapport à 2011, l'effectif de médecins du travail a en effet augmenté plus rapidement (+ 4,9 %) que celui des personnels administratifs (+ 2,3 %). En ce qui concerne le personnel infirmier, 6 infirmiers sont en place en 2012. L'objectif est d'attendre un effectif de 140 infirmiers en 2015.

Ont également été accueillis au sein de la MSA en 2012 : 28 médecins stagiaires en formation à l'Institut national de la médecine agricole (INMA) et 10 internes en médecine du travail préparant un diplôme d'études spécialisées.

Une spécificité agricole de la réforme de la médecine du travail menée en 2012 a permis de réunir au sein d'un même service les missions de santé au travail et celles de gestion et de promotion de la prévention des risques professionnels concernant les salariés et les non-salariés agricoles. La prévention des risques professionnels comprend un réseau de 256,1 ETP conseillers en prévention et de 67,4 ETP assistants.

L'échelon national de santé et de sécurité au travail, au sein de la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole (CCMSA), est constitué :

- d'un collège médical, qui se composait en 2011 de 4 médecins du travail ;
- du département de la prévention des risques professionnels, composé d'un responsable, de 11 conseillers nationaux en prévention des risques professionnels et chargés d'études et de 3 secrétaires ;
- d'un département expertise, pilotage et suivi budgétaire, au sein de la direction de la santé et de la sécurité au travail, composé de 2 responsables et de 12 chargés de mission, chargés d'études et secrétaires.

Cet échelon national de santé et de sécurité au travail assure la coordination des services de santé et de sécurité au travail. Il propose et assure le suivi des priorités d'actions nationales en santé et sécurité au travail, en liaison étroite avec les partenaires sociaux agricoles, qui sont consultés dans le cadre d'une formation restreinte de la Commission spécialisée du Conseil d'orientation sur les conditions de travail chargée des questions relatives aux activités agricoles, prévue à l'article R. 4641-22 du Code du travail.

Ainsi, l'action des services de santé et de sécurité au travail est mise en œuvre autour des axes de développement nationaux (ADN) et des axes mutualisés d'intervention (AMI), définis au niveau national par le Plan santé et sécurité au travail 2011-2015 (PSST), adopté par la CCMSA en 2010. Ils sont déclinés dans chaque service de santé et de sécurité au travail. Il s'agit de priorités coordonnées avec celles du Plan santé au travail pour 2010-2014 (PST 2), pour lesquelles la MSA souhaite obtenir des résultats significatifs, tant en termes qualitatifs que quantitatifs et pour lesquelles un certain nombre d'indicateurs ont été définis dans le volet santé et sécurité au travail de la Convention d'objectifs et de gestion 2011-2015 signée entre la CCMSA et l'État.

Les rapports d'activités des services sont renseignés selon ces priorités, à savoir :

- les 6 axes de développement nationaux (ADN), qui sont : le risque chimique (substances cancérogènes, mutagènes et toxiques pour le reproduction – CMR – et phytosanitaires), les troubles musculo-squelettiques (TMS), les risques psychosociaux (RPS), les risques liés aux animaux et les zoonoses, les risques liés aux équipements de travail agricoles et les risques dans les très petites entreprises (TPE).
- les 6 axes mutualisés d'intervention (AMI), qui sont : le risque routier professionnel, les nouveaux installés (NI), les saisonniers, les acteurs de prévention des grandes entreprises, les travailleurs vieillissants et l'enseignement agricole.

Le bilan d'activité national de ces services est réalisé par l'échelon national.

Les actions en milieu de travail

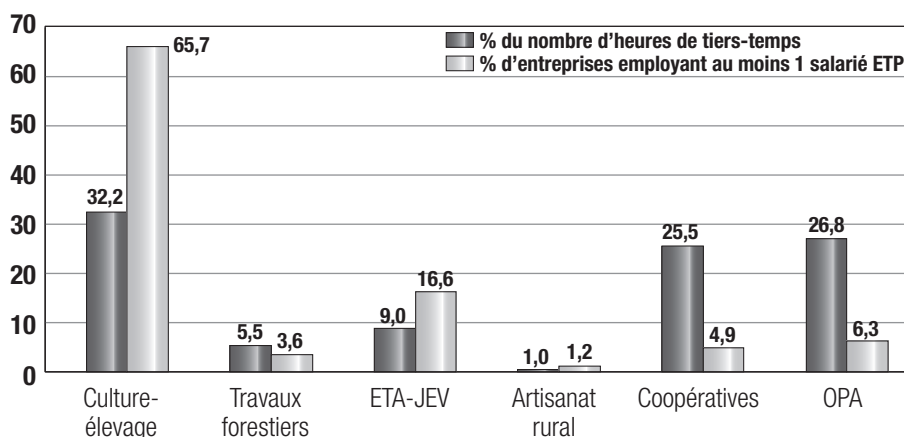
Pour l'année 2012, 318,5 médecins du travail (en ETP) ont consacré 66 185 heures aux actions collectives ou en milieu de travail pour les salariés agricoles, soit une estimation d'environ 17,5 % de leur temps d'activité. Ce ratio est stable par rapport à celui constaté en 2011.

17 876 actions collectives sont recensées, soit une hausse de 11,2 %, qu'il faut interpréter avec prudence en raison d'un mode de collecte trimestriel, amenant parfois à compter plusieurs fois une action. Elles comprennent essentiellement des études de postes, des enquêtes et des mesures (environ 50 % des actions) ou encore des réunions (25 %).

En nombre d'heures consacrées à des actions de tiers-temps, trois secteurs professionnels arrivent en tête : culture-élevage (32,2 %), organisations professionnelles agricoles (OPA) (26,8 %) et coopératives (25,5 %), qui réunissent 84,5 % du temps dédié aux actions en milieu de travail.

Si l'on rapporte ces temps d'intervention aux pourcentages d'entreprises employant au moins un salarié et plus, les secteurs OPA et coopératives sont sur-représentés, de manière récurrente tous les ans. Ceci s'explique *a priori* par une organisation plus facile des actions en milieu du travail dans les grandes entreprises, qui sont plus nombreuses dans ces secteurs.

Répartition du temps consacré aux actions de tiers-temps et du nombre d'entreprises employant au moins un salarié par secteur d'activité agricole en 2012



Source : données MSA.

En termes de nombre d'actions, l'on retrouve en 2012 une répartition similaire à celle constatée pour l'année 2011 pour les secteurs artisanat rural, culture-élevage, entreprises de travaux agricoles et jardins et espaces verts (ETA-JEV) et travaux forestiers, qui bénéficient principalement d'études,

des mesures et des enquêtes avec des analyses de postes. En revanche, l'on observe une fréquence accrue des réunions, notamment de Comités d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT), en particulier pour les OPA et les coopératives.

Répartition du nombre d'actions par type d'action et par secteur en 2012

Nombre d'actions et type en %	Culture- élevage	Travaux forestiers	ETA, jardinerie, Paysagisme	Artisanat rural	Coopératives	OPA	Divers	Secteurs multiples	Total des actions
Études mesures enquêtes	68,1	62,4	57,8	73,8	45,9	43,0	40,6	23,4	49,2
Réunions	16,4	21,1	18,5	16,7	41,0	39,8	18,2	9,4	25,6
Formation et éducation sanitaire professionnelle	4,3	3,9	7,0	0,8	2,4	3,9	8,5	11,0	5,2
Secourisme	0,1	0,3	0,3	0,0	0,1	0,1	0,2	0,0	0,1
Pilotage de plans (PSST/PRST/PRSE*)	0,5	0,6	0,4	0,8	0,3	0,6	1,3	13,6	2,3
Autres tiers-temps	10,6	11,7	16,0	7,9	10,3	12,6	31,2	42,6	17,6
Total	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Dont répartition du nombre d'actions collectives par secteur	25,8	4,1	7,2	0,7	19,6	20,7	8,3	13,6	100,0

*Plan santé et sécurité au travail, Plans régionaux de santé au travail, Plans régionaux de santé environnement.
Source : MSA.

Le tableau ci-après compare la part relative du nombre d'actions et du temps qui leur est consacré : les actions de formation et d'éducation sanitaire professionnelle poursuivent une tendance à la baisse déjà observée en 2011 (- 0,4 point en nombre d'actions ; - 0,7 point en nombre d'heures).

Répartition des actions en milieu de travail par type (en nombre d'actions et en heures)

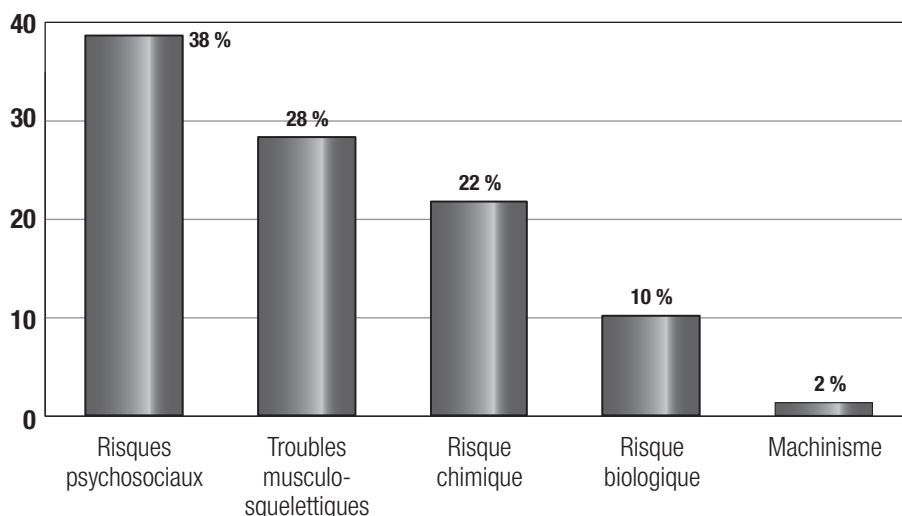
Type d'action en heures	% d'actions en 2011	% d'actions en 2012	% d'heures en 2011	% d'heures en 2012
Études mesures enquêtes	43,6	43,6	48,7	49,2
Reunions	25,6	27,6	24,7	25,6
Formation et éducation sanitaire professionnelle	8,6	8,2	5,9	5,2
Secourisme	0,2	0,1	0,3	0,1
Pilotage des plans (PSST/PRST/PRSE)	4,3	3,3	2,9	2,3
Autres tiers-temps	17,7	17,2	17,5	17,6
TOTAL	100,0	100,0	100,0	100,0

Source : MSA.

En 2012, les médecins du travail ont consacré 2 384 jours aux axes de développement nationaux (ADN) du PSST 2011-2015 : TMS, risque chimique (phytosanitaires et CMR), risques liés aux animaux et zoonoses, risques liés aux équipements de travail agricole, RPS.

Par exemple, l'activité de tiers temps consacrée à l'ADN RPS par les médecins du travail en 2012 représente 38 % du temps consacré aux 5 ADN présentés dans le graphique ci-dessous.

Ventilation de l'activité de tiers-temps des médecins du travail selon les 5 ADN du PSST 2011-2015 pour l'année 2012



Source : MSA.

Du fait de la structure des données, l'information concernant l'ADN TPE se trouve ventilée sur les autres priorités du plan. En 2012, les médecins du travail ont consacré 924 jours aux actions en direction des entreprises de moins de 10 salariés, ce qui représente 9,8 % de l'activité de tiers-temps des médecins du travail.

L'activité des médecins du travail des MSA sur les 6 AMI du PSST 2011-2015 représente, en 2012, 392 jours. Elle se ventile sur les 5 AMI s'adressant aux salariés de la manière suivante :

- 26 % pour les travailleurs vieillissants ;
- 25 % pour l'enseignement agricole ;
- 21 % pour le risque routier professionnel ;
- 17 % pour les acteurs de prévention en grandes entreprises ;
- 11 % pour les saisonniers.

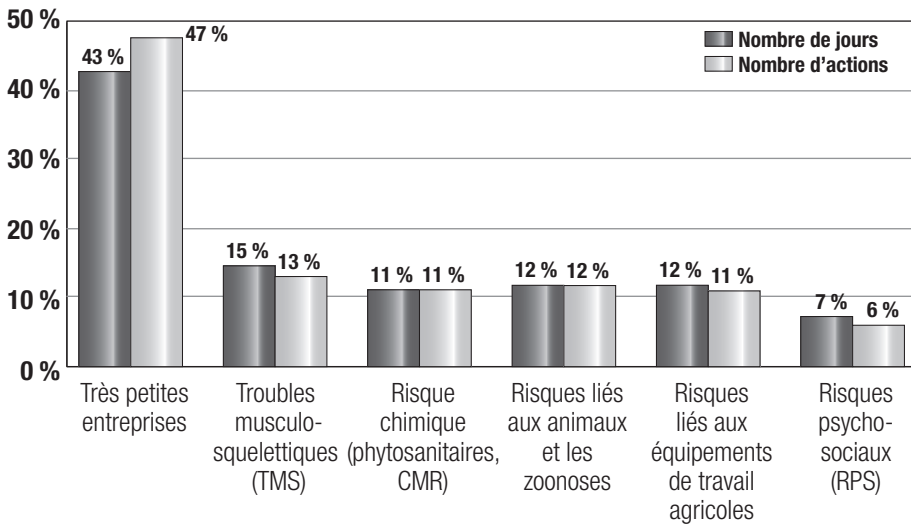
Activité de gestion et de promotion de la prévention des risques professionnels

En complément des actions en milieu de travail réalisées par les médecins du travail, les conseillers en prévention des risques professionnels et assistants des services de santé et de sécurité au travail ont consacré 23 380 jours

et 24 082 actions aux priorités du PSST (axes de développement nationaux, axes mutualisés d'intervention et actions locales prioritaires) au cours de l'année 2012.

Plus de 50 % de leur temps (en jours) a été consacré aux 6 axes de développement nationaux (risque chimique, TMS, RPS, risque machine, risque animal et zoonoses, TPE), dont 43 % en faveur des entreprises de moins de 10 salariés. Le graphique ci-dessous présente la ventilation de l'activité (en nombre de jours et d'actions) des conseillers en prévention et des assistants sur les 6 ADN du PSST pour l'année 2012.

Ventilation de l'activité des services de prévention des risques professionnels du réseau MSA selon les ADN du PSST 2011-2015 pour l'année 2012



Source : MSA.

L'ADN "Très petites entreprises" est un ADN transverse. En 2012, une nette majorité du temps des services est dévolu à cet ADN par rapport aux autres axes.

En 2012, l'activité a notamment porté sur le déploiement auprès de l'ensemble des équipes en santé sécurité au travail (SST) d'un protocole expérimental d'Aide financière simplifiée agricole (AFSA). Préalablement testé par les équipes en SST de 10 MSA entre octobre 2010 et juin 2011, il a été présenté lors d'une journée nationale, le 19 mars 2012. Ce dispositif d'aide rapide et simplifiée a été mis en place à la suite d'une demande des partenaires sociaux agricoles (accord du 23 décembre 2008 relatif à l'amélioration des conditions de travail en agriculture). Il permet d'accompagner les entreprises de 0,5 à 10 salariés dans leurs projets d'investissements en

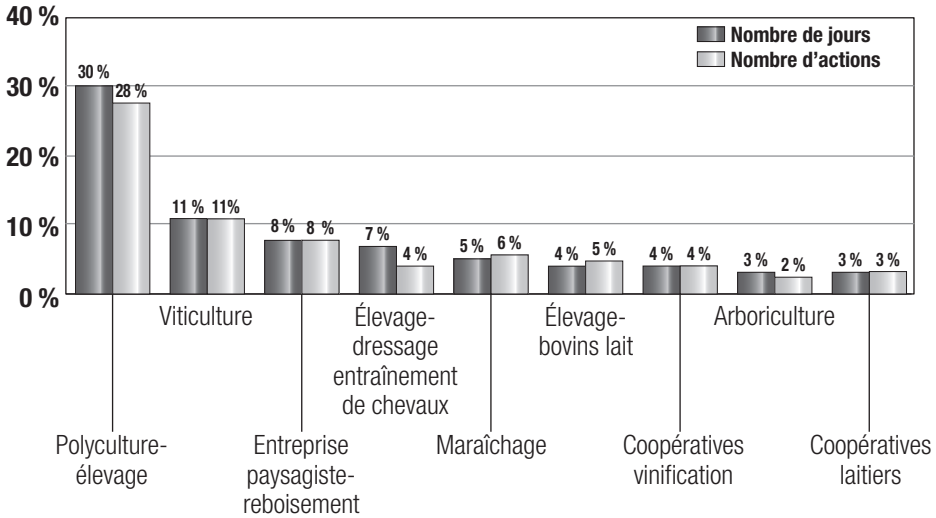
prévention des risques professionnels dans le cadre des objectifs prioritaires suivants, définis pour 4 ans par les partenaires sociaux agricoles :

- risque TMS : prévenir les risques de TMS relatifs aux membres supérieurs ;
- risque machine : aménager les équipements de travail mobiles afin de prévenir les risques machines et les risques liés à leur déplacement ;
- risque animal : prévenir les risques liés aux interventions directes auprès des animaux ;
- risque chutes de hauteur : prévenir les risques de chutes de hauteur liés au levage des personnes et/ou aux déplacements des travailleurs en mettant en place des mesures de protections collectives.

Pour l'année 2012, le budget national alloué aux AFSA s'est élevé à 1,29 million d'euros. Du fait du démarrage de ce nouvel outil au deuxième trimestre, du temps nécessaire à son appropriation par les équipes de conseillers et à sa diffusion auprès des entreprises, environ 400 AFSA ont été accordées aux TPE sur l'année 2012, notamment dans les secteurs de la polyculture-élevage (35 %), des cultures spécialisées, de la viticulture et du secteur du paysage pour 15 % chacun. 78 % des AFSA ont été attribuées à des entreprises de moins de 5 salariés (en ETP). Ces 400 AFSA ont cofinancé plus de 600 mesures de prévention dont :

- 57 % relatives à la prévention du risque des TMS ;
- 17 % consacrées à la prévention du risque chute de hauteur ;
- 16 % consacrées à la prévention du risque animal ;
- 10 % relatives à la prévention du risque machine.

Répartition de l'activité des services de prévention des risques professionnels par secteurs visés dans le cadre de l'ADN TPE



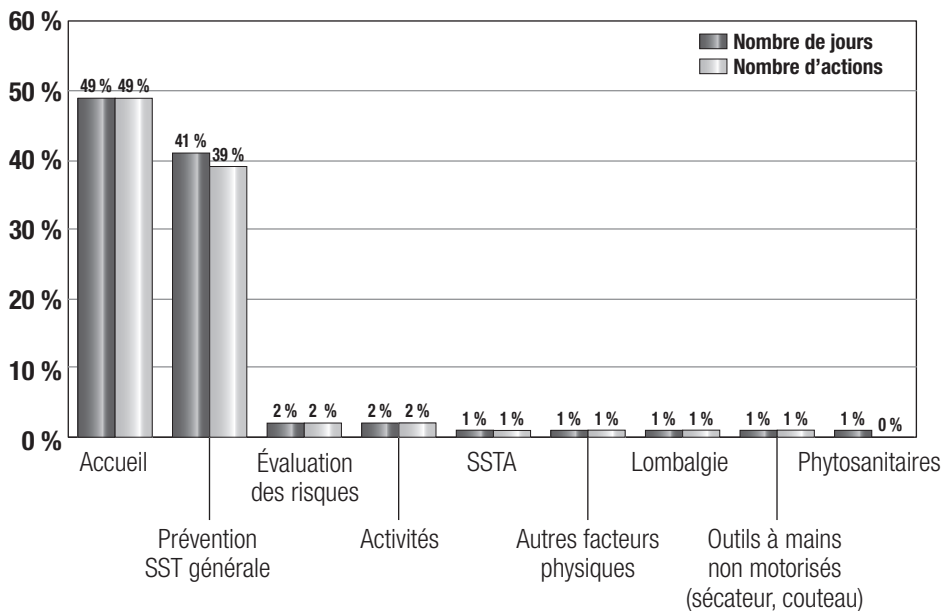
Source : MSA.

Les services de prévention des risques professionnels ont, en 2012, consacré 27 % de leur temps aux autres priorités du plan, c'est-à-dire aux 6 AMI du PSST (risque routier professionnel, nouveaux installés, saisonniers, acteurs de prévention, travailleurs vieillissants et enseignement agricole).

Au sein de ces AMI, deux axes concentrent 77 % du temps et 89 % des actions mises en place : les axes "Acteurs de prévention en grandes entreprises" (principalement les actions d'accompagnement des CHSCT) et "Enseignement agricole".

5 % de ce temps est consacré à l'axe "saisonniers". Les actions menées dans ce cadre par les conseillers en prévention des risques professionnels et les assistants sont principalement destinées aux secteurs des coopératives de vinification et de la polyculture-élevage (respectivement 52 % et 19 % du temps des services). Elles ont principalement porté, en 2012, sur l'accueil des salariés saisonniers et sur la prévention en santé sécurité au travail (respectivement 49 % et 41 % du temps des services, ainsi que 49 % et 39 % des actions mises en place dans le cadre de cet AMI).

Principaux thèmes abordés dans le cadre des actions relevant de l'AMI "Saisonniers" en 2012



Source : MSA.

La surveillance médicale

En 2012, le nombre de salariés agricoles convoqués était de 400 281 contre 395 124 en 2011, soit une hausse de 1,3 % par rapport à 2011. Le nombre de salariés examinés était de 369 161, soit une baisse de 5,6 % par rapport à 2011 (391 121 salariés examinés).

Répartition des examens médicaux réalisés en 2012 par type et par secteur

		Culture-élevage	Travaux forestiers	ETA - JEV	Artisanat rural	Coopératives	OPA	Divers	Non affectés à un secteur	TOTAL
Salariés ayant travaillé + de 40 jours	Nombre	356 938	26 995	103 958	4 005	129 543	211 842	16 455		849 736
	%	42,0	3,2	12,2	0,5	15,2	24,9	1,9		100,0
Nombre de salariés convoqués	Nombre	133 612	12 818	51 039	1 752	68 013	80 607	8 292	44 148	400 281
	%	37,5	3,6	14,3	0,5	19,1	22,6	2,3		100,0
Nombre de salariés examinés	Nombre	132 671	12 878	50 964	1 745	75 043	79 571	7 940	8 349	369 161
	%	36,8	3,6	14,1	0,5	20,8	22,1	2,2		100,0

Source : MSA.

S'agissant des salariés ayant travaillé au moins 40 jours, qu'ils soient convoqués ou examinés, ils sont issus à près de 60 % des secteurs culture-élevage et OPA, tandis que les salariés des secteurs coopératives, ETA-JEV et travaux forestiers sont légèrement sous-représentés. En effet les salariés employés sont souvent des occasionnels, pour qui seule la visite d'embauche est possible.

Au sein des examens médicaux réalisés en 2012, l'on constate une baisse des catégories suivantes :

- visite d'embauche (- 2,2 % entre 2011 et 2012) ;
- visite de pré-reprise (- 65,6 % entre 2011 et 2012) ;
- visite de reprise (- 1 % entre 2011 et 2012) ;
- examens systématiques (- 8,9 % entre 2011 et 2012).

En revanche, l'on note un triplement des visites à la demande (+ 220 % entre 2011 et 2012).

Toutefois, une comparaison en poids relatif de même nature sur une période de 12 ans (2000-2012) fait apparaître une baisse de 15,4 points des examens systématiques et une progression des examens de reprise (+ 6,2 points), des examens à la demande (+ 6 points), des examens de pré-reprise (+ 1,7 point) et des examens d'embauche (+ 1,7 point).

Pour 2012, l'analyse des examens médicaux effectués montre que :

- 52,6 % des examens systématiques concernent des postes sans risques connus alors que, pour 41,8 % des cas, un risque professionnel et/ou personnel a été identifié. Les examens systématiques étant moins fréquents, ils sont plus ciblés ;
- 69 % des examens d'embauche ont été effectués 1 à 3 mois après la prise du poste ;
- 62,2 % des examens de reprise réalisés le sont à la suite d'une maladie ou d'un accident non professionnels. 21,8 % d'entre eux sont liés à un accident du travail et 4,5 % à une maladie professionnelle ;
- 73,4 % des examens de pré-reprise ont pour motif majeur les suites d'une maladie ou d'un accident non professionnels et 26,6 % sont liés à un accident du travail ou une maladie professionnelle ;
- 30,7 % des examens à la demande sont déclenchés par le médecin du travail et 25,8 % par le salarié, tandis que ceux à l'initiative de l'employeur ne représentent que 16,5 % ;
- 13,4 % des examens sont réalisés au bénéfice de saisonniers. Le dispositif monte en puissance mais ce nombre est certainement sous-estimé en raison d'une saisie non systématique dans le système informatique.

L'on dénombre enfin 3 559 bilans d'exposition de salariés de 50 ans en 2012 contre 2 839 bilans en 2011.

Activité des infirmiers en MSA pour l'année 2012

Type d'action réalisée	Nombre d'actions	En %	Temps consacré (en heures)	En %
Audiométrie	2 008	44,7 %	214	13,7 %
Visionométrie	1 971	43,9 %	164	10,5 %
Vaccinations	218	4,9 %	29	1,9 %
Questionnaire/enquête	65	1,4 %	330	21,1 %
Réunions d'information (tabac, alcool, etc.)	62	1,4 %	438	28,0 %
Spirométrie	62	1,4 %	11	0,7 %
Mesure d'ambiance (bruit, lumière, etc.)	-	0,0 %	-	0,0 %
Autres actions	106	2,4 %	376	24,1 %
TOTAL	4 492	100 %	1 562	100 %

Source : MSA.

En 2012, le personnel paramédical ou administratif en MSA gère quasi systématiquement les statistiques d'activité. Dans 79,4 % des cas, il assure le suivi des examens complémentaires de manière régulière, dans 91,2 % des cas il assure la préparation et le suivi des actions en milieu de travail, de manière régulière dans 55,9 % des cas et de manière occasionnelle dans 44 % des cas.

Les nuisances auxquelles sont exposées les salariés examinés sont détaillées dans le tableau suivant.

Expositions à des facteurs de risques constatées parmi les salariés examinés en 2012

Facteurs de risques professionnels	Nombre de salariés exposés	% de salariés exposés par rapport aux salariés examinés
Postures	64 369	19,8
Nuisances thermiques	62 397	19,2
Port et manutention de charges	60 727	18,7
Bruit	47 794	14,7
Conduite de véhicules	45 512	14,0
Machines outils dangereux	36 573	11,3
Gestes répétitifs et rythmes contraints	34 239	10,6
Stress (charge mentale et risque d'agression)	32 675	10,1
Écran	30 944	9,5
Poussières particules	26 916	8,3
Exposition agents chimiques	26 173	8,1
Travail en équipe, poste ou de nuit	19 501	6,0
Exposition agents biologiques	16 926	5,2
Vibrations	16 437	5,1
Autres expositions ou nuisances	7 364	2,3
Risque de chutes	9 657	3,0

Source : MSA.

Les conclusions des examens médicaux sont réparties comme suit :

- 92,5 % de reconnaissances d'aptitude ;
- 1,2 % de déclarations d'inaptitude temporaire ;
- 1,2 % de déclarations d'inaptitude définitive ;
- 5 % sans décision d'aptitude (dans le cadre d'examens de pré-reprise ou à la demande, par exemple).

Ces chiffres demeurent relativement stables depuis les 4 dernières années.

Le pourcentage d'inaptitudes définitives s'élève à 1,2 % des conclusions d'examens mais atteint 1,7 % pour les salariés forestiers et 1,5 % pour ceux de la culture-élevage. Les pathologies à l'origine des inaptitudes définitives sont détaillées dans le tableau ci-dessous.

Pathologies à l'origine des inaptitudes définitives en 2012

Rubrique pathologie	Nombre	%
Locomoteur-traumatologie	519	52,5
Psychiatrie	199	20,1
Neurologie	69	7,0
Cardiologie	63	6,4
Maladies professionnelles	36	3,6
Voies respiratoires	20	2,0
Digestif	18	1,8
Divers	15	1,5
Hématologie	10	1,0
Endocrino-nutrition	9	0,9
Génital féminin	9	0,9
Dermatologie	5	0,5
Ophthalmologie	5	0,5
Oreille	5	0,5
Urologie-néphrologie	4	0,4
Génital masculin	2	0,2
Total	988	100,0

Source : MSA.

Les autres populations suivies par les services de santé au travail agricoles

Les exploitants

Le suivi des exploitants agricoles adhérents volontaires au dispositif réglementaire concernant les salariés agricoles (article D. 717-1 du Code rural et de la pêche maritime) demeure très marginal.

La loi sur l'assurance des accidents du travail des exploitants agricoles, dite loi ATEXA, a été mise en place le 1^{er} avril 2002. Le nombre d'affiliés à

ce régime est de 608 810 personnes en 2012, en augmentation de 1,8 % par rapport à 2011. Le nombre de nouveaux affiliés est de 17 690 en 2012, en augmentation de 5,8 % par rapport à 2011.

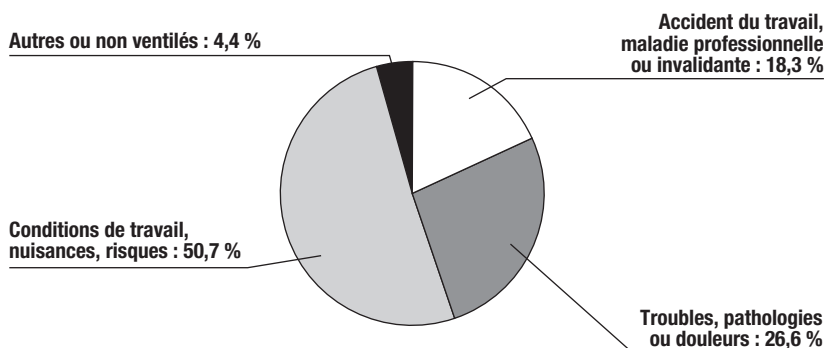
En 2012, 82,5 % du temps consacré par les médecins du travail à des actions en milieu de travail ou collectives, dédiées aux non salariés agricoles, concerne la filière polyculture-élevage.

Les actions individuelles réalisées en faveur des exploitants agricoles ont représenté un peu plus de 890 jours (pour 4 378 actions), soit une augmentation de 2,3 % par rapport à 2011. La majorité des consultations ou actions assimilées concerne les trois secteurs élevages bovins, autres élevages de gros animaux et exploitation de bois.

En 2012, les trois principaux motifs des consultations, hormis celles proposées aux nouveaux installés, sont, en ordre croissant :

- les accidents du travail, maladies professionnelles ou invalidantes (18,3 %) ;
- les troubles, pathologies ou douleurs (26,6 %) ;
- les conditions de travail, nuisances et risques (50,7 %).

Répartition du temps consacré aux consultations ou actions assimilées par type de motif



Source : MSA.

Le temps dédié à ces actions individuelles et collectives représente 15,6 ETP de médecins du travail, dont le financement donne lieu à une prise en charge financière par le fonds national de prévention des risques professionnels des exploitants agricoles.

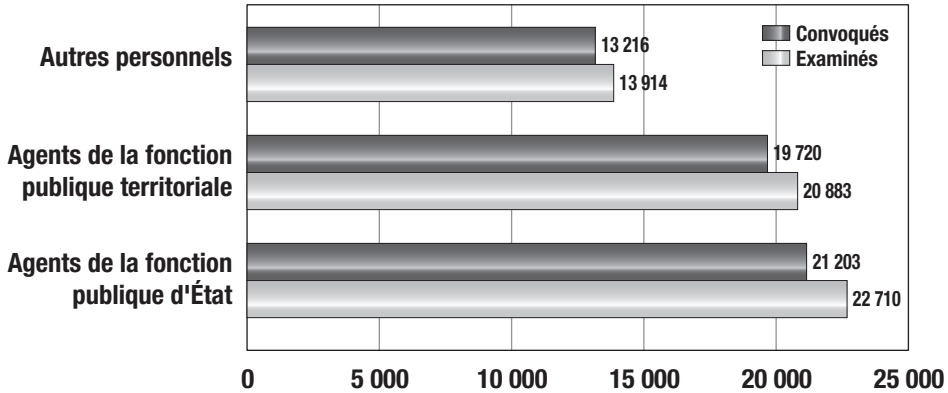
Les salariés non affiliés au régime agricole

Il s'agit de réaliser la surveillance médicale et des actions collectives au profit de personnels non agricoles relevant de l'État ou de ses établissements

publics, ainsi que des collectivités territoriales ou de leurs établissements publics, intervenant dans le secteur agricole,

Les MSA, qui ont la possibilité de mettre en œuvre les conventions cadres conclues au niveau national et, le cas échéant, de signer des conventions locales, ont assuré la surveillance médicale de 57 507 personnes en 2012, en nette diminution par rapport à 2011 (- 9,4 %).

Salariés non affiliés au régime agricole en 2012



Source : MSA.

La médecine de prévention dont il s'agit dans ces cas ne peut être assurée que dans la mesure où la charge supplémentaire de travail ne nuit pas à la mission prioritaire du médecin du travail au bénéfice des salariés agricoles et dans le respect des conditions fixées par l'article R. 717-38 du Code rural et de la pêche maritime.

Les élèves de l'enseignement agricole

Les interventions des médecins du travail auprès des élèves des maisons familiales rurales et des autres établissements d'enseignement agricole s'inscrivent dans le cadre des dérogations liées à l'utilisation de machines et/ou des équipements dangereux (article R. 715-1-5 du Code rural et de la pêche maritime), nécessaires pour les élèves de moins de 18 ans appelés à utiliser ce type de matériel. Ces interventions, liées à la signature de la convention cadre nationale entre le ministère chargé de l'Agriculture et la CCMSA se traduisent par l'examen de 14 676 élèves. Ce chiffre est en légère baisse en 2012 par rapport à 2011 (- 3,7 %).

**ACTIVITÉS
COURANTES
ET MISSIONS
PERMANENTES**

LE MINISTÈRE CHARGÉ DU TRAVAIL

1. Les services centraux du ministère	283
1.1. Les actions normatives	283
1.2. Le traitement des recours hiérarchiques et contentieux	294
1.3. La normalisation	299
1.4. L'activité interministérielle	301
1.5. Les actions d'accompagnement et de communication	306
2. Les services déconcentrés du ministère	313
2.1. Les actions transversales	313
2.2. L'approche par public	315
2.3. L'approche par secteur	316
2.4. Les risques psychosociaux	324
2.5. Les troubles musculo-squelettiques	325

LE MINISTÈRE CHARGÉ DU TRAVAIL

1. LES SERVICES CENTRAUX DU MINISTÈRE

1.1. LES ACTIONS NORMATIVES

La prévention du risque biologique

La publication du décret et de l'arrêté relatifs à la protection contre les risques biologiques auxquels sont soumis certains travailleurs susceptibles d'être en contact avec des objets perforants.

Le décret n° 2013-607 du 9 juillet 2013 transpose la directive 2010/32/UE du Conseil du 10 mai 2010 portant application de l'accord-cadre relatif à la prévention des blessures par objets tranchants dans le secteur hospitalier et sanitaire conclu par l'HOSPEEM⁽¹⁾ et la FSESP⁽²⁾. Cette directive a pour objectif d'assurer une sécurité maximale sur le lieu de travail par la prévention des blessures pouvant être occasionnées par des objets tranchants à usage médical (y compris les piqûres d'aiguilles). Elle reprend l'architecture de la directive "cadre" 89/391/CEE concernant l'amélioration de la sécurité et de la santé du personnel au travail et de sa directive "fille" 2000/54/CE concernant la protection des travailleurs contre les risques liés à l'exposition à des agents biologiques, et intègre des dispositions spécifiques pour la prévention des blessures par objets tranchants.

Ce décret de transposition complète les dispositions relatives à la prévention des risques biologiques définies aux articles R. 4421-1 et suivants du Code du travail, en créant l'article R. 4424-11, afin de prévoir ce type de dispositions spécifiques.

Ces dispositions sont précisées dans l'arrêté du 10 juillet 2013, qui détermine le périmètre des établissements concernés et prévoit pour l'essentiel les mesures suivantes :

- évaluer et limiter le risque, soit en évitant le recours aux objets perforants, soit en réduisant le risque par l'application des mesures de précaution

1) European Hospital and Healthcare Employers' Association (HOSPEEM).

2) Fédération syndicale européenne des services publics (FSESP).

standard, notamment l'interdiction de recapuchonner les aiguilles et le recours éventuel à des dispositifs médicaux de sécurité ;

- améliorer la connaissance des risques liés à l'usage des objets perforants grâce à l'information et à la formation des travailleurs sur les risques associés aux accidents exposant au sang et aux autres liquides biologiques, les mesures de prévention adaptées et les mesures à prendre en cas d'accident ;
- renforcer le dispositif de suivi des accidents liés à l'usage des objets perforants.

Une circulaire d'application de ces textes est en cours de préparation en lien avec les autres administrations centrales concernées (Direction générale de la santé – DGS –, Direction générale de l'offre de soins – DGOS –, Direction générale de la cohésion sociale – DGCS), l'Institut national de recherche et de sécurité (INRS) et l'Assistance publique - Hôpitaux de Paris (AP-HP).

La prévention du risque lié aux rayonnements ionisants

L'année 2013 a été une année riche en matière de finalisation de textes relatifs à la prévention des expositions aux rayonnements ionisants.

Arrêté du 17 juillet 2013 relatif à la carte de suivi médical et au suivi dosimétrique des travailleurs exposés aux rayonnements ionisants

Cet arrêté concerne les entreprises dans lesquelles les travailleurs sont exposés ou susceptibles d'être exposés aux rayonnements ionisants.

Il fixe, en application des dispositions relatives à la protection des travailleurs contre les dangers des rayonnements ionisants :

1. le contenu de la carte individuelle de suivi médical, les modalités de sa délivrance ainsi que de la transmission des données qu'elle contient au système d'information de la surveillance de l'exposition aux rayonnements ionisants (SISERI) géré par l'Institut de radioprotection et de sûreté nucléaire ;
2. les modalités et les conditions de mise en œuvre du suivi dosimétrique individuel des travailleurs exposés à un risque dû aux rayonnements ionisants résultant d'activités nucléaires visées au 1^o de l'article R. 4451-1 du Code du travail ou de la radioactivité naturelle mentionnée aux articles R. 4451-131 et suivant du Code du travail ;
3. les délais, les fréquences et les moyens matériels mis en œuvre, concernant l'accès aux informations relatives au suivi dosimétrique individuel recueillies et à la transmission de celles-ci à SISERI pour l'exécution de ses missions en application de l'article R. 4451-125 du Code du travail.

Il est entré en vigueur le 1^{er} juillet 2014.

Arrêté du 21 juin 2013 relatif aux conditions de délivrance du certificat et de l'agrément pour les organismes en charge de la surveillance individuelle de l'exposition des travailleurs aux rayonnements ionisants

Cet arrêté concerne l'ensemble des organismes en charge de la surveillance individuelle de l'exposition des travailleurs exposés aux rayonnements ionisants.

Il actualise la norme d'accréditation applicable aux laboratoires de biologie médicale et simplifie également l'organisation de la procédure d'accréditation et d'agrément des organismes en charge de la surveillance individuelle de l'exposition des travailleurs exposés aux rayonnements ionisants.

Arrêté du 27 novembre 2013 définissant les conditions de certification des entreprises extérieures intervenant au sein d'établissements exerçant des activités nucléaires et des entreprises de travail temporaire concernées par ces activités

Cet arrêté concerne les entreprises extérieures ou de bâtiment et des travaux publics intervenant au sein d'installations nucléaires de base ou d'une installation individuelle comprise dans le périmètre d'une installation nucléaire de base secrète pour y effectuer certains travaux ainsi que les entreprises de travail temporaire mettant à disposition des travailleurs pour la réalisation de ces travaux. Il concerne également les organismes certificateurs et le Comité français d'accréditation (COFRAC).

Dans les situations de coactivité, afin de s'assurer de la protection effective des travailleurs contre les risques radiologiques, cet arrêté fixe les exigences spécifiques relatives à l'organisation du travail et de la radioprotection des travailleurs. Il définit la procédure de certification requise pour les entreprises concernées.

Il entrera en vigueur le 1^{er} juillet 2015.

Arrêté du 6 décembre 2013 relatif aux modalités de formation de la personne compétente en radioprotection et de certification des organismes de formation

Cet arrêté concerne les entreprises dans lesquelles les travailleurs sont susceptibles d'être exposés à un risque dû aux rayonnements ionisants.

Il définit les modalités et le contenu de la formation des personnes compétentes en radioprotection ainsi que les modalités d'accréditation des organismes certificateurs et de certification des organismes de formation. Il refond l'économie générale du dispositif de formation des personnes compétentes en radioprotection instauré par l'arrêté du 26 octobre 2005 modifié, relatif aux modalités de formation de la personne compétente

en radioprotection et de la certification du formateur, en introduisant une gradation des objectifs de formation au regard de la nature et de l'ampleur des risques radiologiques et en substituant au principe de formateur certifié celui d'organisme de formation certifié.

La formation, déclinée suivant trois niveaux pour lesquels sont respectivement définies les sources de rayonnements ionisants est dispensée sur une durée s'échelonnant de 21 heures pour le niveau 1, correspondant aux situations à enjeu radiologique faible, à 90 heures pour le niveau 3, visant les situations à enjeu radiologique élevé.

Cet arrêté est entré en vigueur le 1^{er} juillet 2014.

Transposition de la nouvelle directive Euratom (2013/59)

Un vaste chantier s'est ouvert au dernier trimestre 2013 pour transposer la directive Euratom 2013-59 adoptée le 5 décembre 2013, qui abroge toutes les directives Euratom précédentes. Cette nouvelle directive vise ainsi désormais à la fois la population générale, les patients, les travailleurs et l'environnement.

Compte tenu de la transversalité de son champ d'application, le SGAE⁽³⁾ a désigné le ministère de l'Écologie, du Développement durable et de l'Énergie (MEDDE) comme ministère pilote de la transposition, auquel sont associés les ministères chargés du Travail et de la Santé.

Bien que la nouvelle directive ne bouleverse pas les orientations fixées par la directive 96/29/Euratom, transposée dans le Code du travail par le décret 2003-296, elle introduit néanmoins plusieurs évolutions qu'il conviendra de prendre en compte, notamment en matière d'organisation de la radioprotection au sein de l'entreprise.

Par ailleurs, compte tenu de la profonde évolution du contexte professionnel liée notamment au déploiement de nouvelles pratiques mettant en œuvre les rayonnements ionisants, notamment dans le secteur médical (chirurgie interventionnelle, tomographie par émission de positons, etc.), à l'évolution des techniques et des conditions d'emploi (CDD multi-employeurs, travail temporaire, CDI de chantier, autoentrepreneur, etc.), l'opportunité des travaux réglementaires nécessaires à la transposition sera saisie pour simplifier les dispositions aujourd'hui applicables en matière de radioprotection des travailleurs, qui se sont stratifiées au fil du temps.

Il convient en effet de rappeler que les dispositions en matière de radioprotection ont été définies il y a près de 50 ans à l'aube de l'industrie électronucléaire française et alors que l'usage des rayonnements ionisants dans le secteur médical était exclusivement restreint à la radiologie diagnostique.

3) Secrétariat général des affaires européennes (SGAE).

Dans cette perspective, en concertation étroite avec l'Autorité de sûreté nucléaire (ASN) et avec l'appui technique de l'Institut de radioprotection et de sûreté nucléaire (IRSN), la DGT a engagé depuis 2010 un vaste chantier visant à identifier les points forts et les faiblesses du dispositif réglementaire actuel et à en reposer les fondements, sans altérer la protection de la santé et de la sécurité des travailleurs. Ce travail est mené avec l'appui de groupes de travail mis en place par la DGT dont le dernier, ciblé sur l'organisation du suivi radiologique des travailleurs, rendra ses conclusions en avril 2015.

La prévention du risque hyperbare

Dans l'attente de la finalisation du nouveau dispositif de formation des travailleurs en milieu hyperbare s'appuyant sur des procédures de certification, le dispositif d'agrément (pour une durée de 3 ans) des organismes de formation à la sécurité des travailleurs en milieu hyperbare par le ministère chargé du Travail est maintenu et une campagne d'agrément a été lancée fin 2012.

L'arrêté portant agrément d'organismes habilités à dispenser la formation à la sécurité des travailleurs intervenant en milieu hyperbare a été publié le 21 juin 2013. Pour la première fois, deux organismes de formation ont été agréés, pour la formation des travailleurs exécutant des travaux hyperbares en milieu humide (mention A). Compte tenu de la dangerosité particulière de ce secteur, le ministère chargé du Travail a renforcé sa procédure d'agrément en mettant notamment en place un suivi particulier de ces organismes – qui comprend un audit de la première session de formation (cf. *Partie 4 - Chapitre 4 - La prévention du risque hyperbare*).

La prévention du risque électrique

En matière de prévention du risque électrique, l'activité s'est déployée en deux directions.

D'une part s'est poursuivie la rénovation du dispositif réglementaire concernant les opérations sur les installations électriques ou réalisées dans leur voisinage (dispositions introduites dans le Code du travail par le décret n° 2010-1118 du 22 septembre 2010). Dans les cas limités dans lesquels, sur la base de l'évaluation du risque, le recours aux travaux sous tension ne peut être évité, il est prévu que ces derniers soient désormais effectués par des personnes bénéficiant, de la part de leur employeur, d'une habilitation spécifique délivrée sur la base d'une certification obtenue par les intéressés auprès d'un organisme certificateur accrédité. Un arrêté doit fixer les compétences requises du travailleur et les critères d'évaluation appliqués par l'organisme de certification.

Indépendamment des ouvrages de transport et de distribution électriques – comme les lignes aériennes – auxquels la réglementation du travail n'est

pas applicable, les travaux sous tension peuvent porter sur des installations et des sources sous tension diverses dans l'industrie et le commerce, y compris des systèmes de batteries et toutes les boîtes de jonction de câbles en basse tension. Ces travaux comprennent également de nombreuses interventions, comme la vérification ou le diagnostic d'installations sous tension, le raccordement de nouvelles installations à des installations sous tension existantes, etc.

Les travaux sous tension se rencontrent plus particulièrement :

- dans la construction automobile et la fabrication d'équipements pour la construction, qui comportent des interventions des travailleurs sur les batteries des véhicules et sur des engins automobiles ayant une énergie électrique embarquée ;
- chez EDF, sur certains sites "Seveso", dans la pétrochimie et dans les hôpitaux ;
- chez les utilisateurs de batteries d'accumulateurs stationnaires (par exemple les télécommunications ou Électricité réseau distribution France – ERDF).

Le dispositif de certification, destiné à garantir un niveau de compétence des travailleurs qui soit adapté au risque élevé de choc électrique, permet d'assurer l'encadrement nécessaire des situations dans lesquelles les employeurs ont la possibilité de déroger au principe de mise hors tension des installations électriques avant réalisation de travaux.

D'autre part s'agissant de la prévention du risque de contact avec les lignes ou les canalisations électriques, des remontées d'information convergentes ont souligné certaines difficultés dans la mise en œuvre de la note de service du 17 mars 2009 relative aux travaux d'élague effectués au voisinage des lignes électriques.

En particulier, la nécessité de lever certaines incertitudes persistantes concernant les conditions de prise en compte de la végétation dans la détermination des distances minimales à respecter entre cette végétation sur laquelle intervient l'opérateur et les conducteurs nus sous tension, a conduit à apporter les précisions nécessaires *via* la circulaire DGT n° 13 du 12 décembre 2013 relative aux travaux d'élague dans l'environnement des lignes électriques aériennes.

Cette circulaire rappelle la dangerosité des travaux d'élague et insiste pour que ceux-ci soient exécutés en respectant strictement les distances minimales de sécurité prescrites par l'article R. 4534-108 du Code du travail entre l'opérateur, les équipements, les matériaux que celui-ci manipule et la ligne électrique.

En outre, à partir d'une réflexion développée – sous l'impulsion du ministère chargé de l'Agriculture – avec les professionnels concernés et

en association avec le ministère chargé du Travail, la circulaire définit de manière opérationnelle, sur la base de situations identifiées, les conditions dans lesquelles doivent être effectués les travaux d'élagage à proximité de lignes électriques. Considérant que le caractère conducteur de la végétation est à l'origine d'accidents d'électrisation voire d'électrocution, la circulaire, compte tenu des principes généraux de prévention, recommande la mise hors tension des conducteurs lorsque la végétation les surplombe. Dans les autres cas, la possibilité de travailler à proximité de conducteurs nus sous tension est subordonnée au respect de distances de sécurité minimales spécifiques, sans préjudice, le cas échéant, de la mise en œuvre de mesures de sécurité complémentaires.

Cependant les ajustements portant sur les travaux d'élagage n'épuisent pas la question du travail à proximité de conducteurs nus sous tension. Ainsi, une révision du dispositif réglementaire du Code du travail en matière de prévention du risque relatif aux travaux dans l'environnement des lignes et canalisations électriques a été engagée. Il s'agira d'appréhender ce risque de manière plus globale et mieux adaptée aux travaux concernés. L'élargissement du champ d'application à tous les travaux et secteurs d'activités pourra conduire à développer des règles spécifiques répondant au besoin de ces secteurs ou nécessaires pour l'exécution de certains travaux.

La fiche d'aptitude

Le modèle de la fiche d'aptitude délivrée par le médecin du travail à l'issue de chacun des examens médicaux prévus par les articles R. 4624-47 du Code du travail et R. 717-28 du Code rural, est fixé par arrêté du 20 juin 2013.

L'arrêté du 20 juin 2013 fixe un contenu de la fiche d'aptitude conforme aux dispositions en vigueur, mais la forme de la fiche peut être adaptée par les services de santé au travail (SST). Il ne s'agit pas d'un modèle de type "Cerfa".

Ainsi, le modèle de fiche d'aptitude est unifié quel que soit le type d'examen réalisé (examen d'embauche, examen périodique, examen de reprise ou examen à la demande) ; la fiche permet de préciser les conclusions relatives à l'aptitude ou l'inaptitude du salarié au poste de travail que seul le médecin du travail peut constater. L'avis médical d'aptitude ou d'inaptitude définitif doit en outre mentionner les délais et voies de recours devant l'inspecteur du travail, en cas de contestation de cet avis médical par le salarié ou l'employeur. Ce modèle de fiche est un modèle commun aux services de santé au travail du régime général et à ceux du régime agricole.

La santé des travailleurs éloignés

Dans toutes les situations d'éloignement, l'employeur peut remplir ses obligations en santé au travail en organisant le suivi de ses salariés éloignés

par un seul service de santé au travail – le service interentreprises auquel il adhère ou, le cas échéant, le service autonome qu'il a mis en place – en organisant le déplacement des salariés éloignés ou du médecin du travail, en vue de la réalisation de la surveillance médicale individuelle et de l'action sur le milieu de travail.

Cependant, la distance, parfois importante, entre le lieu de travail et le service de santé au travail peut rendre difficile le respect des obligations en santé au travail et notamment l'action du médecin du travail sur le milieu de travail.

C'est pourquoi le décret n° 2014-423 du 24 avril 2014 relatif à l'application des dispositions relatives à la santé au travail aux travailleurs éloignés permet d'adapter les dispositions de droit commun aux particularités des travailleurs éloignés qui exercent habituellement leur contrat de travail en dehors de l'établissement qui les emploie, qu'ils soient itinérants ou non. Il donne en effet la possibilité à l'employeur d'opter pour une autre organisation de la médecine du travail, en faisant appel à un service de santé au travail interentreprises (SSTI) dans le département dans lequel travaillent ses salariés éloignés, dit service de santé au travail de proximité.

Il convient de préciser que ce décret, pris en application de l'article L. 4625-1 du Code du travail, reprend en grande partie les dispositions de la circulaire DGT n° 01 du 5 février 2007 relative à l'application de la santé au travail à destination des salariés et des sites éloignés, abrogée par la circulaire DGT n° 13 du 9 novembre 2012 relative à la mise en œuvre de la réforme de la médecine du travail et des services de santé au travail.

Les agréments des experts auxquels le CHSCT peut faire appel

En application de l'article L. 4614-12 du Code du travail, le Comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT) peut faire appel à un expert agréé lorsqu'un risque grave est constaté dans l'établissement et en cas de projet important modifiant les conditions de santé et de sécurité ou les conditions de travail. La Direction générale du travail organise chaque année deux campagnes d'agrément. Les experts agréés le sont à compter du 1^{er} janvier ou du 1^{er} juillet, pour une durée allant de un à cinq ans. La commission spécialisée n° 5 du Conseil d'orientation sur les conditions de travail (COCT) est consultée sur chacune des demandes.

La campagne d'hiver a donné lieu à l'examen de 57 dossiers (33 demandes de premier agrément et 24 demandes de renouvellement d'agrément), pour un agrément débutant le 1^{er} janvier 2013.

Sur ces 57 demandes, 29 cabinets ont été agréés par arrêté du 31 décembre 2012 :

- 5 cabinets pour une durée de 1 an ;
- 11 cabinets pour une durée de 2 ans ;
- 8 cabinets pour une durée de 3 ans ;
- 4 cabinets pour une durée de 4 ans ;
- 1 cabinet pour une durée de 5 ans.

32 dossiers ont été examinés lors de la campagne d'été. Il s'agissait de demandes de premier agrément, à compter du 1^{er} juillet 2013.

Sur ces 32 demandes, 4 cabinets ont été agréés par arrêté du 1^{er} juillet 2013 :

- 2 cabinets pour une durée de 2 ans ;
- 2 cabinets pour une durée de 1 an.

Les partenaires sociaux, très impliqués dans la démarche d'agrément des experts, participent activement aux débats de ces commissions.

La création d'une instance de coordination des CHSCT

La loi relative à la sécurisation de l'emploi du 14 juin 2013 a créée une instance de coordination des CHSCT. Cette nouvelle instance, temporaire et à géométrie variable, est mise en place à l'initiative de l'employeur quand il présente un projet commun à plusieurs établissements. Elle peut organiser le recours à une expertise unique, néanmoins sa consultation ne se substitue pas à celle des CHSCT "locaux". La loi détermine les missions et la composition de cette instance, autorise le recours à une expertise unique et prévoit qu'un accord d'entreprise peut organiser des modalités particulières de composition et de fonctionnement de cette instance.

La loi prévoit également des modalités particulières de recours par un CHSCT ou par l'instance de coordination à un expert agréé, dans le cadre d'une consultation sur un projet de restructuration et de compression des effectifs mentionné à l'article L. 2323-15 du Code du travail, par l'insertion d'un article L. 4614-12-1 dans le Code du travail. Il s'agit de rendre cette consultation, et le cas échéant le recours à l'expertise, compatible avec les délais de consultation du comité d'entreprise prévus à l'article L. 1233-30 du Code du travail.

Le décret n° 2013-552 du 26 juin 2013 relatif au CHSCT et à l'instance de coordination définit les modalités de composition, de désignation et de fonctionnement de l'instance de coordination. Il précise les conditions dans lesquelles l'instance organise le recours à une expertise unique sur un projet commun : choix de l'expert lors de la première réunion, durée pour réaliser l'expertise et contestations possibles.

Il modifie l'article R. 4614-3 du Code du travail en ajoutant un délai de trois jours pour la convocation d'un CHSCT qui serait consulté dans le cadre d'un projet de restructuration ou de compression des effectifs.

Il complète l'article R. 4614-18 relatif à l'expertise CHSCT en créant, en application des nouvelles dispositions ajoutées par la loi au deuxième alinéa de l'article L. 4614-13, une procédure de contestation des expertises prévues à l'article L. 4614-12-1 devant le Directeur régional des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi (DIRECCTE).

Ces dispositions sont applicables depuis le 1^{er} juillet 2013.

La publication du décret n° 2014-324 du 13 mars 2014 dans le domaine de l'exercice du droit d'alerte en matière de santé publique et d'environnement dans l'entreprise (loi Blandin)

Ce décret est pris en application de la loi n° 2013-316 du 16 avril 2013 relative à l'indépendance de l'expertise en matière de santé et d'environnement et à la protection des lanceurs d'alerte, qui vise à compléter les mécanismes d'alerte institutionnalisés, éléments-clés de la gestion des risques écologiques et sanitaires, qui constituent un corollaire des principes de prévention et de précaution sur lesquels sont fondés les droits de l'environnement et celui de la santé publique. L'objectif poursuivi est de réduire le temps qui s'écoule entre l'apparition d'un risque de dommage et la prise de conscience de ses effets, en réagissant aux signaux de risque de manière aussi rapide et efficace que possible.

Aussi la loi a-t-elle créé une institution, la Commission nationale de la déontologie et des alertes en matière de santé et d'environnement, qui a pour premier rôle d'énoncer, de parfaire et de contrôler l'application des principes directeurs de l'expertise conduite par les agences sanitaires. Cette loi encadre aussi l'exercice du droit d'alerte en matière de santé publique et d'environnement dans l'entreprise et met en place une protection des lanceurs d'alerte.

Le décret n° 2014-324 du 13 mars 2014 relatif à l'exercice du droit d'alerte en matière de santé publique et d'environnement dans l'entreprise détermine les conditions de consignation écrite de l'alerte donnée par un travailleur ou par un représentant du personnel au CHSCT en matière de santé publique et d'environnement. Un registre spécifique à la consignation des alertes en matière de santé publique et d'environnement est créé, qui peut être renseigné par le travailleur ou par le représentant du personnel au CHSCT ayant donné l'alerte.

Les mentions à porter dans ce registre sont différentes si l'alerte est donnée par un travailleur ou par un représentant du personnel au CHSCT, dans la mesure où ces derniers disposent de connaissances techniques supplémentaires.

Le registre est tenu à la disposition des seuls représentants du personnel au CHSCT et non pas de l'ensemble des travailleurs de l'établissement.

Ces dispositions sont applicables depuis le 1^{er} avril 2014.

La réparation des maladies professionnelles

Aucune évolution normative n'a été apportée en 2013 mais divers travaux se sont poursuivis dans le cadre de la commission spécialisée n° 4 du COCT chargée des questions relatives aux maladies professionnelles.

Dans le cadre de la procédure simplifiée, mise en place suite à l'accord des partenaires sociaux représentant les salariés et les employeurs, la désignation des maladies du paragraphe B du tableau n° 40 (maladies dues aux bacilles tuberculeux et à certaines mycobactéries atypiques) a été modifiée, à la suite de l'évolution des connaissances scientifiques intervenues depuis la dernière mise à jour en 1999. Les modifications apportées à ce paragraphe seront publiées par décret en 2014.

Après la modification, en 2011, des paragraphes A (épaule) et B (coude) du tableau n° 57 (affections périarticulaires provoquées par certains gestes et postures de travail), les travaux de révision se sont poursuivis en 2012 et 2013 sur le paragraphe C (poignet, main et doigt) avec une présentation du rapport final lors de la commission des pathologies professionnelles du 1^{er} octobre 2013. Les représentants des employeurs et des salariés ne sont pas parvenus à un accord. Les travaux sur le paragraphe D (genou) ont débuté en 2014.

Les travaux du groupe de travail chargé d'actualiser les tableaux relatifs aux monomères de matières plastiques se sont également poursuivis avec l'examen des pathologies professionnelles provoquées par le 1,3-Butadiène dont le rapport final a été présenté lors de la commission des pathologies professionnelles du 1^{er} octobre 2013. Les représentants des employeurs et des salariés ne sont pas parvenus à un accord. En 2014, les travaux se poursuivront sur le chlorure de vinyle.

Les travaux du groupe de travail sur la maladie de Parkinson provoquée par les pesticides ont débuté en 2013.

Les travaux du groupe de travail chargé de l'amélioration de la reconnaissance des pathologies psychiques d'origine professionnelle se sont traduits en 2012 par la publication d'un rapport sur les pathologies d'origine psychique susceptibles d'être prises en compte par les médecins conseils et de recommandations destinées à guider les CRRMP⁽⁴⁾ dans l'appréciation des liens entre ces pathologies et l'activité professionnelle. En 2013, la seconde phase des travaux de ce type consacrée à la mise en œuvre d'un référentiel permettant de faciliter le travail des agents des caisses lors de leurs enquêtes, s'est poursuivie.

4) Comité régional de reconnaissance des maladies professionnelles (CRRMP).

1.2. LE TRAITEMENT DES RECOURS HIÉRARCHIQUES ET CONTENTIEUX

L'ensemble des décisions prises par les inspecteurs du travail ou les DIRECCTE peuvent faire l'objet d'un recours hiérarchique devant le ministre chargé du Travail. En ce qui concerne les recours contentieux, le ministre est uniquement compétent pour les recours en première instance devant les tribunaux administratifs formés parallèlement ou à la suite d'un recours hiérarchique ainsi que pour les recours en appel devant les cours administratives d'appel et les pourvois en cassation devant le Conseil d'État.

Le contentieux relatif au Fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante (FCAATA)

En application de l'article 41 de la loi de financement de la Sécurité sociale du 23 décembre 1998 modifié, les personnes ayant été exposées à l'amiante peuvent cesser de manière anticipée leur activité tout en bénéficiant d'une allocation mensuelle, au titre du dispositif collectif, lorsqu'elles ont été employées dans des établissements de fabrication de matériaux contenant de l'amiante, de flochage et de calorifugeage, de construction et de réparation navales, inscrits sur des listes interministérielles. C'est la cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante (CAATA).

Il est à préciser qu'au 31 décembre 2013, 1 696 établissements sont inscrits sur la liste de ceux susceptibles d'ouvrir droit à la CAATA.

62 recours contentieux (soit 41 requêtes initiales, 20 appels et 1 pourvoi en cassation) ont été enregistrés en 2013 contre 13 en 2012, 20 en 2011, 33 en 2010, 41 en 2009 et 50 en 2008. Ces chiffres ne tiennent pas compte des requêtes multiples concernant un même dossier. Ces contentieux concernent des refus d'inscription ou des inscriptions d'établissement dans le cadre du dispositif des fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante (FCAATA).

La tendance amorcée en 2008 d'une diminution du nombre de recours auprès du juge administratif aux fins d'annulation des décisions rendues sur des demandes d'inscription d'établissements sur la liste de ceux susceptibles d'ouvrir droit à l'allocation de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante tend également à s'inverser en 2013. 41 requêtes initiales ont été déposées devant le tribunal administratif en 2013 alors qu'il y en avait 6 en 2012.

En 2013, il y a eu 4 requêtes en sursis à exécution, 2 requêtes en tierce opposition et 1 avis moyen d'ordre public, contre 1 sursis à exécution et 1 tierce opposition en 2012. Ce type de contentieux était inexistant les années antérieures.

Les recours hiérarchiques et contentieux sur les équipements et les lieux de travail

En matière de recours administratifs ont été instruits des recours contre des mises en demeure émises par des agents de l'Inspection du travail et confirmées par les DIRECCTE. Les mises en demeure concernaient principalement les lieux de travail (local vestiaires, vestiaires individuels, sanitaires, restauration), la fourniture d'équipements de protection individuelle (EPI) appropriés, l'aération-assainissement ou encore le chauffage des locaux de travail. Les injonctions étaient quant à elles consécutives au constat d'un risque de chute de hauteur ou de plusieurs risques (chute de hauteur, risque électrique, émission de produits dangereux).

Trois recours ont été dirigés contre un refus de l'inspecteur du travail de donner une suite favorable à une demande de dispense d'application de certaines dispositions relatives aux lieux de travail (vestiaires, largeur d'escalier).

Quatre des décisions ministérielles confirmant les positions d'une DIRECCTE évoquées ci-dessus ont conduit à des recours devant les tribunaux administratifs. Un cinquième recours de cette nature a concerné la mise en œuvre des principes généraux de prévention dans le cadre de l'exécution de travaux du BTP et un sixième a fait suite à la confirmation, en 2013, d'une injonction d'une Caisse d'assurance retraite et de la santé au travail (CARSAT) portant sur la prévention du risque de chute de hauteur.

Un recours a été déposé devant le Conseil d'État concernant la mise en œuvre de dispositions relatives aux EPI.

Les recours en matière d'aptitude ou d'inaptitude

Il s'agit des recours formés contre les décisions des inspecteurs du travail, statuant sur la contestation par un salarié ou un employeur d'un avis d'aptitude ou d'inaptitude émis par le médecin du travail (article L. 4624-1 du Code du travail).

En 2013, le nombre de recours hiérarchiques relatifs à des décisions d'aptitude ou d'inaptitude a une nouvelle fois augmenté : il s'élève à 177 contre 137 en 2012, soit une augmentation de 29 %.

Sur les cinq premiers mois de 2014, 79 recours hiérarchiques ont été formés contre 71 sur la même période en 2013, soit une augmentation d'un peu plus de 11 %.

En fait, cette activité est en augmentation constante depuis ces dernières années : 128 recours en 2011, contre 110 en 2010 et en 2009.

Il faut ajouter à ces recours hiérarchiques l'instruction, en 2013, de 70 recours contentieux :

- 57 recours de première instance devant les tribunaux administratifs, en parallèle ou à la suite d'un recours hiérarchique (soit 32 % des recours hiérarchiques) ;
- 13 appels devant les cours administratives d'appel.

Les recours liés aux apprentis et aux élèves en formation professionnelle

Ces recours portent sur les catégories de décisions suivantes :

- les décisions des inspecteurs du travail de refus d'autorisation de déroger à l'interdiction d'affecter les jeunes travailleurs âgés de moins de dix huit ans à certains travaux, pour les besoins de leur formation professionnelle (procédure prévue par les articles L. 4153-9 et R. 4153-38 à R. 4153-48 du Code du travail) ;
- les décisions d'opposition à l'engagement d'apprentis (procédure prévue par les articles L. 6225-1 à L. 6225-3 et R. 6225-1 à R. 6225-8 du Code du travail) prises par les préfets et les DIRECCTE par délégation ;
- les décisions de suspension et de refus de reprise d'exécution du contrat d'apprentissage et d'interdiction de recrutement d'apprentis et de jeunes sous contrat d'insertion en alternance (procédure prévue par les articles L. 6225-4 à L. 6225-7 et R. 6225-9 à R. 6225-12 du Code du travail) prises par les DIRECCTE. Ces dernières décisions sont prises en cas de risque sérieux d'atteinte à la santé et à l'intégrité physique ou morale de l'apprenti. Il s'agit de procédures traitées en urgence, compte tenu de la vulnérabilité des jeunes travailleurs.

L'ensemble de ces décisions peut faire l'objet d'un recours hiérarchique devant le ministre chargé du Travail.

Il est trop tôt pour apprécier les effets de la réforme des textes relatifs aux jeunes travailleurs (décrets n^{os} 2013-914 et 2013-915 du 11 octobre 2013 relatifs aux travaux interdits et réglementés pour les jeunes travailleurs – *cf. Partie 4 - Chapitre 5*) sur la contestation des décisions des inspecteurs du travail devant le ministre chargé du Travail. Toutefois, si le nombre de recours hiérarchiques formés en 2013 est stable par rapport à 2012 (6 recours), l'on constate une augmentation sur les cinq premiers mois de 2014 (13 recours) par rapport à la même période en 2013 (2 recours).

En ce qui concerne les recours formés contre les décisions en matière d'apprentissage, le nombre de recours en 2013 (24 recours) est légèrement inférieur à celui de 2012 (28 recours). Sur les cinq premiers mois de 2014, 9 recours ont été formés, contre 8 recours sur la même période en 2013.

Les recours relatifs à l'agrément des services de santé au travail

En application de l'article D. 4622-48 du Code du travail, chaque service de santé au travail (SST) fait l'objet d'un agrément, pour une période de cinq ans, par la DIRECCTE, après avis du médecin inspecteur du travail. L'agrément est obligatoire pour tous les services de santé au travail, qu'il s'agisse de services autonomes ou de services interentreprises. La décision de la DIRECCTE en matière d'agrément peut faire l'objet d'un recours hiérarchique devant le ministre chargé du Travail.

L'année 2013 a connu une forte augmentation des recours hiérarchiques relatifs à l'agrément des SST : 11 recours hiérarchiques contre 4 en 2012 (+ 175 %).

Cette évolution est liée à la refonte importante du dispositif de l'agrément, notamment concernant la procédure d'instruction de la demande d'agrément ou de renouvellement d'agrément introduite par le décret n° 2012-937 du 30 janvier 2012 et l'arrêté du 2 mai 2012 et aux nouvelles obligations incombant aux SST (gouvernance, mise en œuvre de la pluridisciplinarité, élaboration d'un projet de service...), dans le cadre de la réforme de l'organisation de la médecine du travail et des services de santé au travail.

Sur les cinq premiers mois de l'année 2014, le nombre de recours hiérarchiques s'élève à 6 (7 en 2013 sur la même période).

Il faut ajouter à ces recours hiérarchiques, l'instruction d'un recours contentieux de première instance devant les tribunaux administratifs, à la suite d'un recours hiérarchique.

Les recours relatifs aux Comités d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail

Il s'agit des recours hiérarchiques formés contre les décisions des inspecteurs du travail :

- imposant la création d'un CHSCT dans un établissement de moins de 50 salariés (article L. 4611-4 du Code du travail) ;
- fixant le nombre de CHSCT distincts ainsi que les mesures de coordination dans les établissements d'au moins 500 salariés (article L. 4613-4 du Code du travail – il est à noter que, dans un premier temps, un recours hiérarchique est prévu devant le DIRECCTE) ;
- autorisant des dérogations aux règles déterminant la répartition des sièges au sein du CHSCT entre les représentants du personnel de maîtrise ou des cadres et ceux des autres catégories de personnel (article R. 4613-2 du Code du travail).

7 recours ont été formés en 2013 contre 4 en 2012. Il n'est pas possible de tirer un enseignement de cette évolution car ce nombre varie de façon importante d'une année sur l'autre (11 recours en 2011 et 13 en 2010).

Les recours relatifs à l'enregistrement des intervenants en prévention des risques professionnels (IPRP)

L'article L. 4644-1 du Code du travail, issu de la loi du 20 juillet 2011 relative à l'organisation de la médecine du travail, prévoit que l'employeur *“désigne un ou plusieurs salariés compétents pour s'occuper des activités de protection et de prévention des risques professionnels de l'entreprise (...)”. À défaut, si les compétences dans l'entreprise ne permettent pas d'organiser ces activités, l'employeur peut faire appel (...) aux intervenants en prévention des risques professionnels (IPRP) appartenant au service de santé au travail interentreprises auquel il adhère ou dûment enregistrés auprès de l'autorité administrative*. Les conditions d'enregistrement des IPRP “externes” sont fixées par les articles D. 4644-6 à D. 4644-11 du Code du travail (décret n° 2012-137 du 30 janvier 2012 entré en application le 1^{er} juillet 2012). Cette procédure se substitue à l'ancienne procédure d'habilitation des IPRP. C'est le DIRECCTE qui enregistre les IPRP.

Il est encore trop tôt pour savoir si cette nouvelle procédure engendrera beaucoup de recours hiérarchiques.

24 décisions de refus d'enregistrement ont donné lieu à un recours hiérarchique en 2013.

Sur la période de janvier à mai 2014, 2 recours ont été formés devant le ministre contre 11 recours sur la même période en 2013.

Au regard du nombre d'IPRP enregistrés par les DIRECCTE au niveau national (875 personnes physiques et morales à la fin 2013), le nombre de recours paraît peu important.

Il faut ajouter à ces recours hiérarchiques, l'instruction de 3 recours contentieux de première instance devant les tribunaux administratifs à la suite d'un recours hiérarchique (soit 12 % des recours hiérarchiques).

Les recours relatifs aux risques psychosociaux (RPS)

Sept recours ont été formés tendant à l'annulation de mises en demeure de procéder à l'évaluation des facteurs de risques psychosociaux et de prendre des mesures de prévention de ces risques émises par le DIRECCTE en application de l'article L. 4121-2 du Code du travail. Ce chiffre est stable par rapport à 2012.

Outre les motifs liés à la légalité externe de la décision, les requérants invoquent systématiquement l'erreur manifeste d'appréciation des services du ministère du travail, portant par exemple sur l'appréciation de la dange-

rosité de la situation du travail ou sur une prise en compte insuffisante des actions de prévention mises en œuvre par l'entreprise. Sur l'ensemble des recours hiérarchiques exercés devant le ministre chargé du Travail, six ont donné lieu à l'annulation de la décision initiale du DIRECCTE et à la prise d'une nouvelle décision de mise en demeure modifiée.

1.3. LA NORMALISATION

Le Comité d'orientation stratégique (COS) 11, santé et sécurité au travail de l'Association française de normalisation (AFNOR), présidé par le chef de service de la DGT, a comme chaque année établi son projet d'orientation pour l'année 2013, qui a été approuvé par les membres du COS.

Ces orientations s'inscrivent dans le programme plus global de la stratégie française de normalisation 2011-2015.

- **Accompagner le processus d'internationalisation des normes :** les normes d'origine européenne (EN) sont de plus en plus souvent portées au niveau international (ISO) et lors de leur révision il est nécessaire de veiller à la sauvegarde des acquis européens issus des règlements et directives qui touchent à la sécurité au travail et aux principes de la normalisation. L'objectif final est de tenter de maintenir à l'ISO les objectifs européens de la nouvelle approche.
- **Organiser la coordination inter-COS pour les sujets impactant la santé et la sécurité au travail.** Les questions liées à la santé et la sécurité au travail s'inscrivent dans un contexte décroisé qui tendent à se conjuguer avec les thématiques de santé publique et d'environnement. Cette problématique touche en particulier les méthodes de prélèvement et de mesure venant en appui du nouveau cadre réglementaire relatif aux valeurs limites d'exposition professionnelle, le développement durable en lien avec la responsabilité sociétale, la diffusion de bonnes pratiques et l'organisation de retours d'expérience.
- **Assurer un rôle transversal d'information et une fonction de veille et d'alerte** sur les thématiques émergentes comme les équipements dits "intelligents" (dans le domaine des équipements de protection individuelle).

S'agissant de l'activité normative, toujours soutenue, deux exemples ont été retenus pour illustrer deux développements très différents de cette activité, bien que poursuivant, tous les deux, des objectifs en matière de santé et de sécurité au travail.

La norme sur le management et la sécurité au travail

À l'instigation du Royaume-Uni, le BSI (organisme de normalisation britannique) a proposé de porter la norme BSI 18001 portant sur le management et la sécurité au travail au niveau international ISO. Les autorités publiques

françaises avaient voté contre le projet durant l'été 2013 tout en faisant savoir que si le projet était approuvé elles souhaitaient pouvoir participer aux travaux qui seraient engagés. Ce projet ayant été approuvé par une majorité de pays membres de l'ISO, un comité miroir français a été constitué par l'AFNOR, auquel participent notamment des consultants, des représentants d'entreprises françaises, des organismes de prévention et la plupart des organisations de salariés.

Sous l'impulsion du Royaume-Uni, les travaux avancent rapidement. La première réunion s'est tenue fin 2013 à Londres suivie d'une autre à Casablanca quelques mois plus tard. L'Organisation internationale du travail (OIT) participe aux réunions internationales en tant que membre observateur mais il est prévu qu'en cas de désaccord entre les experts les principes élaborés par l'OIT prévalent. Il est prévu que ces travaux soient achevés d'ici à trois ans.

La norme sur les bancs d'essai de freinage pour poids lourds

En 2010, deux accidents mortels sont survenus en France, impliquant des bancs d'essai de freinage pour poids lourds. Ils étaient liés au happement de l'opérateur par l'angle rentrant formé par le rouleau d'entraînement et la roue du camion suite à une remise en marche inopinée. Ces accidents remettent en cause la conformité de ces équipements.

En effet, une demande de vérification de la conformité des deux appareils par des organismes de vérification accrédités a mis en évidence des points de non-conformité graves, certains liés à la conception des appareils, d'autres liés à leur utilisation.

Compte tenu de la gravité de ces accidents, une action nationale de mise en conformité de tous les appareils en service en France (estimés à 1 500) a été mise en œuvre.

L'action a impliqué les services de l'Inspection du travail, les ingénieurs de prévention régionaux et la Direction générale du travail.

L'action des services de l'Inspection du travail vers les employeurs utilisateurs de bancs d'essai a été importante et répartie sur tout le territoire.

Parallèlement à la campagne de mise en conformité des machines en service, des travaux de normalisation ont été engagés en 2011.

Ces travaux ont été engagés au niveau français, sous l'égide de l'AFNOR et du BNA (bureau de normalisation automobile) avec la participation de représentants du ministère chargé du Travail.

Ils ont abouti au projet PR NF R 63-706 soumis à enquête publique jusqu'au 14 juin 2013 puis publié le 14 novembre 2013 en tant que norme française par l'AFNOR. Il y a eu un large consensus entre les construc-

teurs, les utilisateurs, les préventeurs et le ministère chargé du Travail sur le contenu de ce projet de norme, ce qui a permis une publication très rapide de la norme sous la référence NF R63-706.

Le ministère chargé du Travail a depuis saisi l'AFNOR afin que ce projet soit porté au niveau du Comité européen de normalisation (CEN) pour être adopté en tant que norme européenne harmonisée.

Il est espéré que l'adoption de la norme en tant que norme CEN européenne harmonisée pourra se faire aussi rapidement qu'au niveau national. Ce n'est en effet que lorsque cette norme européenne harmonisée sera publiée que la présomption de conformité pourra s'appliquer.

1.4. L'ACTIVITÉ INTERMINISTÉRIELLE

La participation au plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les conduites addictives

Adopté le 19 septembre 2013 lors d'un comité interministériel présidé par le Premier ministre, le Plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les conduites addictives définit la stratégie de la France pour les quatre années à venir. Il fait suite aux précédents plans dont les cibles principales étaient la drogue et la toxicomanie. Dorénavant, les actions de prévention s'étendent à l'ensemble des substances psychoactives, ainsi qu'aux jeux de hasard et d'argent. Ce plan stratégique est décliné en deux plans d'actions successifs, dont le premier volet correspond à la période 2013-2015.

Le ministère chargé du Travail est partie prenante à ce plan qui comporte un axe de prévention des addictions dans le monde du travail, avec l'objectif d'améliorer la santé et la sécurité au travail (prévention des consommations, diminution des risques d'accident du travail...).

Pour cela, le plan préconise plusieurs actions, dont certaines seront menées dès le premier volet :

- la modification de l'article R. 4228-20 du Code du travail relatif à la consommation d'alcool sur les lieux de travail pour permettre à l'employeur, par la voie du règlement intérieur, de limiter voire d'interdire la consommation de boissons alcoolisées dans l'entreprise (premier plan d'actions) ;
- la diffusion d'une circulaire de la Direction générale du travail, cosignée par la Mission interministérielle de la lutte contre les drogues et les conduites addictives (MILDCA), relative à la prévention des risques professionnels liés à la consommation de drogue et d'alcool dans l'entreprise (premier plan d'actions) ;

- l'incitation à une double approche de prévention des risques et de protection globale de la santé au travail (dans l'esprit de l'article L. 4121-1 du Code du travail) ;
- la formation des médecins du travail à la pratique d'un repérage précoce des travailleurs concernés par ces pratiques ;
- la systématisation d'une formation sur les conduites addictives dans le milieu professionnel, notamment destinée aux membres du CHSCT, aux médecins du travail et de prévention et à l'encadrement.

Par ailleurs, le plan vise à améliorer la connaissance des effets de la consommation de drogues et d'alcool sur la santé et la sécurité au travail, à travers différentes actions, par exemple en identifiant et en quantifiant mieux les accidents du travail mortels ou graves en lien avec la consommation d'alcool ou de drogue.

Enfin, le plan gouvernemental a pour objectif de diffuser, au cours de la deuxième période (2015-2017), cette connaissance dans le monde du travail par le biais d'actions de sensibilisation, de communication et d'informations envers les salariés (notamment pour les secteurs les plus à risque). Des Assises nationales de prévention des risques professionnels liés aux consommations de produits psychoactifs devraient se tenir au cours de l'année 2015.

La contribution au Plan cancer 2015-2019

Le ministère chargé du Travail a largement contribué à la préparation du troisième Plan cancer 2015-2019. S'il prolonge les actions visant à prévenir les expositions professionnelles aux agents cancérigènes qu'il portait déjà dans le cadre du deuxième Plan cancer, il a souhaité élargir le prisme de sa politique à la prévention de la désinsertion professionnelle des personnes atteintes de cancer.

Actions de prévention s'inscrivant dans la continuité du Plan cancer 2

- **Diminuer l'exposition aux agents cancérigènes** (biologiques, physiques, chimiques) des travailleurs par le renforcement de la prévention primaire en milieu de travail : l'action du ministère chargé du Travail, notamment portée par les contrôles programmés de l'Inspection du travail, verra sa cohérence renforcée par divers partenariats et conventions passés avec la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS), l'Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail (ANACT) ou les services de santé au travail.
- **Améliorer le suivi médical des personnes soumises à des risques de cancers** liés à des expositions professionnelles : le financement par la DGT de recommandations de bonnes pratiques en direction des médecins sera reconduit et les liens entre médecins du travail et médecins traitants seront renforcés.

Renforcer les mesures de prévention du risque de désinsertion professionnelle des salariés atteints de cancer

- **Sensibiliser l'ensemble des parties prenantes** : seront organisés des échanges avec des représentants de l'entreprise (organisations professionnelles, associations de directeurs des ressources humaines, réseaux consulaires, etc.) en vue de les doter d'une "boîte à outils" permettant une meilleure intégration des salariés atteints de cancer.
- **Mieux sécuriser le parcours professionnel des salariés atteints de cancer**. Diverses mesures seront mises en œuvre afin de conduire au maintien en emploi des salariés : inventaire des dispositifs existants (mobilisation des congés et aménagements de postes à disposition des malades ou des aidants), mobilisation et meilleure articulation des acteurs institutionnels de la prévention de la désinsertion professionnelle (SAMETH⁵⁾, services de santé au travail notamment). Des expérimentations seront menées dans plusieurs régions afin de garantir l'effectivité de cette action.
- **Organisation d'Assises de l'insertion** afin d'assurer la pleine mobilisation des acteurs publics et privés autour de l'objectif vertueux que constitue la lutte contre la désinsertion professionnelle.

La participation à la convention nationale multipartite pour l'emploi des personnes handicapées

Prévue par la loi du 28 juillet 2011 relative aux maisons départementales des personnes handicapées (MDPH) et à la politique du handicap, la convention nationale multipartite pour l'emploi des personnes handicapées a été signée le 27 novembre 2013.

Elle rassemble l'État, *via* la Direction générale du travail et la Délégation générale à l'emploi et à la formation professionnelle (DGEFP), Pôle emploi, l'Agefiph (Fonds pour l'insertion des personnes handicapées), le Fonds pour l'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique (FIPHFP), la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), l'Association des régions de France (ARF), la Caisse nationale de l'Assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) et la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole (CCMSA), autour du projet commun de donner plus de lisibilité et d'efficacité à la politique d'emploi des personnes handicapées.

Établie pour une durée de trois ans, la convention vise notamment à sécuriser les parcours d'accès à l'emploi durable des travailleurs handicapés et à mieux définir et mettre en œuvre des actions ciblées de maintien en emploi. Un comité de pilotage est chargé d'assurer la mise en œuvre et le suivi des dispositions de la convention ; il s'appuie sur les réflexions de différents groupes de travail thématiques.

5) Service d'appui et de maintien dans l'emploi des travailleurs handicapés (SAMETH).

La DGT est partie prenante du groupe de travail "Maintien en emploi". Ce groupe a pour mission de :

- communiquer sur les offres institutionnelles régionales de maintien en emploi et leur articulation ;
- généraliser l'offre de remobilisation, de bilan et de formation professionnelle au profit des salariés en situation d'arrêt de travail ;
- développer la coopération des acteurs du maintien en emploi aux niveaux national, régional et local.

Le second mandat du groupe de travail national amiante et fibres

Le groupe de travail national amiante et fibres (GTNAF), créé par le décret n° 2008-101 du 31 janvier 2008 à la suite des rapports parlementaires sur l'amiante, est devenu, durant les quatre années de son premier mandat (2008-2012), un lieu d'échange d'informations, de suivi des études et des expérimentations en cours et de travail en commun entre les administrations centrales concernées (DGT, DGS, DGPR, DHUP)⁽⁶⁾ et les organismes de prévention (INRS, OPPBTP)⁽⁷⁾ et scientifiques (InVS, Anses, INSERM, BRGM, INERIS...)⁽⁸⁾ qui en sont membres.

En outre, le GTNAF assure une traçabilité de l'action des administrations et organismes membres destinée aux parlementaires, à l'origine de sa création, et aux citoyens, par le biais de la publication de son rapport annuel d'activité et de son rapport de fin de mandat.

L'intérêt et l'importance des chantiers envisagés par le GTNAF ont conduit le Gouvernement à reconduire cette instance pour un second mandat de quatre ans, par décret du 21 août 2013.

Les travaux menés durant le premier mandat du GTNAF ont fait émerger des problématiques nouvelles qui appellent des réflexions approfondies. Elles concernent notamment :

- l'amélioration du dispositif de traçabilité des matériaux contenant de l'amiante (MCA) à travers l'insertion dans le Code du travail, de l'obligation de procéder au repérage avant travaux, couvrant l'ensemble des situations de travaux, notamment celles relevant du génie civil (terres amiantifères, enrobés routiers, canalisations enterrées) ;

6) DGT : Direction générale du travail ;

DGS : Direction générale de la santé ;

DGPR : Direction générale de la prévention des risques ;

DHUP : Direction de l'habitat, de l'urbanisme et des paysages.

7) INRS : Institut national de recherche et de sécurité pour la prévention des AT-MP ;

OPPBTP : Organisme professionnel de prévention du bâtiment et des travaux publics.

8) InVS : Institut de veille sanitaire ;

Anses : Agence nationale de sécurité sanitaire, de l'environnement et du travail ;

INSERM : Institut national de la santé et de la recherche médicale ;

BRGM : Bureau de recherches géologiques et minières ;

INERIS : Institut national de l'environnement industriel et des risques.

- la professionnalisation des intervenants de la filière amiante (entreprises, organismes de formation, organismes de contrôle des niveaux d'empoussièrément, opérateurs de repérage) ;
- la création d'une filière de démantèlement des installations ou équipements industriels, tels les navires, les centrales électriques (nucléaires, hydrauliques, thermiques), les matériels ferroviaires, qui posent tout à la fois des problématiques de désamiantage et de retraitement des déchets en vue de la revalorisation des métaux.

***Actions au titre des règlements REACH n° 1907/2006
du Parlement européen et du Conseil du 18 décembre 2006
et CLP n° 1272/2008 du Parlement européen et du Conseil***

Les réunions de coordination REACH/CLP, auxquelles participent l'Anses, la DGPR, la DGS et la DGT permettent, au moins une fois par trimestre, de faire le point sur les dossiers portés par l'Anses dans le cadre des règlements REACH et CLP (dossiers de restriction, d'autorisation et de classification harmonisée de substances) et de partager les informations sur les groupes de travail et autres réunions communautaires qui ont lieu sur ces sujets.

Le groupe de travail "forum", rassemblant les représentants des services d'inspection associés à la DGPR, la DGS, la DGT, la DGCCRF⁹⁾ et les douanes, se réunit environ trois fois par an. Il s'agit d'un groupe miroir au "forum" de l'Agence européenne des produits chimiques (ECHA) qui a pour objectif de définir les lignes directrices des contrôles et sanctions dans le cadre des règlements REACH et CLP. C'est dans ce cadre que sont rédigées notamment les circulaires interministérielles annuelles de contrôle des produits chimiques.

Le groupe de travail sur les risques chimiques (GTRC), piloté par la DGT, réunit les administrations en charge des diverses réglementations sur les substances chimiques (DGPR/DGT/DGS/DGCIS¹⁰⁾/DGCCRF) et les organismes scientifiques compétents dans ce domaine (Anses, INRS...)¹¹⁾. Il est le lieu d'échanges sur les problématiques rencontrées dans le domaine de la santé et de la sécurité au travail vis-à-vis du risque chimique et sur les positions françaises au sein des différentes instances européennes ou internationales (par exemple : Comité consultatif de Luxembourg sur la santé et sécurité au travail, comité des autorités compétentes REACH et CLP, activités sur les produits chimiques à l'OCDE¹²⁾ ou à l'ONU¹³⁾, etc.).

9) DGCCRF : Direction générale de la concurrence, de la consommation et de la répression des fraudes.

10) DGCIS : Direction générale de la compétitivité de l'industrie et des services.

11) Anses : Agence nationale de sécurité sanitaire, de l'environnement et du travail ;
INRS : Institut national de recherche et de sécurité pour la prévention des AT-MP.

12) OCDE : Organisation de coopération de développement économique.

13) ONU : Organisation des Nations Unies.

1.5. LES ACTIONS D'ACCOMPAGNEMENT ET DE COMMUNICATION

Les conventions d'objectifs

Les conventions d'objectifs permettent d'aborder la prévention des risques professionnels sous un angle complémentaire à celui de l'action normative et fournissent un outil supplémentaire d'amélioration de l'application de la réglementation, adapté au secteur concerné, en complément de l'action de l'Inspection du travail.

En effet, les organisations professionnelles sont des vecteurs d'information et de sensibilisation privilégiés en direction de leurs adhérents et notamment les TPE et PME. Le développement de méthodes d'appui adaptées en direction de ce type d'entreprises constitue également un enjeu important en vue d'une meilleure appropriation de la réglementation.

À ce jour, cinq conventions ont été signées, avec pour objectif commun d'accompagner les entreprises dans la mise en œuvre de la réglementation prévue par le Code du travail en matière de prévention des risques professionnels et principalement du risque chimique. La mise en œuvre de ces conventions s'est traduite par plusieurs actions significatives en 2013.

La convention pour la mise en œuvre de la santé au travail dans les travaux publics

La Fédération des travaux publics (FNTP) et l'Union des syndicats de l'industrie routière française (USIRF) en association avec la DGT, la CNAMTS, l'OPPBTP et l'INRS ont signé une convention d'objectifs le 29 mars 2012. Cette convention traite de la prévention du risque chimique dans les entreprises de travaux publics mais également des rayonnements ultra-violets (UV), des troubles musculo-squelettiques (TMS) et des risques psychosociaux. Concernant les activités visées, la convention couvre l'ensemble du champ des travaux publics afin de pouvoir être déclinée par les syndicats de spécialités constituant la FNTP.

Les objectifs essentiels de cette convention conclue pour une période de cinq ans sont les suivants :

- développer la connaissance sur les risques chimiques, TMS, routier et UV ;
- identifier et promouvoir les bonnes pratiques de prévention adaptées ;
- mobiliser les entreprises de travaux publics pour réduire leur sinistralité ;
- renforcer la prévention des risques professionnels dans les formations initiales et continues aux métiers des travaux publics.

Les travaux menés dans le cadre de cette convention se sont notamment traduits par la diffusion, à la fin de l'année 2013, d'un guide décrivant les

investigations à mener, préalables aux travaux de rabotage, de démolition, de recyclage et de réutilisation des enrobés et qui sont nécessaires pour établir l'absence ou la présence d'amiante ou d'hydrocarbure aromatique polycyclique (HAP) en teneur élevée. Ce guide est assorti de recommandations.

Il concerne en premier lieu les maîtres d'ouvrage et les donneurs d'ordre responsables de la caractérisation de leur ouvrage, en l'occurrence la chaussée à entretenir, pour disposer des informations permettant de définir les travaux à réaliser et établir le cahier des charges de la consultation.

Les recommandations du guide concernent également :

- les maîtres d'œuvre, bureaux d'études, concepteurs et coordonnateurs sécurité et protection de la santé ;
- les entreprises qui seront chargées des travaux, afin qu'elles soient en mesure d'apprécier la réelle prise en compte par le donneur d'ordre de l'éventuelle présence d'amiante ou d'HAP en teneur élevée dans les chaussées à traiter, et le cas échéant, d'attirer l'attention du donneur d'ordre. En effet, les entreprises doivent établir une évaluation des risques sur chantier (en l'occurrence risque amiante et HAP) et prendre les mesures de prévention en conséquence.

Quatre fiches destinées à tous les acteurs réalisant des travaux sur les revêtements de chaussées ont également été diffusées afin de préciser les mesures de prévention recommandées lors des opérations réalisées sur un revêtement routier (rabotages de chaussée, travaux de démolition de chaussée).

La convention "poussières de bois"

Afin de prendre en compte les constats assez alarmants dressés dans le cadre de la campagne nationale de contrôle des services de l'Inspection du travail effectuée en 2008 sur les poussières de bois, il a été décidé, par les partenaires ayant participé à la campagne et les organisations professionnelles de la filière bois, d'élaborer une convention relative à la prévention du risque cancérigène lié à l'exposition aux poussières de bois.

Après des échanges nourris qui ont permis à l'ensemble des partenaires de préciser leurs engagements, la convention a été signée le 27 mars 2012.

Les actions conduites dans le cadre cette convention répondent à quatre objectifs principaux :

1. Sensibiliser et informer

- mobiliser les employeurs sur leurs obligations réglementaires en matière de prévention du risque cancérigène, mutagène et toxique pour la reproduction (CMR) et leurs responsabilités en matière de santé au travail ;

- améliorer l'information des travailleurs sur les risques cancérogènes liés à l'exposition aux poussières de bois, en développant des outils adaptés (plaquettes, informations adaptées, outils numériques...) ;
 - sensibiliser les responsables et décideurs d'entreprises à la prise en compte des critères essentiels en matière de conception des machines dans le cadre de l'élaboration des cahiers des charges, lors de l'acquisition d'équipements ;
 - promouvoir les réalisations techniques exemplaires en matière de conception des installations.
2. Proposer aux employeurs et aux travailleurs une formation spécifique sur la prévention des risques liés à l'exposition aux poussières de bois
3. Mieux contrôler les niveaux d'empoussièrement et le respect de la valeur limite d'exposition professionnelle (VLEP)
- étudier, dans le cadre d'un groupe de travail, la faisabilité d'une ou de plusieurs méthodologies permettant d'améliorer les contrôles techniques de la valeur limite d'exposition professionnelle des poussières de bois ;
 - concevoir un guide méthodologique destiné à faciliter la mise en œuvre du décret n° 2009-1570 relatif au contrôle du risque chimique et à la mesure des expositions professionnelles aux poussières de bois.
4. Proposer un appui technique
- aider les entreprises pour la réalisation de l'évaluation des risques et du document unique prenant en compte le risque cancérogène lié à l'exposition aux poussières de bois ;
 - contribuer à la mise en place d'installations assurant une protection efficace des travailleurs en apportant une aide technique aux responsables et décideurs des petites entreprises à toutes les étapes importantes concourant à cet objectif (conception, contrôle et maintenance) ;
 - élaborer une méthodologie d'évaluation des émissions de poussières des machines portatives ;
 - aider les responsables et décideurs d'entreprises sur les critères essentiels à prendre en compte en matière de conception des machines dans le cadre de l'élaboration des cahiers des charges lors de l'acquisition d'équipements.

Pour répondre à ces objectifs, plusieurs groupes de travail se sont constitués, permettant tout à la fois de dresser un état des lieux des actions de prévention et des difficultés rencontrées dans la mise en œuvre de la réglementation mais également d'agir sur la conception des machines usinant le bois afin de réduire les émissions de poussières.

La convention “formaldéhyde”

À l'initiative de l'Union des industries des panneaux de process (UIPP) et de l'Union nationale des industries françaises de l'ameublement (UNIFA), organisations professionnelles représentatives des secteurs de la fabrication de panneaux à base de bois et de l'ameublement, une convention a été signée le 27 mars 2012 visant à améliorer l'application des dispositions de la réglementation cancérogène, mutagène et toxique pour la reproduction (CMR) en ce qui concerne l'utilisation de colles à base de formaldéhyde.

Les actions conduites dans le cadre de cette convention répondent à l'objectif général de facilitation du déploiement de la réglementation relative au risque chimique appliquée au formaldéhyde sur chacun des trois axes suivants :

- sensibiliser et informer les employeurs sur les obligations et les responsabilités en matière de prévention du risque CMR appliquées aux travaux exposant au formaldéhyde ;
- former et informer les travailleurs sur les risques liés aux travaux exposant au formaldéhyde (plaquettes, formations adaptées...) ;
- proposer un appui technique.

L'organisation, le 27 mars 2014, d'une journée sur l'exposition professionnelle au formaldéhyde dans les industries du bois, des panneaux à base de bois et de l'ameublement a permis de sensibiliser les différents acteurs de ces secteurs professionnels : chefs d'entreprise, services de santé au travail, CHSCT, services hygiène, sécurité, environnement (HSE), etc. Les effets sur la santé du formaldéhyde, les dispositions réglementaires, les moyens de prévention et les pistes de substitution des colles au formaldéhyde y ont été présentés par la DGT, des experts appartenant aux organismes de prévention et des professionnels.

Par ailleurs, l'UIPP a réalisé une campagne de mesures d'empoussièrement sur tous les sites de ses adhérents, dont les résultats sont attendus pour 2014. Les enseignements tirés permettront de valoriser et de diffuser les actions de prévention exemplaires.

La convention “CMR” (cancérogène, mutagène et toxique pour la reproduction)

Les avenants du 14 juin 2011 visent à poursuivre et à renforcer les actions engagées dans les conventions CMR, signées le 21 avril 2008 avec l'Union des industries chimiques (UIC), l'Union des industries et des métiers de la métallurgie (UIMM) et la Fédération des industries des peintures, encres, couleurs, colles et adhésifs, préservation du bois (FIPEC), sur plusieurs axes jugés prioritaires par les signataires. En comparaison des conventions

d'origine, ces avenants ont volontairement privilégié une approche pragmatique à travers les actions suivantes :

- information et sensibilisation des entreprises, notamment des TPE et PME (journées d'information, diversification des supports d'information...) ;
- élaboration d'une méthode d'évaluation des risques répondant au cahier des charges défini par les signataires ;
- valorisation des actions de substitution des agents CMR ;
- rôle des fournisseurs et des donneurs d'ordre, notamment sur la substitution des agents CMR ;
- formation des employeurs et de référents d'entreprise à la prévention des risques chimiques ;
- sensibilisation à la prévention du risque CMR dans le cadre particulier des interventions d'entreprises extérieures ;
- expérimentation relative à la mise en place d'un dispositif de traçabilité des expositions professionnelles ;
- organisation d'un concours afin d'encourager les bonnes pratiques dans l'application des dispositions réglementaires.

L'année 2013 a notamment été l'occasion de la diffusion de la brochure INRS *“Travailler avec les produits chimiques, pensez prévention des risques !”*, qui explique ce que sont les risques chimiques, de quelle manière les personnes y sont exposées, quels sont les dommages possibles et comment ils peuvent survenir et affecter leur santé. Elle indique également comment prévenir ces risques et donne des clés pour agir.

La convention “garage”

La campagne de contrôle initiée au niveau européen par le Comité des hauts responsables de l'Inspection du travail (CHRIT), qui a permis de contrôler 2 880 établissements en France entre le 15 septembre et le 15 décembre 2010, a révélé une application insuffisante de la réglementation relative à la prévention du risque chimique dans le secteur de la réparation de véhicules, malgré des résultats très contrastés.

Au vu de ces constats et face à un risque diffus et souvent banalisé, la convention du 27 mars 2012 réunissant deux fédérations professionnelles, le Conseil national des professions de l'automobile (CNPA) et la Fédération nationale de l'artisanat automobile (FNAA), prévoit la mise en place des actions suivantes :

- sensibiliser les employeurs et les travailleurs, y compris les apprentis et les salariés en formation en alternance, au risque chimique et à ses effets délétères sur la santé ;
- améliorer l'évaluation du risque chimique ;
- développer la substitution des agents CMR ;

- apporter un appui technique aux entreprises pour installer des moyens de protection collective adaptés et en assurer la maintenance et la vérification ;
- améliorer la formation des travailleurs à la prévention de ce risque.

La poursuite de la refonte de la réglementation relative au risque amiante

L'arrêté du 7 mars 2013 fixe les modalités de choix, d'utilisation, et de vérification des équipements de protection individuelle et celui du 8 avril 2013 est relatif aux moyens de protection collective. En cohérence avec les dispositions du décret du 4 mai 2012, ces deux arrêtés encadrent l'évaluation des risques réalisée par l'employeur et définissent le niveau des équipements de protection individuelle et des moyens de prévention collective à mettre en œuvre, selon les trois niveaux d'empoussièrement – définis de manière identique pour la sous-section 3 et la sous-section 4 – qui structurent désormais la réglementation.

Le décret modificatif n° 2013-594 du 5 juillet 2013 permet la montée en charge des dispositifs d'accréditation et de certification en reportant :

- au 1^{er} janvier 2014, l'obligation de certification, selon le nouveau référentiel, des entreprises intervenant dans le domaine du retrait et de l'encapsulage de l'amiante ;
- au 1^{er} juillet 2014, l'obligation de certification des entreprises effectuant le retrait de l'enveloppe extérieure des bâtiments ;
- au 1^{er} juillet 2014, l'obligation d'accréditation, pour l'ensemble du processus d'analyse, des organismes effectuant les mesures de l'empoussièrement.

Les actions en matière de risques physiques

Dans le prolongement des actions conduites les années précédentes, la Direction générale du travail est intervenue dans plusieurs manifestations nationales au cours de l'année 2013 afin d'apporter aux principaux acteurs de la prévention des risques professionnels (employeur, médecin du travail, préventeur, personne compétente en radioprotection, etc.) un éclairage sur les dispositions réglementaires prises en matière de risques physiques par le ministère chargé du Travail.

À ce titre, plusieurs communications ont été assurées dans des congrès ou séminaires à caractère professionnel et dans des manifestations à caractère scientifique organisées par les sociétés savantes, notamment pour présenter les dispositions réglementaires nouvelles ainsi que les évolutions attendues du Code du travail en matière de prévention des risques physiques qui découleront notamment des travaux de transposition des directives 2013/35/UE du 26 juin 2013 (champs électromagnétiques) et 2013/59/Euratom du 5 décembre 2013 (rayonnements ionisants) ainsi que de ceux relatifs à

la réforme du dispositif réglementaire de prévention du risque en milieu hyperbare.

Peuvent notamment être citées parmi ces interventions celles du :

- 6 février 2013, à la journée des auditeurs du comité français de certification des entreprises pour la formation et le suivi du personnel travaillant sous rayonnements ionisants ;
- 11 juin 2013, au 9^e Congrès national de radioprotection à Bordeaux ;
- 10 septembre, à la 3^e Journée du droit du travail maritime organisée par l'Unité territoriale de l'Hérault, qui rassemblait les professionnels de la mer ;
- 13 septembre 2013, à la 2^e session scientifique du réseau de personnes compétentes en radioprotection du sud-ouest ;
- 3 décembre 2013, à la journée scientifique organisée par la société française de radioprotection sur l'exposition des travailleurs aux champs électromagnétiques 0-300 GHz.

2. LES SERVICES DÉCONCENTRÉS DU MINISTÈRE

2.1. LES ACTIONS TRANSVERSALES

En **Île-de-France**, le Plan régional santé au travail 2011-2014 a poursuivi l'objectif de mise en place d'un "*diagnostic francilien en santé au travail*". Ce projet part de la conviction selon laquelle les rapports annuels des médecins du travail sont de nature à apporter des informations précieuses. Les données collectées concourent à l'enrichissement du diagnostic francilien en santé au travail. Celles disponibles en 2013 permettent de constater que certains services réalisent d'ores et déjà, dans le cadre de la détermination de leurs besoins, un diagnostic local – par département ou par secteur – assez fin des entreprises et des salariés suivis. La DIRECCTE espère ainsi pouvoir exploiter les données qu'ils contiennent et faire des constats utiles sur ce que ces données apportent pour le diagnostic francilien.

En **Picardie**, se sont tenues, en 2013, les 5^e Assises régionales de la santé au travail, qui ont permis de rassembler plus de 240 participants. Cette initiative est partie du constat que la médecine du travail ne cesse d'évoluer. La réforme menée en 2011 a fait évoluer le mode de fonctionnement des services de santé au travail et favorisé le renforcement de la place des partenaires sociaux. Cette manifestation a ainsi été l'occasion d'attester de l'importance de chacun des acteurs de la santé au travail et de rappeler la légitimité et le rôle des partenaires sociaux dans la nouvelle gouvernance des services de santé au travail. Ces assises ont concouru à renforcer le constat selon lequel, pour répondre aux besoins des entreprises, il était nécessaire de poursuivre les partenariats existants sur le territoire et de développer une politique de prévention active des risques professionnels.

En **PACA (Provence – Alpes – Côte d'Azur)**, il a été procédé en 2013 à un bilan des diverses actions de sensibilisation menées auprès des représentants du personnel. Cette action en direction des représentants du personnel procède du constat suivant : les institutions représentatives du personnel sont des acteurs de proximité nécessaires à une action efficace en faveur de la prévention des risques professionnels, notamment par le prisme d'une négociation collective de qualité. Or l'analyse du fonctionnement des institutions représentatives du personnel en PACA fait apparaître des besoins importants de qualification de leurs membres, et ce particulièrement dans les PME. Des actions de sensibilisation des représentants du personnel ont donc été mises en place par l'Institut régional du travail dans le cadre d'une convention de partenariat avec la DIRECCTE. Ces actions de sensibilisation, ouvertes aux représentants du personnel – DP, CE, CHSCT et DS⁽¹⁴⁾ – ont été

14) DP : délégué du personnel ; CE : comité d'établissement ; CHSCT : Comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail ; DS : délégué syndical.

organisées selon deux modalités : une journée d'étude annuelle accueillant entre 100 et 300 représentants du personnel et des actions de sensibilisation, le plus souvent centrées sur la santé au travail. Les journées d'étude visent à assurer la diffusion d'informations et à aborder des thèmes d'actualité (par exemple : en 2013, la question "*santé au travail et emploi des jeunes*"). Les actions de sensibilisation visent, quant à elles, à aborder les questions plus complexes ou techniques (ex. : risque chimique et CMR) ou les thématiques nouvelles (RPS, TMS) qui requièrent, de la part des représentants du personnel, un investissement et l'acquisition de connaissances et de méthodes spécifiques.

En, **Midi-Pyrénées**, une action de promotion du rôle de prévention des CHSCT a été menée sur la période 2012-2013 (cf. forum des membres de CHSCT organisé en 2012, ayant réuni 150 personnes). L'objectif était de permettre une meilleure animation du réseau des organismes de formation des membres de CHSCT dans la région et l'optimisation du référentiel pour améliorer la qualité de la formation. Surtout, les profits tirés de cette approche – notamment en terme d'analyse, de méthodologie et de connaissance – ont pu profiter directement à de nombreuses actions menées le cadre du Plan régional de santé au travail (PRST) : tel aura été le cas des contrôles de l'Inspection du travail dédiés aux risques psychosociaux dans les entreprises du secteur sanitaire et social ou du commerce de détail alimentaire, menés en 2012 et poursuivis en 2013. Cette démarche a également profité aux actions d'accompagnement, visant à réduire les risques de TMS chez les plaquistes, menées par la CARSAT et l'OPPBTP, comme le déclenchement d'aides financières au profit des entreprises qui se sont dotées d'aides mécaniques à la manutention. Ont également bénéficié de cette démarche les actions menées par la mutuelle sociale agricole (MSA) sur la prévention des TMS en viticulture ou les mesures d'accompagnement individuel de plusieurs entreprises engagées par le MIDACT (Aract de Midi-Pyrénées) en faveur de la mise en œuvre effective de leurs obligations en matière de la prévention de la pénibilité. Ces actions sont perçues par la DIRECCTE comme permettant d'objectiver l'impact du PRST sur les entreprises et les travailleurs. Une même démarche de valorisation et de diffusion des résultats du PRST est à l'origine de la mise en ligne sur le site Internet de la DIRECCTE du "*Bilan d'étape 2013*" du PRST et de la diffusion par les partenaires en direction de leurs réseaux respectifs des actions du PRST auprès du grand public.

La DIRECCTE de **Languedoc-Roussillon** a assuré la mise en œuvre, en 2013, de diverses manifestations dédiées à la promotion de la prévention des risques professionnels. Ainsi, en partenariat avec la DGT, la CARSAT et l'Aract, elle a organisé le séminaire régional de l'Agence européenne pour la santé et la sécurité au travail intitulé "*Ensemble pour la prévention des risques professionnels*". Ce séminaire aura ainsi rassemblé 400 participants (par exemple : médecins du travail, Inspection du travail, préventeurs,

partenaires sociaux, etc.) autour de tables rondes consacrées à divers thèmes (*“TPE/PME : les ressources mobilisables pour une prévention efficace des risques professionnels”* ; *“Les femmes et les hommes face à leurs conditions de travail”* ; *“Comment prévenir les risques de désinsertion professionnelle ?”* ; *“Nouvelles technologies, nouvelles organisations de travail”*). Elle a par ailleurs coordonné, en partenariat avec l'Agence régionale de santé (ARS), la Direction régionale de l'environnement, de l'aménagement et du logement (DREAL) et la CARSAT, une journée d'information-sensibilisation des maîtres d'ouvrages et donneurs d'ordre publics intitulée *“Repérer pour agir – L'amiante dans tous ses états”*. Cette initiative a rassemblé près de 150 participants (chefs de service, techniciens en charge des opérations immobilières, architectes, bailleurs sociaux, agents de l'Inspection du travail, préventeurs). La rencontre avait pour ambition d'échanger sur divers thèmes : *“Problématique du repérage de l'amiante et obligations du maître d'ouvrage”* ; *“Composants amiantés encore présents dans les constructions”* ; *“Évaluations scientifiques”* ; *“Actualité de la réglementation du droit du travail relatif à la prévention du risque amiante et responsabilité du maître d'ouvrage”* ; *“Gestion des déchets amiantés et point de vue des opérateurs de repérage”*.

2.2. L'APPROCHE PAR PUBLIC

Seniors

En **Île-de-France**, une action inscrite au PRST a fait l'objet d'un travail piloté par la DIRECCTE et réalisé par l'Aract, visant à aider les entreprises à négocier et à élaborer leur plan pour l'emploi des seniors. Elle a été couplée avec un travail similaire concernant les accords pénibilité. Ainsi dans les Hauts-de-Seine, une rencontre avec une quarantaine d'employeurs adhérents du MEDEF a permis d'aborder la question du développement des “négociations administrées”, en particulier en matière de pénibilité et d'emploi des seniors. Dans le Val-d'Oise, l'Unité territoriale a procédé à une analyse du suivi des accords signés sur ce thème dans 50 entreprises ciblées. Ce bilan a pu mettre en évidence une association satisfaisante des institutions représentatives du personnel, ainsi que l'atteinte globale des objectifs de maintien dans l'emploi des seniors. Par ailleurs, les entreprises se sont dotées d'indicateurs et d'outils de suivi. Ce travail a bénéficié d'une action de l'Aract qui a animé des ateliers visant à aider les parties prenantes à négocier sur cette thématique.

En **Midi-Pyrénées**, sur l'axe *“Agir sur la gestion des âges et les conditions de travail”*, la DIRECCTE observe que les objectifs ont évolué consécutivement à l'actualité réglementaire : initialement centré sur les actions en faveur de l'emploi des seniors de 2011 à 2012, le travail s'est sensiblement

réorienté de 2013 à 2014 sur les démarches de prévention de la pénibilité. Les efforts se sont alors concentrés sur l'analyse des accords d'entreprise et des plans d'action et sur l'accompagnement de collectifs d'entreprises ou de branches professionnelles à la construction et à la réalisation des plans d'action ou d'accords collectifs (par exemple, des ateliers emploi seniors auprès de 20 entreprises des Hautes-Pyrénées, l'accompagnement dans le Pays Midi-Quercy des entreprises du secteur sanitaire et social dans le champ de la pénibilité, etc.).

Femmes

L'approche par genre de la prévention des risques professionnels fait l'objet d'un faible nombre d'actions signalées dans le cadre de l'activité territoriale. On notera toutefois, en **Haute-Normandie**, l'action menée en matière de prévention des risques pendant la grossesse. L'action mise en œuvre dans le cadre du PRST part du constat suivant : en Haute-Normandie, près de 15 000 enfants naissent chaque année de mères ayant eu une activité professionnelle durant leur grossesse ; or, cette activité peut exposer ces femmes à certains produits chimiques, ou à certaines conditions de travail qui peuvent se révéler incompatibles avec la grossesse. En dehors même du milieu professionnel, bon nombre de produits peuvent nuire au fœtus et à la fertilité. Pour ces raisons, l'ARS et la DIRECCTE ont travaillé ensemble à la conception d'un dépliant et d'une affiche destinés à rappeler aux femmes les dispositions protectrices du Code du travail en la matière (cf. possibilité de suspendre le contrat de travail de la femme, ou à défaut, obligation pour l'employeur de lui proposer un poste compatible avec sa grossesse) et à leur prodiguer des conseils élémentaires de protection. Ces dépliants et affiches, produits respectivement à plus de 20 000 et 2 000 exemplaires ont été adressés aux professionnels de santé de la région (médecins généralistes, sages-femmes, gynécologues, Protection maternelle et infantile et médecins du travail).

2.3. L'APPROCHE PAR SECTEUR

Secteur de l'automobile

En région **Rhône-Alpes**, le secteur de la réparation automobile a fait l'objet d'une action portée par la CARSAT, la DIRECCTE, la branche professionnelle concernée (CNPA) et plusieurs services de santé au travail.

Celle-ci visait d'abord à sensibiliser les acteurs du secteur à la question de l'évaluation des risques professionnels : un dépliant de 4 pages a ainsi été réalisé dans le but de promouvoir le document unique d'évaluation des risques professionnels (DUER) dans les très petites entreprises (TPE), et de favoriser l'appropriation d'une démarche de prévention. La démarche est

avant tout incitative (elle consistait en particulier en la présentation des aides ou outils disponibles et des personnes ressources pouvant être mobilisées dans le cadre de cette démarche). Une vingtaine de garages a été visité par la DIRECCTE dans le cadre de cette action en 2013, ce qui a permis, par ailleurs, d'appréhender la question de la captation des polluants : un document a été réalisé à destination des garages de réparation mécanique et de carrosserie les sensibilisant à l'aide d'un questionnaire à la nécessité d'entretenir correctement leur système de ventilation. Il s'agissait de mettre en valeur les solutions concrètes à mettre en place dans les petites structures qui ne disposent pas de moyens financiers importants.

Bâtiment et travaux publics (BTP)

- Le secteur du BTP en **Aquitaine** se caractérise par une diminution globale et inégalement répartie de l'activité malgré un maintien sous tension dans certains bassins et un taux d'accidents du travail graves ou mortels en faible décline. Un travail a été initié afin de mobiliser plus fortement le réseau des préventeurs. Il a abouti à la signature, en 2013, d'une nouvelle convention de coopération entre la DIRECCTE et l'OPPBTP qui fixe les conditions de contractualisation et d'élaboration des partenariats avec les services de santé au travail, prévoit la formation des services d'Inspection du travail par les formateurs de l'OPPBTP, organise la promotion des CHSCT des entreprises du BTP.
- En région **Centre**, un groupe de travail regroupant l'Inspection du travail, la CARSAT, l'OPPBTP et les services de santé au travail, collabore sur la prévention des risques de chute de hauteur et la prévention des risques liés à l'amiante et à l'exposition aux cancérogènes, mutagènes, toxiques pour la reproduction. S'agissant du risque amiante, des documents ont été conçus déclinant pour les maîtres d'ouvrage comme pour les entreprises les points à intégrer au cours du déroulement des opérations exposant à l'amiante. S'agissant des chutes de hauteur, une campagne d'un mois a été organisée en juin 2013, centrée sur les chutes de hauteur et l'hygiène. Il ressort notamment du contrôle de 140 chantiers un taux de non-conformité de l'utilisation de 82 % des équipements de travail, l'absence de toilettes sur 15 % des chantiers et leur non-conformité sur 40 %. Ceci a entraîné, de la part de l'OPPBTP, la mise en œuvre d'actions soutenues de formation et d'accompagnement des chefs d'entreprise du BTP.

Focus sur une action régionale : prévention du risque plomb sur les chantiers de rénovation du BTP

En région Centre, on évalue à près de 6 000 le nombre de salariés exposés au plomb et à ses dérivés classés toxiques pour la reproduction, nocifs par inhalation et ingestion, avec des effets cumulatifs d'après une estimation faite à partir des données de l'enquête SUMER 2003.

Par ailleurs, la région Centre a dénombré plusieurs cas d'intoxications, entre 2008 et 2009, liés à une exposition au plomb sur des chantiers de rénovation du bâtiment où la présence de peintures anciennes au plomb n'avait pas été identifiée.

Dans le cadre du PRST a été menée une action partenariale articulant le suivi des alertes, l'information des entreprises du BTP sur les risques du plomb, notamment lors du retrait de canalisations en plomb et l'incitation des professionnels (maîtres d'ouvrage et entreprises) à prendre en compte ce risque dans la définition des cahiers des charges des travaux de rénovation, l'évaluation du risque et la définition des mesures de prévention.

L'élaboration de ces actions a associé l'ARS, la CARSAT, l'OPPBTP, des services de santé au travail et la DIRECCTE (équipe pluridisciplinaire et agents de contrôle de l'Inspection du travail).

- Un dispositif d'alerte dont le pivot est le médecin inspecteur régional associé SST, CARSAT, OPPBTP, DIRECCTE, ARS et repose sur une fiche de signalement de situations à risque ou d'intoxication (20 recensées entre 2010 et 2013).
- Face aux particularités des situations de travail des canaliseurs procédant au retrait de canalisations en plomb, les préventeurs ont élaboré un outil d'évaluation, présenté à la profession au cours de réunions de sensibilisation. Ce dispositif d'information est complété par deux plaquettes, l'une à destination des artisans et employeurs, l'autre pour les opérateurs. L'OPPBTP a élaboré un module spécifique de formation, dont 58 personnes ont bénéficié.
- Les préventeurs se sont interrogés sur les éléments dont disposaient maîtres d'ouvrages, coordonnateurs, et entreprises pour procéder à l'évaluation du risque sur les chantiers de rénovation. Depuis 2010, les agents de contrôle de l'Inspection du travail ont demandé des diagnostics plomb. Ces demandes, parfois difficilement reçues par les maîtres d'ouvrages, faute d'ancrage réglementaire, ont contribué à la sensibilisation des acteurs.

À ce jour, deux types de diagnostics sont utilisés et réglementés par le Code de santé publique : le constat de risque d'exposition au plomb (CREP) et le diagnostic de risque d'intoxication par le plomb des peintures (DRIPP). Cependant, ceux-ci ne concernent que les bâtiments construits avant 1949, alors que la prévalence de présence du plomb dans les logements construits entre 1949 et 1974 reste importante, et ne prennent en compte que le risque d'accessibilité au plomb par les enfants. Or, dans le cadre d'un projet de rénovation/réhabilitation ou de démolition, ces diagnostics

ne sont pas adaptés pour évaluer le risque d'exposition des travailleurs opérant sur chantier.

Dans ce contexte, le groupe de travail régional et partenarial a été amené à faire des préconisations pour guider à la fois les donneurs d'ordre et les diagnostiqueurs dans l'élaboration d'un diagnostic adapté à l'évaluation du risque d'exposition au plomb des travailleurs.

Les "préconisations pour la réalisation d'un diagnostic plomb avant travaux" ont bénéficié de l'apport des membres du groupe de travail et de l'échange avec des maîtres d'ouvrage, des entreprises intervenantes et des diagnostiqueurs certifiés de la région.

La sollicitation de la DGT sur les difficultés rencontrées pour exploiter les CREP, a permis d'établir un contact avec l'un des participants au groupe de travail national en charge de la rédaction d'une norme AFNOR sur le diagnostic avant travaux hors champ de la santé publique.

Les préconisations du groupe de travail ont pour objectif de :

- sensibiliser les différentes parties prenantes sur le risque d'exposition au plomb dans les chantiers de rénovation/réhabilitation ou de démolition ;
- justifier l'importance d'un diagnostic adapté au "champ travail" ;
- guider les diagnostiqueurs dans l'élaboration d'un diagnostic et la rédaction du rapport.

L'ensemble de ces éléments vise une meilleure prise en compte du risque d'exposition au plomb des travailleurs, ceci le plus en amont possible du commencement des travaux.

L'intérêt d'un diagnostic avant travaux est de permettre aux donneurs d'ordre et aux employeurs de respecter leurs obligations en matière d'évaluation des risques professionnels.

Plus précisément, le diagnostic doit permettre :

- à la maîtrise d'ouvrage (donneur d'ordre) et la maîtrise d'œuvre de préparer le chantier de rénovation/réhabilitation ou démolition en tenant compte des éventuelles contraintes imposées par la présence de surfaces plombifères et/ou de matériaux contenant du plomb ;
- d'informer au mieux les entreprises intervenantes (employeurs) afin qu'elles adaptent les modes opératoires, la protection et le suivi médical des salariés ;
- aux coordonnateurs Sécurité et protection de la santé (SPS) de veiller à la prise en compte, par tous les acteurs, des résultats du diagnostic plomb pendant toutes les phases du projet, de la conception à l'exécution des travaux.

Un guide précise les situations pour lesquelles le diagnostic plomb est préconisé, situations définies à partir des trois critères suivants :

- la date de construction (trois dates à retenir : 1949, 1974, 1994) ;
- la nature des supports (métallique ou non métallique) ;
- la nature des travaux : destructifs (démolition, ponçage, sablage...) ou non destructifs (retrait papier peint, recouvrement...).

Il précise la méthodologie et le contenu du diagnostic plomb qui n'a pas vocation à se substituer à la réglementation en vigueur (Code de la santé publique, Code du travail, Code de l'habitation et de la construction). Il indique le périmètre des travaux, la stratégie de mesure et le contenu détaillé du rapport. En tout état de cause, il appartient aux donneurs d'ordre et entreprises intervenantes de choisir la technique d'intervention la moins polluante et de définir les mesures de prévention des risques et d'hygiène adaptées à chaque situation de travail.

Ce travail a été diffusé sous forme de plaquettes aux principaux maîtres d'ouvrages et maîtres d'œuvre, aux coordinateurs, aux diagnostiqueurs et aux préventeurs de la région.

Il est aussi accessible sur les sites des préventeurs, notamment celui de la DIRECCTE Centre.

www.centre.direccte.gouv.fr

En **Picardie**, deux journées d'actions collectives de contrôle sur les chantiers du bâtiment ont été organisées en 2013 dans le but de prévenir et de réduire les accidents du travail et les maladies professionnelles. L'une d'elles a été consacrée aux installations sanitaires de chantier et aux chutes de hauteur (conduisant au contrôle de 210 entreprises, menant à 15 arrêts de chantier et 7 mises en demeure), l'autre aux risques de chute de hauteur, d'ensevelissement et aux risques liés aux engins et appareils de levage (107 chantiers visités occupant au total 497 salariés ; contrôles donnant lieu à 76 observations écrites, 1 procès verbal et 3 décisions d'arrêt de chantier). Une action complémentaire a été engagée dans le département de l'Oise, autour de la problématique des échafaudages avec planchers en bois. L'objectif était d'identifier les différentes situations dangereuses pouvant être rencontrées lors de contrôles et de faire le lien avec la réglementation applicable.

Focus sur une action régionale : suivi du chantier “GAZODUC”

GRT Gaz doit mettre en service en 2015 le gazoduc “des Hauts de France II” qui reliera le futur terminal méthanier de Loon-Plage dans le Nord à la station d’interconnexion de Cuvilly située dans l’Oise. Ce chantier du gazoduc s’étend sur un tracé long de 191 km traversant 4 départements. Deux tronçons sont à réaliser en Picardie. Un tronçon de 71 km dans la Somme et 52 km dans l’Oise. Cette nouvelle autoroute du gaz sera complétée d’ici à la fin 2015 par l’Arc de Dierrey, un gazoduc de 300 km qui reliera Cuvilly à Voisines (Haute-Marne).

Les premiers travaux pour l’installation de la canalisation souterraine de transport de gaz naturel ont débuté dans la Somme en mars 2013 et dans l’Oise en septembre 2013 et devraient s’achever en fin d’année 2014 au rythme de la réalisation d’un demi-kilomètre par jour. Indépendamment des lourds engins de chantiers circulant en permanence sur les sites, il a pu être constaté la présence de 350 salariés travaillant concomitamment.

Compte tenu des différents types d’opérations à réaliser et des risques encourus sur ce chantier de grande ampleur, les services d’Inspection du travail se sont fortement mobilisés parfois en coordination avec d’autres corps de contrôle (Autorité de sûreté nucléaire - ASN, OPPBTP, CARSAT...).

En particulier, une rencontre avec les services d’inspection du Nord - Pas-de-Calais en charge du contrôle du chantier sur leur territoire a été organisée. Les différents échanges et informations recueillis ainsi que le retour d’expérience du terrain ont soulevé des non-conformités et des situations de danger pour les salariés sur la partie nord du chantier, illustrées par des photos et vidéos prises sur les sites.

Cette concertation a permis de mieux cibler les priorités des contrôles à conduire, qui ont porté notamment sur :

- l’organisation du chantier (circulation, stockage, base de vie) ;
- la vérification et l’utilisation des engins de chantier ;
- la prévention des chutes de hauteur ;
- le contrôle des durées maximales journalières et hebdomadaires du travail ;
- les conditions d’intervention des entreprises étrangères dans le cadre des prestations de service internationales ;
- les conditions d’emploi des travailleurs intérimaires.

La participation aux réunions de chantier et les contrôles ponctuels diligentés pour suivre les nombreuses opérations réalisées sur les sites permettent d’agir efficacement sur l’organisation de travail obligeant, certaines fois, à repenser la prévention pour garantir la sécurité et la santé des salariés et maintenir de bonnes conditions de travail.

Services à la personne

En **Rhône-Alpes**, a été menée, entre 2011 et 2013, une action – inscrite au PRST2 – dédiée à la gestion des parcours professionnels dans le secteur des services à la personne : celle-ci visait notamment à la sensibilisation des structures prestataires sur la gestion préventive des parcours professionnels. Cette action, menée avec une organisation professionnelle du secteur, visait à procéder à l'analyse des pratiques existantes d'un groupe de référence en matière de gestion des parcours, de prévention de l'usure et de maintien dans l'emploi ou de reconversion des salariés. Des fiches pratiques sur la gestion des parcours ont été produites et diffusées à l'ensemble des branches professionnelles. Une action dédiée à la gestion des risques psychosociaux a également été menée en 2012, visant à sensibiliser les établissements d'accueil avec hébergement de personnes âgées dépendantes et de personnes handicapées aux risques psychosociaux et à promouvoir une démarche globale de prévention des risques professionnels. Le bilan de cette phase d'investigation doit permettre, en 2014, la mise à disposition d'un outil pour engager le dialogue sur la question des risques psychosociaux et, plus largement l'ouverture d'un débat sur la prévention des risques professionnels.

Propreté

En **Île-de-France**, une action, toujours en cours, a été menée en direction de la branche de la propreté. Elle vise à faciliter l'identification des risques professionnels de ce secteur d'activité et la mise en œuvre de mesures de prévention, en faisant le lien avec les donneurs d'ordre. Cette action s'est traduite par l'élaboration d'un outil pratique d'aide à la prévention des risques en direction de la hiérarchie de terrain dans les entreprises de propreté. Cette action a été menée en partenariat avec l'Inspection du travail avec deux ambitions : faire connaître, au niveau régional, le bilan de la campagne "risques chimiques" menée en 2010 ; définir et mettre en place une action pour inciter les entreprises à la substitution des produits dangereux. L'intervention s'est faite au niveau de chacune des strates organisationnelles des entreprises de propreté (chantier/agence/siège social). Ce mode opératoire a impliqué une coordination entre agents en charge des chantiers et agents en charge des agences ou/et du siège social. Pour ce faire, un groupe régional "Propreté" a été créé au sein de la DIRECCTE.

Établissements de soins

En **Île-de-France**, un guide d'aide à l'évaluation des risques professionnels dans le secteur des établissements de soins a été élaboré, notamment à destination des responsables d'établissements, de l'encadrement intermédiaire, des membres des CHSCT et des chargés des conditions de travail. Depuis janvier 2013, une version électronique du document est disponible sur le site du Comité régional de prévention des risques professionnels

(CRPRP). L'information sur l'existence de cet outil et les conditions de son téléchargement a été portée à la connaissance de l'ensemble des établissements de soins de la région *via* l'ARS par courrier. Cet outil a également bénéficié d'un vecteur d'information auprès des établissements concernés à l'occasion d'un colloque "ARS/Aract" organisé en 2013 sur la qualité de vie au travail. Cette action est considérée par la DIRECCTE comme particulièrement exemplaire par la qualité et l'importance du partenariat mobilisé dans ce cadre (ARS, CRAMIF, Aract, DIRECCTE, SSTI, CFDT, AHPH).

Filière "Bois"

En **Auvergne**, la campagne nationale de contrôle relative aux risques forestiers et sylvicoles, associée à la mise en œuvre d'une action du PRST, a été menée en 2013. Elle visait à réduire l'accidentologie du secteur en améliorant l'organisation des chantiers, à sensibiliser les professionnels à la mise en œuvre de la réglementation sur l'organisation des chantiers forestiers et sylvicoles en sécurité et à veiller au respect effectif de ces nouvelles obligations par les donneurs d'ordre, les employeurs et les travailleurs indépendants. La DIRECCTE constate l'impact positif de cette campagne menée auprès d'une centaine de chantiers. En effet, la mobilisation, notamment celle des agents de contrôle, et l'implication des organisations professionnelles, ont permis la mise en place progressive de la fiche de chantier, la signalisation des chantiers en forte augmentation sur les derniers mois de 2013, la création d'une formation de secouristes spécifique aux chantiers forestiers par la Mutualité sociale agricole et l'inscription de salariés aux formations de sauveteur secouriste du travail. La DIRECCTE relève que, pour autant, des progrès importants restent à faire sur le port d'équipements de protection individuelle adaptés, le respect des périmètres de sécurité et les dispositifs d'alerte même, si des procédures de surveillance sont mises en place dans de nombreux cas.

En **Picardie**, préalablement à cette campagne nationale, plus de 400 brochures portant sur les obligations réglementaires pour les travaux réalisés sur les chantiers forestiers ont été adressées à toutes les entreprises forestières picardes (entreprises de travaux forestiers, scieurs, bûcherons). Le bilan des contrôles effectués durant la campagne est toutefois considéré par la DIRECCTE comme peu satisfaisant, notamment parce que la campagne a été conduite de mars à juin alors que l'abattage du bois se fait plutôt en hiver et parce que les entreprises intervenantes étaient pour la plupart des entreprises situées en dehors de la région, ce qui n'a pas permis de constater l'impact apporté par la démarche d'information prodiguée par la DIRECCTE en amont de la campagne.

2.4. LES RISQUES PSYCHOSOCIAUX

En 2013, la prévention des risques psychosociaux (RPS) a mobilisé, par divers biais, l'action des DIRECCTE. Les actions suivantes, qui ne résument pas les initiatives mises en œuvre dans ce cadre sur le territoire, méritent d'être particulièrement signalées.

Le PRST d'**Alsace** a permis la mise en œuvre d'actions de terrain pilotées par la DIRECCTE. Dans ce cadre, en application des articles L 4721-1 et suivants du Code du travail et suite à des enquêtes menées par l'Inspection du travail, trois mises en demeure ont été notifiées par la DIRECCTE à des entreprises de la région, visant à les amener à mettre en œuvre des actions de prévention des RPS. La DIRECCTE relève, avec satisfaction, que ces mises en demeure ont produit les effets attendus, les entreprises concernées n'ayant contesté ni les constats ni l'objectif poursuivi par ces décisions.

En **Aquitaine**, et complétant les mesures mises en œuvre les années précédentes (par exemple : mise en place d'un observatoire des RPS en 2011 et d'un site Internet dédié), diverses approches ont été croisées : plusieurs manifestations ont été organisées (cf. séminaire "*Comparisk*" organisé sous la présidence de la DGT ; séminaire consacré à la situation des cadres face à ce risque, qui a drainé un public de 300 personnes – agents de contrôle, représentants des services de santé au travail, représentants du personnel et des entreprises). Un ouvrage proposant une approche juridique comparée "France/Europe/Canada/Japon" a également pu être réalisé et publié. La DIRECCTE constate enfin un niveau important de sollicitation des services de l'Inspection du travail de la part de salariés, dans tous les secteurs d'activité, objectivé par les saisines constatées auprès des services de santé au travail.

En **Rhône-Alpes**, un groupe de travail rassemblant notamment des services de santé au travail et des partenaires sociaux (outre les préventeurs institutionnels) travaille depuis décembre 2011 à la réalisation d'une plaquette et de fiches exposant les conditions d'émergence d'un dialogue et les moyens d'en lever les obstacles. Une première version enrichie par les différents tests des membres du groupe régional et les retours du CRPRP a pu être finalisée par le groupe régional à la fin de l'année 2013, en vue d'une mise sous presse au cours de l'été 2014. Cet outil a vocation à être utilisé par des relais en prévention, et en priorité par les services de santé au travail. Enfin, parallèlement à la construction de l'outil, une expérimentation a débuté à la fin 2013 dans le Rhône afin de proposer aux autres services de santé au travail des utilisations possibles de l'outil régional.

En **Bretagne**, un groupe de travail de préventeurs institutionnels (Aract, CARSAT, DIRECCTE, MSA et SST) a été mis en place pour promouvoir et soutenir la prévention primaire des RPS en entreprise. Cette initiative a

notamment conduit à l'élaboration d'une charte à destination des consultants, dont la promotion, engagée en 2012, a été poursuivie en 2013 auprès de différents acteurs régionaux (préventeurs institutionnels, services de santé au travail, partenaires sociaux, ANDRH¹⁵⁾, CNFPT¹⁶⁾ Loire-Bretagne, entreprises, consultants, IUT HSE, étudiants des universités, etc.). Le bilan de cette action mené à la fin de l'année 2013 apparaît comme positif. En témoignent la consultation importante de la page dédiée du site Internet de la DIRECCTE et la forte demande d'accompagnement des entreprises : plus d'une centaine d'entreprises a été accompagnée par une trentaine de consultants signataires. Sont majoritairement concernées des entreprises ou établissements de moins de 250 salariés, dans l'industrie et le secteur médico-social.

En **Picardie**, un réseau dédié aux RPS dénommé "RéPiS" (Réseau Picard de Prévention des risques psychosociaux) a été fondé dès 2008. Il s'agit d'un réseau institutionnel à vocation pluridisciplinaire poursuivant le double objectif de développer des démarches de prévention de ces risques dans les entreprises picardes et de professionnaliser, par l'échange, le retour et le partage d'expériences des membres adhérents. Ce réseau a publié une série de fascicules à destination des acteurs (entreprises, préventeurs, agents de contrôle, etc.).

En **Guadeloupe**, à la suite de l'enquête sur les risques psychosociaux menée par voie de questionnaire, tout au long de l'année 2011, par les médecins du travail lors de leurs consultations médicales, un rapport final a pu être réalisé. Il permet de constater que le secteur tertiaire et les employés et ouvriers sont les plus touchés. L'étude permet par ailleurs d'identifier les manifestations des RPS et la présence fréquente de syndromes dépressifs dans 33 % des cas, et d'"idées suicidaires" dans 4 % des cas. L'enquête conduit enfin à constater que 5 % des salariés enquêtés ont été licenciés pour inaptitude médicale.

2.5. LES TROUBLES MUSCULO-SQUELETTIQUES

La DIRECCTE du **Centre** pilote depuis 2012, en coopération avec la CARSAT, des SSTI et l'Aract, un groupe de travail régional sur les TMS. Plusieurs actions dans les secteurs de la propreté pour les entreprises sous-traitantes du nucléaire et des "drive" de la grande distribution, initiées dans ce cadre se poursuivent toujours. 15 entreprises de l'agroalimentaire ont ainsi participé à une action collective intitulée "*intégrer la prévention des risques aux postes de conditionnement-emballage*". Elle avait pour objectif de mettre en place un dispositif de prévention des risques professionnels et de capitaliser sur les actions individuelles en entreprise pour développer des

15) ANDRH : Association nationale des directeurs des ressources humaines.

16) CNFPT : Centre national de la fonction publique territoriale.

méthodes et des outils pouvant être mutualisés par les entreprises du même secteur. Des livrets, fiches de prévention et DVD ont été largement diffusés. Le référencement de consultants a ensuite pu contribuer à renforcer l'impact de cette action.

En **Rhône-Alpes**, diverses actions dédiées aux TMS ont été menées, telle que la diffusion d'un "kit de sensibilisation" à destination des acteurs de la prévention (animateurs de sécurité, médecins) et l'élaboration d'un guide capitalisant les retours d'expérience d'entreprises de l'agroalimentaire.

En **Guadeloupe**, diverses actions du PRST ont vocation à accompagner la prévention des TMS. Celle qui porte sur la prévention des TMS dans la grande distribution alimentaire, qui fait, sur ce territoire, l'objet d'un suivi particulier depuis 2009, a conduit, outre au "forum des TMS" organisé à la fin de l'année 2012 (participation de 46 représentants des entreprises concernées), au déploiement, en 2013, d'une campagne d'évaluation des pratiques de la grande distribution sur les mesures de prévention concernant la mise en rayon, sur la base de la diffusion d'un questionnaire.

Illustration du caractère connexe des problématiques TMS et RPS fréquemment rappelé par les DIRECCTE, en **Franche-Comté**, la DIRECCTE a engagé une action associant un large panel d'acteurs institutionnels (DIRECCTE – CARSAT, ANACT, MSA, OPPBTP et plusieurs SST) qui a procédé au recensement des ressources régionales et à la construction d'un module d'information et de sensibilisation sur la double thématique des TMS et des RPS, que la DIRECCTE a rendu disponible sur son site Internet.

Autres exemples d'actions menées par les DIRECCTE :

Focus sur une action régionale : la prévention des risques professionnels dans les “drives alimentaires” (DIRECCTE de Lorraine)

La vente par “drives alimentaires” est une forme de distribution, apparue en 2004 avec la création de Chronodrive (groupe Auchan), qui se développe très fortement en France. Aujourd’hui, les concepts varient d’une enseigne à l’autre : il peut s’agir d’une structure indépendante, d’un magasin classique ou bien d’un site adossé à l’hypermarché ou au supermarché. L’on peut y trouver une piste dédiée pour remplir son coffre ou un retrait en magasin. Les marchandises peuvent provenir d’un stock dédié ou être directement prélevées par les salariés dans les rayons de l’hypermarché. L’essor des “drives” est facilité par l’absence de cadre réglementaire pour leur implantation, contrairement à celle d’un hypermarché, qui est extrêmement encadrée.

Constat

La grande distribution (hypermarchés et supermarchés) est l’un des plus importants employeurs français, avec près de 500 000 salariés.

Ce secteur se caractérise par un risque élevé d’accidents du travail et de maladies professionnelles, liés notamment aux manutentions manuelles, aux gestes et postures, aux chutes et glissades de plain-pied. En 2010, plus de 29 000 accidents du travail avec arrêt ont été enregistrés en France dans les hypermarchés et les supermarchés, représentant plus de 2,27 millions de journées de travail perdues. L’on dénombre également un nombre très important de maladies professionnelles : la grande distribution est le secteur du régime général qui enregistre le plus grand nombre de troubles musculo-squelettiques (TMS) en volume.

La prévention des risques ne peut donc se contenter de satisfaire à l’obligation de remplir le document unique d’évaluation des risques (DUER) : la conception de l’espace, l’aménagement des lieux et le mobilier, ainsi que la formation du personnel s’avèrent fondamentaux pour diminuer l’exposition aux risques. Ces mesures de prévention sont d’autant plus importantes que le personnel est souvent jeune et inexpérimenté et qu’il présente un turn-over important.

Contenu du projet mis en place par la DIRECCTE

Étape 1 : état des lieux

La première étape du projet a consisté en l’établissement d’un état des lieux sur la situation des “drives” alimentaires en Lorraine à partir de différentes sources de données :

- les données sur les accidents du travail et les maladies professionnelles des Caisses d’assurance retraite et de la santé au travail (CARSAT) et de la Direction de l’animation de la recherche, des études et des statistiques (Dares) ;
- les résultats de l’enquête SUMER 2010 (Surveillance médicale des expositions aux risques professionnels) ;

- les données issues du programme sur les maladies à caractère professionnel (MCP). Ce programme a été mis en place en Lorraine par la DIRECCTE, en lien avec l'Institut de veille sanitaire (InVS).

Étape 2 : Analyse des différents modes de travail et évaluation des risques

La deuxième étape, en lien avec les agents de contrôle volontaires accompagnés sur le terrain par l'ingénieur de prévention, a permis d'analyser les différents modèles de "drive" et d'en évaluer les risques (manutention, contraintes physiques, contraintes psychologiques).

Il a été envisagé que l'ingénieur de prévention de la DIRECCTE accompagne un contrôleur sécurité ou un ingénieur conseil de la CARSAT. L'ingénieur de prévention devra veiller à en informer au préalable l'agent de contrôle de l'Inspection du travail compétent sur le secteur.

Étape 3 : Élaboration d'un outil d'aide au contrôle

L'aboutissement de ce projet consiste en l'élaboration d'un outil d'aide au contrôle pour les agents de l'Inspection du travail en vue de préserver la santé-sécurité des salariés des "drives" alimentaires. Des fiches pratiques d'aide au contrôle sont élaborées en collaboration avec les agents de contrôle volontaires lors de la phase d'observation de terrain (étape 2 du projet) et testées en entreprise.

Elles doivent permettre aux agents :

- de repérer et d'évaluer les principaux risques professionnels ;
- d'orienter l'entreprise vers une méthode de réduction des risques : prévention collective, individuelle, information sur les acteurs en mesure d'apporter conseils et financements.

Focus sur une action régionale : La prévention des risques d'exposition aux fumées de soudage (DIRECCTE Haute-Normandie)

Contexte

Dans le cadre de l'action de prévention des risques liés aux fumées de soudage, prévue par le son Plan régional de santé au travail (PRST) 2011-2014, la DIRECCTE de Haute-Normandie a initié le pilotage d'une action partenariale. Les partenaires de la DIRECCTE sur cette action sont la CARSAT et les services de santé au travail interentreprises de la région.

Cette action vise, dans un premier temps, à améliorer la connaissance des risques et des moyens de prévention et, dans un second temps, d'encourager les employeurs à adopter des mesures de prévention.

À la suite de la réunion d'un comité de pilotage en 2013, un groupe technique et un groupe médical ont été formés, qui ont élaboré des outils qui seront utilisés pour la mise en œuvre opérationnelle de l'action.

Des sessions de formation sur les risques liés aux fumées de soudage ont été animées par un médecin du travail et les ingénieurs de prévention de la DIRECCTE. 104 personnes, dont 57 issues des services de santé au travail (médecins du travail, infirmiers et ingénieurs de prévention des risques professionnels – IPRP) et 47 issues de l'Inspection du travail en ont bénéficié, ce qui a également permis des échanges inédits.

Pour poursuivre l'action, il est prévu que les IPRP des services de santé interviennent dans des entreprises ciblées, pour effectuer un état des lieux et recommander des mesures de prévention à l'employeur. Pour faciliter la mise en place de ces mesures de prévention, les aides financières simplifiées de la CARSAT pourront être mobilisées.

Mise en œuvre de la démarche d'intervention en 5 étapes

1/ L'information des entreprises

Les entreprises ciblées par l'action de prévention sont les entreprises de moins de 50 salariés, intervenant dans les secteurs du BTP et de la métallurgie, qui emploient des salariés exerçant les métiers de soudeur, de métallier, de chaudronnier, de tuyauteur, de charpentier métallique, de tôlier et de serrurier. L'action est circonscrite aux activités en atelier.

Les entreprises ainsi ciblées feront l'objet d'une information préalable par courrier commun de l'ensemble des partenaires de l'action, qui explicitera les finalités de l'action. Une relance téléphonique sera opérée afin de s'assurer que l'employeur entend s'inscrire dans la démarche et de fixer, le cas échéant, un rendez-vous de première visite.

2/ Le repérage en entreprise

L'intervention en entreprise se traduira par une première phase, dite de repérage, consistant à dresser un état des lieux des procédés de soudage utilisés, du nombre de salariés exposés aux risques associés, des moyens de protection collective et individuelle mis en œuvre et des actions d'information et de formation dispensées au bénéfice des salariés.

Pour mener à bien cette première phase, les intervenants bénéficient d'une fiche d'aide au repérage des nuisances au poste de soudeur conçue par les groupes de travail. Transmise au médecin du travail, la fiche servira également de repère pour suivre, puis faire le bilan des actions menées par les employeurs consécutivement aux recommandations formulées au cours des visites.

3/ Le retour d'informations

L'intervenant prolongera sa phase de repérage par un retour d'informations auprès :

- du médecin du travail, notamment grâce à une discussion autour de la fiche d'aide au repérage ;
- de l'employeur, qui bénéficiera d'un compte-rendu oral, succinct, à l'issue de la visite, puis d'un rapport écrit remis en mains propres et à l'occasion d'une nouvelle visite, qui reprendra les constats de la visite et proposant, le cas échéant, des pistes d'améliorations. Cette nouvelle visite s'accompagnera d'une sensibilisation collective de l'employeur et, le cas échéant, des instances représentatives du personnel, qui s'appuiera notamment sur les outils élaborés par SANTRA+ (à savoir un diaporama reprenant les constats opérés, les effets sur la santé des différents procédés de soudage et les mesures de protection collective et individuelle) ;
- des salariés concernés, qui, précédemment à l'information collective dont ils seront également bénéficiaires, se verront remettre un quiz destiné à mesurer leur degré de connaissance des risques associés aux procédés de soudage qu'ils utilisent.

4/ Le suivi médical

Les entreprises qui s'engageront dans une démarche partagée d'accompagnement se verront proposer par le service de santé au travail des entretiens infirmiers ou un suivi médical au bénéfice de leurs salariés soudeurs, dans un délai le plus bref possible à la suite de la sensibilisation collective. Ces prestations, qui ne s'ajouteront pas au nombre de celles prévues par le suivi médical, se dérouleront selon un protocole spécifique aux risques liés aux fumées de soudage. Elles permettront d'approfondir la sensibilisation des salariés.

5/ La contre-visite

À l'issue d'un délai de un an environ à la suite de la remise du rapport de préconisations, l'intervenant retournera en entreprise afin d'en constater la mise en œuvre. L'efficacité opérationnelle de l'action partenariale achevée sera évaluée par des indicateurs de résultats quantitatifs et qualitatifs en matière de sensibilisation et de prévention.

LES ACTIVITÉS DES SERVICES CENTRAUX DU MINISTÈRE CHARGÉ DE L'AGRICULTURE

1. La réduction des risques chimiques liés à l'utilisation des pesticides	335
1.1. La mise en place d'une approche globale et interministérielle de prévention des risques liés à l'utilisation de pesticides	335
1.2. Les produits phytopharmaceutiques	337
1.3. Les risques pour la reproduction	344
2. L'amélioration des règles d'hygiène et de sécurité dans le secteur des travaux forestiers et sylvicoles	349
2.1. Les mesures d'accompagnement et de suivi de la mise en œuvre de la nouvelle réglementation	349
2.2. Premier bilan et propositions concernant l'évolution de la réglementation sur les travaux au voisinage de lignes électriques	350
3. La sécurité des tracteurs agricoles et forestiers	352
3.1. Les travaux relatifs aux actes délégués du règlement (UE) n° 167/2013 relatif à la réception et à la surveillance du marché des véhicules agricoles et forestiers	352
3.2. L'adoption d'arrêtés précisant des règles techniques à prendre en compte dans l'homologation nationale ou la réception CE des tracteurs visés	353
3.3. La mise à jour du guide juridique relatif à la réglementation des tracteurs agricoles ou forestiers	354

4. La surveillance du marché des machines agricoles en 2013	356
4.1. Un premier bilan des contrôles de la conformité des machines et tracteurs agricoles et forestiers dans le cadre de la surveillance du marché	356
4.2. Des demandes d'interprétation sur une machine	357
4.3. La poursuite des travaux du groupe de travail VITI-VINI sur la viticulture et la viniculture	358
5. La normalisation	359
5.1. Le risque mécanique du machinisme agricole et forestier	359
5.2. Le risque chimique des équipements de travail et de protection individuelle	360
6. Le renforcement du dialogue social et des logiques territoriales et professionnelles	362
6.1. Un premier bilan de la mise en place et du fonctionnement des CPHSCT dans le secteur de la production agricole	362
6.2. Des engagements réciproques entre les entreprises, les représentants des salariés et les pouvoirs publics dans la filière alimentaire	364
7. L'amélioration de la réparation des maladies professionnelles	366
8. La prévention des risques psychosociaux et les actions de prévention du suicide des exploitants et des salariés agricoles	368

LES ACTIVITÉS DES SERVICES CENTRAUX DU MINISTÈRE CHARGÉ DE L'AGRICULTURE

La politique relative à la santé et à la sécurité au travail des actifs agricoles, salariés ou indépendants, constitue toujours un enjeu majeur, les indicateurs de sinistralité du secteur agricole étant comparables à ceux du bâtiment et des travaux publics, voire deux fois plus élevés pour certaines professions.

Au niveau national, le ministère chargé de l'Agriculture :

- élabore la réglementation en santé et sécurité au travail applicable aux employeurs des professions agricoles ;
- contribue à l'élaboration des plans nationaux ayant une incidence directe ou indirecte sur la santé et la sécurité des travailleurs agricoles tels que le Plan Ecophyto, le Plan santé au travail, le Plan national santé-environnement ou le programme national d'actions contre le suicide ;
- définit la politique de prévention des risques professionnels des salariés et non-salariés agricoles et en fixe les objectifs ;
- approuve à cet effet le Plan pluriannuel santé sécurité au travail à destination des actifs agricoles élaboré et mis en œuvre par la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole (CCMSA).

Dans le cadre de ses missions, le bureau de la santé et de la sécurité au travail de la sous-direction du travail et de la protection sociale, au sein du service des affaires financières, sociales et logistiques (SAFSL) du ministère chargé de l'Agriculture, participe aux réflexions au niveau international au sein de l'Organisation internationale du travail (OIT) et européen. Ceci se traduit par une participation active au suivi des textes communautaires (règlements ou directives), ainsi qu'aux groupes de travail de normalisation du Comité européen de normalisation (CEN), de l'Organisation internationale pour la normalisation (ISO) ou de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE). Il assure particulièrement la surveillance du marché des équipements de travail agricoles et forestiers et est également consulté sur les avis de l'Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (Anses) relatifs aux autorisations de mise sur le marché des produits phytopharmaceutiques.

Le ministère peut aussi faire procéder, en tant que de besoin, à des études ou des recherches. Il élabore régulièrement, avec l'appui de l'Institut national de recherche en sciences et technologies pour l'environnement

et l'agriculture (Irstea) et d'autres organismes de recherche ou centres techniques, des mesures d'accompagnement ou d'appui aux entreprises.

Ces missions s'exercent en concertation avec les partenaires sociaux et institutionnels, qui sont régulièrement consultés dans le cadre de la commission spécialisée du Conseil d'orientation sur les conditions de travail (COCT) chargée des questions relatives aux activités agricoles ou de la Commission supérieure des maladies professionnelles en agriculture.

1. LA RÉDUCTION DES RISQUES CHIMIQUES LIÉS À L'UTILISATION DES PESTICIDES

1.1. LA MISE EN PLACE D'UNE APPROCHE GLOBALE ET INTERMINISTÉRIELLE DE PRÉVENTION DES RISQUES LIÉS À L'UTILISATION DE PESTICIDES

Expertise de l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm) faisant la synthèse des risques liés à l'utilisation des pesticides

La publication, le 13 juin 2013, de l'expertise collective de l'Inserm, intitulée *“Pesticides, effets sur la santé. Synthèse et recommandations”*, a permis de conforter le bien-fondé d'un certain nombre d'actions déjà engagées par le ministère chargé de l'Agriculture, notamment celles concernant l'amélioration de la réparation des maladies professionnelles des salariés et non-salariés agricoles et celles de l'axe 9 (*“Renforcer la sécurité pour les utilisateurs”*) du Plan Ecophyto relatif à la prévention des risques professionnels liés à l'utilisation des produits phytopharmaceutiques.

Dans cette étude, l'Inserm, saisi par le ministère chargé de la Santé en novembre 2009, a réalisé un état des lieux de la littérature scientifique permettant d'étayer :

- les risques sanitaires associés à l'exposition professionnelle aux pesticides, en particulier dans le secteur agricole ;
- les effets d'une exposition précoce chez le fœtus et le jeune enfant.

Ces travaux ont permis de mettre en évidence, dans le cadre des expositions professionnelles en agriculture, une présomption forte pour les lymphomes non hodgkiniens (LNH), le cancer de la prostate, les myélomes multiples, la maladie de Parkinson, ainsi qu'une présomption moyenne pour les leucémies, la maladie d'Alzheimer, les troubles cognitifs et l'impact sur la fertilité et la fécondabilité.

Ils montrent également une présomption forte pour les leucémies, les troubles cérébraux et les malformations congénitales de l'enfant et une présomption moyenne pour les morts fœtales et les malformations congénitales dans le cadre d'exposition des enfants résidant à proximité des terres agricoles traitées, du fait d'utilisations domestiques ou en lien avec l'exposition professionnelle des parents.

Une nouvelle stratégie de prévention des risques liés à l'utilisation des pesticides

Les recommandations de l'Inserm, faisant écho à celles formulées par la mission commune d'information sur les pesticides du Sénat en 2012, ont permis, en 2013, de développer une approche globale et interministérielle de la prévention des risques liés à l'utilisation des pesticides.

Certaines substances spécifiques ont pu être mises en cause à des niveaux de preuve variables. Si la plupart de ces substances actives sont aujourd'hui interdites d'utilisation, d'autres sont encore autorisées aux niveaux communautaire et national.

Signalement à la Commission européenne

La mise sur le marché de ces substances est régie par plusieurs cadres réglementaires européens distincts, selon la typologie des produits : produits à usages agricoles et destinés à l'entretien des espaces verts (produits phytosanitaires ou produits phytopharmaceutiques), ou produits biocides et antiparasitaires à usages humain ou vétérinaire.

En mai 2013, les autorités françaises ont demandé à la Commission européenne de procéder de manière accélérée et prioritaire à l'évaluation du renouvellement de 21 substances actives phytopharmaceutiques suspectées de ne pas satisfaire aux critères d'approbation prévus à l'article 4 du règlement (CE) n° 1107/2009 du 21 octobre 2009 concernant la mise sur le marché des produits phytopharmaceutiques, au regard de leur classement cancérogène, mutagène ou toxique pour la reproduction CMR 1A ou 1B ou de leurs propriétés suspectées de perturbation endocrinienne. Elles sont dans l'attente des résultats de cet examen.

La France a également souhaité que ces substances soient considérées comme des substances dont on envisage la substitution et soient à ce titre incluses sur la liste prévue à l'article 80 (7) du règlement n° 1107/2009. Concrètement, cela signifie que toute demande relative à l'une de ces substances doit faire l'objet d'une évaluation comparative (article 50 du règlement n° 1107/2009). Ainsi, s'il existe un produit ou une méthode non chimique, sensiblement plus sûrs et ne présentant pas d'inconvénients économiques ou pratiques majeurs, les États membres n'autorisent pas ou limitent l'utilisation du produit phytopharmaceutique concerné.

Saisine de l'Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (Anses)

Le ministre chargé de l'Agriculture a par ailleurs saisi l'Anses d'une demande d'évaluation de l'impact de ces nouvelles expertises sur les autorisations nationales existantes.

Surveillance médicale renforcée des travailleurs

Parallèlement, dans les entreprises, en lien avec l'évaluation des risques réalisée par l'employeur, la surveillance médicale des travailleurs les plus exposés a été renforcée. La définition des postes de travail et des personnes concernés est prévue à l'article R. 717-16 du Code rural et de la pêche maritime. Elle inclut les salariés affectés habituellement à certains travaux comportant des exigences ou des risques spéciaux listés à l'arrêté relatif aux travaux agricoles nécessitant une surveillance médicale renforcée, modifié le 6 mai 2013. La liste des travaux prévue par l'arrêté est ordonnée selon les facteurs de risques de pénibilité déterminés par l'article L. 4121-3-1 du Code du travail, soit : les contraintes physiques marquées, l'environnement physique agressif (dont les agents chimiques dangereux) ou certains rythmes de travail. Cet ordonnancement fait suite aux engagements des partenaires sociaux agricoles issus de l'avenant n° 2 de l'accord national du 23 décembre 2008 sur les conditions de travail en agriculture, dans lequel ils soulignent la nécessité d'évaluer les facteurs de pénibilité, mais aussi de prendre en compte le vieillissement, et souhaitent que, dès lors que des salariés sont exposés à ces facteurs de pénibilité, les visites médicales soient les plus fréquentes possibles.

Désormais, bénéficient de la surveillance médicale renforcée les salariés exposés aux agents chimiques classés 1A et 1B, mais également ceux exposés habituellement à tout agent chimique défini à l'article R. 4412-3 du Code du travail, c'est-à-dire celui qui satisfait aux critères de classement définis à l'article R. 4411-6 ou du règlement (CE) n° 1272/2008 (dit règlement CLP), ou encore tout agent chimique qui, bien que ne satisfaisant pas aux critères de classement, en l'état ou au sein d'un mélange, peut présenter un risque pour la santé et la sécurité.

Sont ainsi couverts par la surveillance médicale renforcée tous les travaux réalisés avec les agents biocides ou phytopharmaceutiques les plus dangereux et, notamment, ceux signalés à la Commission européenne.

1.2. LES PRODUITS PHYTOPHARMACEUTIQUES

État d'avancement du plan Ecophyto

Conformément à la directive 2009/128/CE instaurant un cadre communautaire d'action pour parvenir à une utilisation des pesticides compatible avec le développement durable, la France a adopté dès 2008 un Plan d'action national Ecophyto, fixant des objectifs quantitatifs ciblés, des indicateurs de suivi et d'impact et un calendrier de mise en œuvre, *“en vue de réduire les risques et les effets de l'utilisation des pesticides sur la santé humaine et l'environnement et d'encourager l'élaboration et l'introduction de la lutte*

intégrée contre les ennemis des cultures et de méthodes ou de techniques de substitution en vue de réduire la dépendance à l'égard de l'utilisation des pesticides".

En décembre 2013, le ministre chargé de l'Agriculture a présenté l'état d'avancement du plan pour l'année 2013 lors du Comité national orientation et de suivi. Il a notamment rappelé que :

- près de 300 000 professionnels ont déjà obtenu leur Certiphyto, certificat individuel pour les produits phytopharmaceutiques, qui atteste de connaissances suffisantes pour utiliser les pesticides en sécurité et en réduire l'usage ;
- 1 900 exploitations agricoles, couvrant l'ensemble des grandes filières de production agricole françaises, constituent désormais le réseau de fermes pilotes de démonstration, d'expérimentation et de production de références sur les systèmes économes en produits phytosanitaires. Ainsi, 40 systèmes de culture économes et performants ont été identifiés à partir des 183 systèmes suivis dans les fermes entrées dans le réseau DEPHY Ecophyto (Démonstration expérimentation production de références sur les systèmes économes en phytosanitaires), en 2010. 50 autres systèmes de culture économes et performants seront disponibles d'ici fin 2013. 200 journées de démonstration ont eu lieu avec la participation d'environ 8 000 agriculteurs ;
- 42 exploitations d'enseignement agricole sont engagées dans la démarche Ecophyto ;
- 150 projets de recherche labellisés Ecophyto ont été financés grâce au Plan Ecophyto.

Le ministre chargé de l'Agriculture a réaffirmé sa volonté de capitaliser et de diffuser tout ce qui a déjà été fait et a annoncé qu'une révision du plan sera menée en 2014.

Évolution du recours aux produits phytopharmaceutiques sur la période 2008-2012⁽¹⁾

L'indicateur de référence de suivi du Plan Ecophyto, le Nombre de doses unités (NODU) "usages agricoles" (hors traitement de semences et produits de la liste "biocontrôle vert"), traduit l'intensité du recours aux produits phytopharmaceutiques, tout en s'affranchissant des possibles substitutions de produits par des produits plus efficaces à plus faibles doses. En 2012, il a diminué de 5,7 % par rapport à 2011.

Cette baisse intervient après une hausse en 2011. Ainsi, l'analyse des moyennes glissantes, qui mettait en évidence une hausse de 2,7 % entre 2009 et 2011, montre une stabilité entre 2009 et 2012. L'analyse de cette évolution

¹⁾ Source : note de suivi annuel Ecophyto 2013, décembre 2013.

devra être poursuivie pour vérifier le caractère structurel ou conjoncturel de la baisse constatée en 2012.

S'agissant des quantités de substances actives vendues (hors traitements de semences et produits de la liste "biocontrôle vert"), au global, elles sont quasiment stables (- 0,1 %) entre la période 2008-2010 (moyenne des valeurs des années 2008, 2009 et 2010) et la période 2010-2012 (moyenne des valeurs des années 2010, 2011 et 2012). Cependant il faut noter qu'il est probable que les déclarations en 2008, année de mise en place de la base de données de la Banque nationale des ventes pour les distributeurs (BNV-D), regroupant l'ensemble des quantités de substances actives vendues, aient été incomplètes. Ainsi, il est possible que la diminution des quantités vendues entre 2008 et 2012 soit sous-évaluée.

Des évolutions encourageantes sont à noter dans le domaine de la protection de la santé publique :

- le NODU des substances problématiques pour la santé humaine classées CMR 1A et 1B connaît une baisse de 63 % entre 2008 et 2012, particulièrement forte entre 2008 et 2009 (- 78 %), du fait des retraits de produits ;
- le NODU des substances classées CMR 2 (classées au titre de l'arrêté pour pollutions diffuses) a diminué de 37 % entre 2008 et 2012 ;
- le recours aux substances problématiques pour l'environnement est quant à lui stable depuis 2008.

Par ailleurs, des indicateurs de risque et d'impact ont été calculés pour les compartiments eau et alimentation ; ils seront complétés par un indicateur de risques santé et sécurité au travail dès 2014, pour les données de la période 2008-2013.

État d'avancement de l'axe 9 du plan relatif à la prévention des risques professionnels liés à l'utilisation des produits phytopharmaceutiques (Ecophyto)

L'axe 9 concerne la protection des personnes exposées professionnellement. Les actions retenues ont été coordonnées avec le deuxième Plan santé au travail 2010-2014 (PST 2), notamment l'objectif 2 de l'axe 1 visant à développer des outils de connaissance et de suivi des expositions professionnelles aux produits phytopharmaceutiques et l'objectif 4 de l'axe 2, qui vise à renforcer la prévention de ce risque dans les entreprises.

En 2013, deux actions ont été achevées, quatre ont été conclues et deux actions nouvelles ont été engagées. Elles sont principalement relatives au renforcement de la surveillance et à l'étude des effets de l'utilisation des pesticides sur la santé humaine et l'environnement (fiche 114 du Plan Ecophyto).

Bilan de l'action du réseau de toxicogilance coordonné par l'InVS (Phytovaille)

Bilan de l'action en matière de toxicovigilance en 2013

La coordination des données et des signaux d'alertes de toxicovigilance concernant les produits phytopharmaceutiques (PPP) vise en particulier à développer leur expertise toxicologique et épidémiologique.

Le réseau Phytovaille, mis en place par l'Institut de veille sanitaire (InVS), prend la forme d'un groupe de travail, co-animé par l'InVS avec un représentant des centres antipoison et de toxicovigilance (CAPTV), qui associe également un représentant du centre d'informations toxicologiques vétérinaires de Lyon, un représentant du réseau Phyt'Attitude de la MSA et un représentant de l'Anses.

Six conventions ont été déclinées avec les CAPTV, permettant d'établir les conditions de mise en œuvre et de financement des actions relatives au renforcement de la surveillance des effets sur la santé des produits phytopharmaceutiques.

Les activités réalisées par le groupe de travail en 2013 ont concerné trois rapports d'expertise, dont deux dans le champ des produits phytopharmaceutiques et un rapport relatif aux produits antiparasitaires vétérinaires à usage externe à base de substances actives communes avec les produits phytopharmaceutiques.

Par ailleurs, des travaux ont été engagés sur les quatre sujets d'expertise suivants :

- bilan des cas d'intoxication aux produits phytopharmaceutiques de la base nationale des cas d'intoxication sur la période de 2009 à 2011 : construction d'indicateurs, identification de sujets d'intérêt et repérage des données utiles dans la hiérarchie principale de la BNPC (Base nationale des produits et composition) ;
- mise à jour de la hiérarchie secondaire de la BNPC dédiée aux produits phytopharmaceutiques (fondée conjointement sur l'usage, la nature chimique des principes actifs et des mécanismes d'action toxique connus) ;
- expositions aux néonicotinoïdes en France sur la période 1999-2010 ;
- expositions aux rodenticides à base d'alphachloralose en France métropolitaine et dans les départements d'Outre-Mer sur la période 1999-2012.

L'enjeu de cette action consiste, dans l'attente de l'organisation d'un système de toxicovigilance, en l'amélioration de l'efficacité des alertes et de l'exploitation de ces informations dans le cadre de la prévention primaire lors de l'utilisation des produits phytopharmaceutiques (la prévention primaire exige l'identification des risques tant par l'observation directe et

l'investigation sur le milieu de travail que par les approches de la clinique individuelle ou de l'activité, de la métrologie des expositions ou de l'étude épidémiologique).

Le décret n° 2014-128 du 14 février 2014 organise le système de toxicovigilance

Le décret n° 2014-128 du 14 février 2014 organise le système de toxicovigilance en précisant les missions dévolues à l'InVS et aux autres organismes ou établissements concernés intervenant dans ce système. Il détermine aussi les informations sur les substances ou mélanges qui doivent être déclarées par les fabricants de produits chimiques afin de prévenir les risques d'intoxication et d'éclairer la prise en charge médicale des personnes exposées à ces produits. Il précise les modalités de déclaration des cas d'intoxication par les professionnels de santé et par les responsables de la mise sur le marché de substances ou mélanges. Il intègre désormais les produits phytopharmaceutiques dans ce système de manière pérenne, ce qui contribuera également au renforcement du suivi post-autorisation de mise sur le marché de ces produits.

Programmes d'études sur les expositions professionnelles agricoles

Quatre programmes d'études conclus en 2013

Pour mémoire, trois conventions ont été signées dans le courant du premier trimestre 2013, portant sur :

- la création d'un centre de toxicovigilance aux Antilles, initiée par l'InVS et soutenue dans le cadre de l'axe 9 du Plan Ecophyto par une convention signée le 6 mars 2013 pour une durée de 36 mois ;
- le développement d'une méthode d'évaluation des risques des opérateurs associés aux différentes pratiques de désherbage (COMPAMED⁽²⁾-Santé), confié au Conservatoire national des arts et métiers (CNAM - IHE SSET) par une convention signée le 11 février 2013 pour une durée de 20 mois ;
- la mise en place par l'InVS d'une cohorte de professionnels agricoles (COSET-MSA), cofinancée par l'axe 9 du Plan Ecophyto, afin de reconstituer notamment les expositions individuelles aux produits phytopharmaceutiques dès l'entrée dans la cohorte et, à plus long terme, d'analyser les liens entre les expositions professionnelles et les pathologies prévalentes et incidentes (dont des pathologies chroniques). La convention a été signée le 15 mars 2013 pour une période de 36 mois.

Une quatrième convention a été signée le 9 septembre 2013 pour une durée de 36 mois, avec le Centre de lutte contre le cancer François Baclesse,

2) COMparaison des Méthodes de Désherbage.

établissement de santé privé, d'intérêt collectif, qui est l'établissement gestionnaire de l'Unité "Cancers et Préventions" de Caen. Elle a pour objet la mise en place d'une première phase de suivi direct des expositions des membres de la cohorte AGRICAN (AGRIculture et CANcer, pilotée par la Mutualité sociale agricole – MSA). Un nouveau questionnaire est destiné à mettre à jour les informations sur les expositions professionnelles et les facteurs de confusion potentiels des membres de la cohorte ainsi qu'à approfondir certains aspects de leur histoire professionnelle agricole et à explorer d'autres événements de santé les concernant.

Pour mémoire, le protocole AGRICAN a débuté en 2004 par la sélection d'une population source grâce à l'accès aux fichiers des caisses départementales et centrale de la MSA. Les personnes ciblées devaient, au 1^{er} janvier 2004, être des adultes affiliés au régime agricole pendant au moins 3 années au cours de leur vie professionnelle et résider dans l'un des onze départements ciblés du fait de l'existence de registres de cancers qualifiés auprès du Comité national des registres. Les années 2005 à 2007 ont été consacrées à l'envoi du questionnaire d'inclusion à l'échantillon source de la cohorte. Le suivi de l'état de santé de chaque membre de la cohorte concerne à ce stade son statut vital, les causes de décès et la survenue d'un cancer dont le suivi portera sur une période d'au moins 10 années (2008-2017).

Le projet, cofinancé dans le cadre du Plan Ecophyto, cible le suivi des expositions professionnelles aux produits phytopharmaceutiques des membres de la cohorte.

Deux nouveaux projets, qui font suite aux recommandations de l'expertise collective de l'Inserm, ont également fait l'objet d'un accord de financement en 2013

1. Étude de cohorte sur des troubles de la reproduction et du développement de l'enfant en lien avec l'exposition professionnelle maternelle aux pesticides

Des troubles de la reproduction et du développement de l'enfant en lien avec des expositions aux pesticides décrits dans la littérature ont fait l'objet d'une synthèse bibliographique dans l'expertise collective de l'Inserm (2013).

Des présomptions de lien entre des effets néfastes sur la reproduction ont été avancées pour des expositions professionnelles maternelles. Plusieurs événements de santé sont à considérer pour différentes périodes allant de la conception jusqu'au développement post-natal de l'enfant.

Le projet propose de mettre en œuvre :

- une étude pilote de cohorte mère/enfant, afin d'investiguer ces troubles de la reproduction et du développement en lien avec des expositions

professionnelles maternelles, pré-conceptionnelles ou prénatales, au sein de la cohorte AGRICAN ;

- une étude pilote dans quatre départements en vue d'assurer un suivi prospectif des expositions professionnelles des femmes en âge de procréer et des événements de santé des enfants et de poursuivre les études d'exposition et d'imprégnation aux pesticides des professionnels en agriculture, et plus particulièrement des femmes en âge de procréer exerçant une activité agricole. L'utilisation des biomarqueurs d'exposition et l'élaboration de nouvelles techniques sont prévues.

Outre l'appui apporté par l'équipe encadrante de la cohorte AGRICAN et des outils élaborés par celle-ci, qui permettent de renseigner au mieux les niveaux d'exposition, cette étude bénéficiera d'une collaboration avec l'équipe coordonnatrice de la cohorte mère-enfant PELAGIE (grossesse et développement de l'enfant), mise en place en 2002 et focalisée sur les expositions en population générale (Chevrier et al, 2009), dont les outils développés pour l'analyse et le suivi des événements de santé seront adaptés et mobilisés dans le cadre de cette étude.

Pour la mise en place de l'étude et l'analyse des données, un conventionnement est en cours avec le Centre François Baclesse, l'Inserm et l'université de Caen pour une durée de 36 mois.

2. Étude sur les relations entre les expositions professionnelles en milieu agricole et deux maladies neurodégénératives : la maladie de Parkinson (MP) et la sclérose latérale amyotrophique (SLA)

Une seconde étude est engagée avec le Centre de recherche en Épidémiologie et Santé des Populations (CESP) de l'Inserm de Villejuif et le département santé travail de l'InVS sur les relations entre les expositions professionnelles en milieu agricole et deux maladies neurodégénératives : la maladie de Parkinson (MP) et la sclérose latérale amyotrophique (SLA).

Le rôle de l'exposition professionnelle aux pesticides est reconnu pour la maladie de Parkinson depuis la création en 2012 d'un tableau des maladies professionnelles pour les salariés et non-salariés agricoles.

Une méta-analyse récente de 39 études cas-témoins, quatre études de cohorte et trois études transversales concluent à une augmentation du risque de maladie de Parkinson de 60 % chez les personnes exposées aux pesticides, avec une association plus marquée pour les insecticides et les herbicides que pour les fongicides. Toutefois, seules de rares études ont étudié cette dernière catégorie de produits. Les études toxicologiques apportent également des arguments en faveur de cette association.

Toutefois, cette méta-analyse souligne les difficultés rencontrées pour évaluer l'exposition aux pesticides de manière rétrospective dans la plupart

de ces études et l'absence de données solides sur des familles de produits plus particulièrement incriminées.

Il est donc prévu d'explorer les familles de produits plus particulièrement impliqués à l'aide des matrices cultures-pesticides en cours de développement dans le cadre du projet Matphyto piloté par le Département santé-travail (DST) de l'InVS et d'identifier des groupes de travailleurs agricoles plus particulièrement exposés au risque d'une pathologie.

Il en est de même pour la SLA, que l'expertise collective de l'Inserm (2013) a également identifiée comme une pathologie pour laquelle les études disponibles sont en faveur d'un lien avec le métier d'agriculteur et l'exposition aux pesticides. À ce jour, les arguments scientifiques sont moins robustes que pour la maladie de Parkinson et des études complémentaires sont nécessaires.

L'originalité de la méthode proposée repose sur l'utilisation des bases médico-administratives de l'Assurance maladie et de la MSA pour identifier les malades à l'échelle de la France entière. La très grande taille des échantillons sur lesquels reposent ces analyses représente l'un des avantages majeurs de cette approche. Les résultats obtenus à partir de ces données permettront de distinguer les malades selon leur statut professionnel (salariés et non-salariés) mais également d'étudier la distribution spatiale de ces pathologies et d'étudier les relations avec les pratiques agricoles.

1.3. LES RISQUES POUR LA REPRODUCTION

La prise de conscience de l'importance des risques pour la reproduction et plus particulièrement la question des perturbateurs endocriniens a amené le gouvernement et l'ensemble des parties prenantes en santé environnementale à inscrire cette problématique parmi leurs priorités d'action.

Les perturbateurs endocriniens

Lors de la conférence environnementale de septembre 2012, le Gouvernement s'est engagé à élaborer une stratégie nationale sur les perturbateurs endocriniens. Cette démarche s'inscrit dans le calendrier de l'élaboration de la stratégie communautaire sur les perturbateurs endocriniens de la Commission européenne et doit permettre à la France d'y contribuer activement.

Ainsi, les autorités publiques ont réuni et animé un groupe de travail constitué de parlementaires, de représentants des organismes publics de recherche, d'expertise et de surveillance, de représentants d'associations de protection de l'environnement et de défense des consommateurs, de représentants des entreprises et des organisations professionnelles et de

représentants des ministères concernés. Réuni à six reprises au cours du premier semestre 2013, ce groupe de travail a formulé de nombreuses propositions en vue de l'adoption d'une stratégie nationale.

Le rapport du groupe de travail a fait l'objet d'une consultation publique et de toutes les parties intéressées *via* Internet, pendant plus d'un mois en août-septembre 2013. Cette consultation publique a permis de recueillir plus de 1 500 contributions.

Certains règlements communautaires, notamment le règlement REACH³⁾ et ceux relatifs aux produits phytopharmaceutiques et biocides, ont déjà intégré la notion de perturbation endocrinienne pour désigner des effets sur la santé ou sur l'environnement, mais ces réglementations ne s'appuient pas encore sur une définition harmonisée des perturbateurs endocriniens. L'adoption d'une telle définition au niveau européen est donc un enjeu majeur pour l'application des dispositions réglementaires existantes. Toutefois, la Commission européenne a annoncé en 2013 le report de la décision sur cette définition, qui aurait dû être publiée en décembre 2013.

La France soutient une approche visant à définir une classe d'identification "Perturbateur endocrinien" et des critères pour différencier cette classe en catégories, selon que le danger pour l'homme ou pour les autres organismes vivants est avéré ou suspecté. Cette méthode permettrait de constituer des classifications progressives en fonction du niveau de danger et de prendre en compte les études au fur et à mesure de leur disponibilité.

S'agissant des critères scientifiques permettant d'identifier les perturbateurs endocriniens, la France a souligné les points suivants :

- la définition proposée doit permettre une approche globale afin de définir un perturbateur endocrinien au regard de ses effets tant sur la santé humaine que sur l'environnement ;
- cette définition doit être fondée sur les propriétés intrinsèques de la substance : la notion de "puissance" ne doit pas être prise en compte car elle est incompatible avec le phénomène d'effets à très faible dose et avec les courbes "dose-réponse non monotone", qui caractérisent un certain nombre de perturbateurs endocriniens selon la littérature scientifique. Enfin, la notion de puissance n'est pas incluse dans le système actuel de classification, qui est fondé uniquement sur les propriétés intrinsèques de la substance.

Les autorités françaises continueront de défendre ce positionnement au niveau communautaire, notamment dans le cadre de l'étude d'impact lancée par la Commission européenne en 2014.

3) Règlement sur l'enregistrement, l'évaluation, l'autorisation et les restrictions des substances chimiques ou *Registration, Evaluation, Authorization and restriction of CHemicals*.

Les femmes en agriculture : méthode de cartographie des risques professionnels et mesures de prévention des risques pour la reproduction

Le monde agricole connaît, depuis plusieurs années déjà, un phénomène de féminisation. Aujourd'hui :

- près du tiers des exploitations sont dirigées par une femme (contre 12 % seulement 30 ans plus tôt) ;
- le nombre de salariées a lui aussi fortement progressé.

Ces femmes ont largement gagné en visibilité, offrant ainsi un nouveau visage à notre agriculture.

Face à ce constat, l'exposition aux nombreuses nuisances, chimiques, biologiques ou physiques dans les filières agricoles, et les effets sanitaires sur la reproduction décrits dans la littérature, justifient une attention particulière.

C'est dans ce contexte, et pour répondre aux attentes exprimées par les partenaires sociaux, que le ministère chargé de l'Agriculture a proposé une méthode d'identification et de hiérarchisation des activités dangereuses des filières de production primaire, de manière à identifier celles justifiant un renforcement des actions de prévention. L'originalité de cette méthode repose sur une approche objectivable et de portée nationale, en mobilisant les données issues d'enquêtes nationales pour l'évaluation des risques et les différentes parties prenantes pour l'appréciation de la politique de prévention actuelle.

À propos de la méthode

La méthode de cette étude a été construite sur les risques pour la reproduction, depuis la fertilité jusqu'au développement post-natal, pour les femmes enceintes ou en âge de procréer travaillant dans les filières de production primaire agricole. Elle repose sur la construction d'un indicateur de criticité par filière et par activité dangereuse, qui croise un indicateur de risque et un indicateur de prévention.

- L'indicateur de risque repose sur la prise en compte de critères d'exposition et du niveau de preuve pour les effets sanitaires attendus. Il permet de distinguer cinq niveaux de préoccupation.
- L'indicateur de prévention, renseigné à partir d'entretiens de groupe avec les différents acteurs de la politique de prévention, permet de prendre en compte à la fois l'efficacité des mesures existantes et la nécessité de compléter ces dernières. Il permet de distinguer cinq niveaux d'appréciation de la prévention.

Cette méthode s'est appuyée sur une approche populationnelle, par grandes filières de production, objectivable et documentée à partir des données existantes et mobilisables.

La mise à contribution de différents acteurs de la prévention des risques a permis de compléter cette approche en renseignant un indicateur de prévention intégré à la hiérarchisation, engendrant ainsi une meilleure prise de conscience et une appropriation de la problématique par les parties prenantes.

Les résultats sont présentés sous la forme d'une cartographie (cf. figure 1 ci-après).

Les principaux résultats

La cartographie des risques pour les femmes travaillant dans les filières de l'agriculture de production primaire dresse un panorama préoccupant de la situation de ces femmes en âge de procréer, au regard des risques pour la reproduction et justifie le renforcement de certaines mesures de prévention.

Sur la base de ces travaux, différentes recommandations ont ainsi pu être dégagées :

1. En premier lieu, il convient de souligner la nécessité de sensibiliser aux risques pour la reproduction. Pour les femmes, il apparaît également nécessaire de déclarer leur grossesse le plus tôt possible, s'agissant d'un préalable indispensable à la mise en place d'une prévention efficace. Il apparaît essentiel que cette sensibilisation intervienne dès l'enseignement agricole (52 % de femmes parmi les effectifs de ces établissements).

Il ne faut cependant pas oublier que la protection de la maternité n'est pas une simple question individuelle.

2. La politique de prévention du ministère doit être renforcée afin :

- d'offrir une plus grande sécurité socio-économique (congé/indemnité maternité, mesures d'accompagnement visant à garantir la continuité de l'activité des exploitations) et de lutter contre la discrimination ;
- de poursuivre et de renforcer la prévention.

Ainsi, différentes mesures, relevant des principes généraux de prévention, se dégagent des travaux.

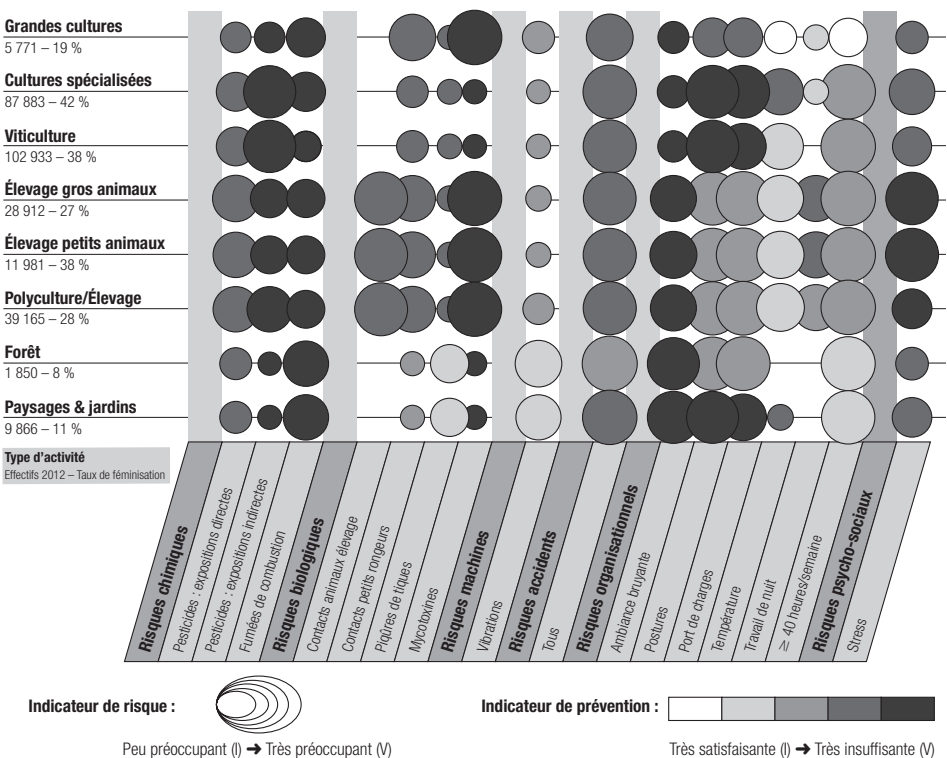
- La première mesure est l'évitement du risque. Les situations identifiées au cours de cette étude étant intrinsèquement liées à l'activité, l'évitement du risque est plutôt fondé sur la réduction de l'exposition à la source. L'interdiction de mise sur le marché des substances chimiques toxiques pour la reproduction, des pesticides particulièrement, ainsi qu'un encouragement à leur substitution apparaissent nécessaires.

- Si ces premières mesures doivent rester prioritaires, dans le cas où une réduction de l'exposition à la source est impossible ou difficilement envisageable sans impacter la continuité de l'activité, la mise en place de mesures de protection collective doit également être proposée. Les mesures reposent essentiellement sur une amélioration des conditions de travail, de la qualité et de la sécurité des espaces ainsi que sur celle de la durée du travail.

3. Enfin, mais en dernier recours seulement, l'utilisation d'équipements de protection individuelle peut être envisagée. Il conviendrait alors de s'assurer de leur adéquation avec les activités et l'état de grossesse des utilisatrices.

Ces différents niveaux d'intervention ne peuvent être envisagés indépendamment les uns des autres. Le retrait des activités les plus exposantes, mesure jugée la plus efficace, ne doit pas s'opposer à l'emploi des femmes en âge de procréer en agriculture, ni à l'égalité de traitement avec les hommes.

Cartographie des risques pour la reproduction chez les femmes en agriculture



2. L'AMÉLIORATION DES RÈGLES D'HYGIÈNE ET DE SÉCURITÉ DANS LE SECTEUR DES TRAVAUX FORESTIERS ET SYLVICOLES

Lors de l'adoption du décret n° 2010-1603 du 17 décembre 2010 relatif aux règles d'hygiène et de sécurité sur les chantiers forestiers et sylvicoles, entré en vigueur le 1^{er} avril 2011 et codifié aux articles R. 717-77 à R. 717-83 du Code rural et de la pêche maritime (CRPM), l'administration s'était engagée devant les partenaires sociaux à réaliser un bilan de l'application de ce décret et à retravailler sur des questions de fond, en particulier sur le travail isolé, l'hygiène et les dispositions du Code du travail dont l'application est à étendre aux indépendants.

Ce décret, applicable aux donneurs d'ordre, aux employeurs de salariés, aux travailleurs indépendants, ainsi qu'aux employeurs exerçant directement une activité sur les chantiers de travaux forestiers et sylvicoles, introduit notamment la notion de planification des interventions simultanées de différentes entreprises sur un même chantier et des périmètres de sécurité à respecter selon la nature des travaux réalisés, qu'il s'agisse d'élagage, d'abattage à l'aide d'outils, de machines à main ou d'opérations mécanisées.

2.1. LES MESURES D'ACCOMPAGNEMENT ET DE SUIVI DE LA MISE EN ŒUVRE DE LA NOUVELLE RÉGLEMENTATION

Dans le cadre de ces engagements, un groupe de travail, intitulé "révision du décret chantiers forestiers et sylvicoles", a été mandaté le 9 octobre 2013 par la commission spécialisée chargée des questions relatives aux activités agricoles (CS 6) du Conseil d'orientation sur les conditions de travail (COCT). Ce groupe est chargé de fournir des "avis, suggestions et propositions" sur les ajustements réglementaires qui s'avèreraient nécessaires.

Par ailleurs, une campagne sur le contrôle des chantiers forestiers a été lancée en 2013 par l'Inspection du travail afin de sensibiliser les professionnels, y compris les donneurs d'ordre, employeurs et indépendants, à cette nouvelle réglementation et de veiller à sa mise en pratique effective. Cette campagne, organisée en partenariat avec le ministère chargé de l'Agriculture et la CCMSA, a également eu pour objectif de tirer des enseignements qui pourraient éventuellement conduire à la proposition de modifications réglementaires.

La préparation de la campagne a permis d'élaborer divers documents et outils à destination des agents de contrôle et des professionnels du secteur. Les techniciens régionaux de prévention (TRP) des cellules d'appui en

Directions régionales des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi (DIRECCTE) ont notamment suivi une formation de formateurs relais pour renforcer à leur tour les compétences des agents de contrôle dans ce domaine.

Plusieurs régions, en liaison avec les organisations professionnelles, ont élaboré des outils de sensibilisation et de vulgarisation de la réglementation du travail applicable aux chantiers forestiers comme, en Picardie et en Champagne-Ardenne notamment, ou encore en Lorraine, région qui a travaillé plus précisément sur un modèle de fiche de chantier. En Aquitaine, la DIRECCTE a poursuivi l'étude qu'elle avait démarrée en 2011, en vue de concevoir un logiciel permettant de rédiger la fiche de chantier sous la forme d'un fichier électronique à partir de systèmes d'information géographiques.

2.2. PREMIER BILAN ET PROPOSITIONS CONCERNANT L'ÉVOLUTION DE LA RÉGLEMENTATION SUR LES TRAVAUX AU VOISINAGE DE LIGNES ÉLECTRIQUES

Un premier bilan d'application a été réalisé par les services du ministère chargé de l'Agriculture. Il porte essentiellement sur des ajustements rédactionnels mais aussi sur plusieurs questions de fond, telles que :

- les travaux réalisés dans l'environnement des lignes électriques ;
- l'hygiène ;
- le travail isolé.

Un groupe de travail intitulé "travaux portant sur les arbres dans l'environnement des lignes électriques" avait également été mandaté le 19 décembre 2012 par la CS 6 du COCT. Il était chargé de fournir, pour le 9 juillet 2013, un avis sur la prévention des risques liés aux "travaux portant sur les arbres dans l'environnement des lignes électriques", c'est-à-dire les travaux visés par les articles R. 717-77 à R. 717-83 du CRPM ainsi que les travaux d'élagage et autres travaux assimilés (soins, haubannage, etc.).

Cet avis, destiné au ministère chargé du Travail et au ministère chargé de l'Agriculture, a vocation à alimenter la réflexion sur la refonte des articles R. 4534-107 à R. 4534-130 du Code du travail relatifs aux "travaux au voisinage de lignes, canalisations et installations électriques".

Parmi les dix-huit thèmes traités qui ont fait l'objet de conclusions présentées à la CS 6 du COCT et qui ont été transmises au ministère chargé du Travail, trois points, concernant notamment l'élagage et les interventions assimilées, appellent une attention particulière :

- les textes en vigueur ne traitent pas des distances de sécurité entre la végétation avec laquelle les opérateurs peuvent entrer en contact et les

conducteurs nus sous tension. Le groupe de travail a donc détaillé les risques liés à la végétation selon sa position par rapport aux lignes et les distances de sécurité envisageables ;

- les travaux dans l'environnement des lignes isolées (revêtues d'une matière électriquement isolante) sont particulièrement dangereux. L'isolant peut être détérioré et il n'est en aucun cas suffisant de considérer qu'il pourrait relever de la compétence d'un élagueur de vérifier son bon état sur toute la longueur de la ligne en cause. Par ailleurs, quand bien même l'isolant serait intact, il subsisterait toujours le risque qu'il soit détérioré par un équipement de travail (scie à chaîne, etc.) ou par la chute d'une branche. Le groupe de travail a donc conclu qu'un conducteur isolé devait être considéré comme n'étant pas isolé ;
- certains équipements de travail, notamment les outils à main montés sur manche (échenilloirs, sécateurs, perches élagueuses) ou les lamiers, ou encore les autres plates-formes élévatrices mobiles de personnes, sont cause d'accidents lorsqu'ils peuvent matériellement engager les distances de sécurité réglementaires de 3 mètres et de 5 mètres. Les mesures qui consistent à donner aux opérateurs des consignes de vigilance, voire à faire surveiller les travaux, ne sont pas suffisantes. Aussi le groupe de travail a-t-il conclu que de tels équipements ne pouvaient être utilisés qu'après la mise hors tension des lignes par consignation.

En conclusion et de manière plus générale, le groupe de travail a très particulièrement insisté sur le fait que la solution pour prévenir ces risques serait, conformément au Code du travail, d'éviter les risques :

- en supprimant les lignes, notamment par enfouissement ;
- en supprimant les arbres à proximité des lignes ;
- en n'autorisant que des essences au développement compatible avec la présence de lignes électriques.

Le groupe de travail a également souligné qu'à défaut de supprimer le risque comme indiqué ci-dessus, ce qui n'était en effet envisageable qu'à moyen terme, le strict respect des prescriptions de l'arrêté technique du 17 mai 2001 fixant les conditions techniques auxquelles doivent satisfaire les distributions d'énergie électrique, permettait déjà d'éviter que les distances d'éloignement requises entre la végétation et les conducteurs ne soient enfreintes.

3. LA SÉCURITÉ DES TRACTEURS AGRICOLES ET FORESTIERS

3.1. LES TRAVAUX RELATIFS AUX ACTES DÉLÉGUÉS DU RÈGLEMENT (UE) N° 167/2013 RELATIF À LA RÉCEPTION ET À LA SURVEILLANCE DU MARCHÉ DES VÉHICULES AGRICOLES ET FORESTIERS

Ce texte, adopté le 5 février 2013, est fondé sur une nouvelle approche réglementaire permettant de simplifier la réglementation des véhicules agricoles neufs et d'achever l'harmonisation européenne en la matière : le règlement fixe uniquement les dispositions et règles fondamentales tandis que les prescriptions techniques sont fixées par des actes délégués et de mise en œuvre, dont l'établissement est confié à la Commission européenne. La réception est ouverte à toutes les catégories de véhicules agricoles et forestiers. À partir du 1^{er} janvier 2016, il sera obligatoire dans tous ses éléments et directement applicable sans nécessité d'une transposition dans la réglementation nationale.

L'Institut national de recherche en sciences et technologies pour l'environnement et l'agriculture (IRSTEA) a participé, au nom du ministère chargé de l'Agriculture, à six réunions de groupes de travail formels et informels organisés par la Commission européenne pour la rédaction des mesures d'instruction, dans le cadre des actes délégués à la Commission européenne pour l'application du règlement n° 167/2013 relatif à la réception et à la surveillance du marché des véhicules agricoles et forestiers.

Pour la rédaction de ces actes délégués, la Commission avait en effet prévu d'organiser non seulement des réunions traditionnelles du groupe de travail "Tracteurs agricoles et forestiers", auxquelles sont invités les États membres ainsi que l'ensemble des parties prenantes, mais aussi, pour plus d'efficacité, des réunions d'experts des États membres auxquelles ne sont pas conviés les observateurs.

Les actes délégués mentionnés ci-dessus se concrétisent par quatre projets de règlements qui concernent :

- la sécurité fonctionnelle (RVFSR – Règlement relatif aux exigences de sécurité fonctionnelle des véhicules) ;
- le freinage (RVBR – Règlement relatif au freinage des véhicules) ;
- la sécurité au travail (RVCR – Règlement relatif aux exigences de construction des véhicules) ;
- la protection de l'environnement (REPPR – Règlement relatif aux exigences environnementales et performances de propulsion).

Au cours de cette première étape, le travail a notamment consisté à reprendre, à compléter, ou même à réviser si nécessaire, les directives techniques d'application de la directive cadre 2003/37/CE concernant la réception par type des tracteurs agricoles ou forestiers, de leurs remorques et de leurs engins interchangeables tractés, ainsi que des systèmes, composants et entités techniques de ces véhicules, en ce qui concerne la réception des tracteurs, ces directives étant toutes abrogées au 1^{er} janvier 2016 par le règlement 167/2013.

Outre un suivi attentif et régulier des travaux et la rédaction de plusieurs avis, notamment s'agissant des exigences de construction des tracteurs, la délégation française représentant le ministère chargé de l'Agriculture s'est plus particulièrement investie dans des propositions sur l'amélioration de la sécurité des arceaux rabattables, les tracteurs à chenilles et la clarification de certaines exigences des tracteurs étroits et ceux à basse garde au sol. Au cours de ce travail, il faut observer que l'IRSTEA a pu s'appuyer sur des travaux menés grâce à son initiative par l'OCDE.

La Commission a élaboré un calendrier en vue de l'application de ces règlements dès la fin de l'année 2014 pour certaines catégories de véhicules, parallèlement à la poursuite des travaux sur une seconde série d'actes délégués complémentaires.

3.2. L'ADOPTION D'ARRÊTÉS PRÉCISANT DES RÈGLES TECHNIQUES À PRENDRE EN COMPTE DANS L'HOMOLOGATION NATIONALE OU LA RÉCEPTION CE DES TRACTEURS VISÉS

L'arrêté du 2 mai 2013 modifiant l'arrêté du 31 juillet 2007 relatif à l'homologation nationale par type des tracteurs agricoles ou forestiers appartenant à l'une des catégories mentionnées à l'article 8 du décret n° 2005-1236 du 30 septembre 2005 est paru au *Journal officiel* (JO) du 15 mai 2013 et un rectificatif est paru au JO du 1^{er} juin.

Cet arrêté introduit, pour les tracteurs des catégories T4-1 (tracteurs enjambeurs à roues) et T4-3 (tracteurs à basse garde au sol à roues), des modalités de mise en œuvre des règles techniques complémentaires prévues par le décret n° 2011-455 du 22 avril 2011 relatives au manuel d'utilisation, au siège du passager, à la protection contre les chutes et la pénétration d'objets, à la prévention des contacts avec les substances dangereuses. Par ailleurs, certaines références de normes, directives européennes et modalités d'essai, prévues par l'arrêté du 31 juillet 2007, font l'objet d'une mise à jour.

Les arrêtés du 23 janvier 2013 et du 4 juin 2013 modifiant l'arrêté du 22 novembre 2005 relatif à la réception CE des tracteurs agricoles ou forestiers et de leurs systèmes, composants et entités techniques, ont pour objet :

- de modifier les spécifications applicables de la norme ISO 8759-1:1998 par suppression de celles relatives à l'emplacement de la prise de force avant (transposition de la directive 2012/24/UE) ;
- d'intégrer dans la réglementation relative à la réception européenne certains types de liaisons mécaniques entre tracteurs et véhicules remorqués mis en service dans l'Union européenne et concernés par des normes ISO, actuellement prévues uniquement au niveau national. Il s'agit des attelages de type chape non rotatifs, boule et piton.

3.3. LA MISE À JOUR DU GUIDE JURIDIQUE RELATIF À LA RÉGLEMENTATION DES TRACTEURS AGRICOLES OU FORESTIERS

Un guide juridique à caractère informatif et pédagogique présente la réglementation relative à la sécurité au travail des tracteurs agricoles ou forestiers.

Il a été rédigé par un groupe de travail composé de représentants des ministères chargés de l'Agriculture et du Travail, de la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole, de l'IRSTEA et de techniciens régionaux de prévention placés au sein des cellules d'appui à l'Inspection du travail en DIRECCTE.

Il est disponible sur le site Internet du ministère chargé de l'Agriculture sur la page <http://agriculture.gouv.fr/securite-des-tracteurs>

Le guide s'articule en quatre chapitres :

- la réglementation relative à la mise sur le marché des tracteurs neufs et de leurs dispositifs ;
- la mise sur le marché des tracteurs d'occasion ;
- l'utilisation ;
- le contrôle de la conformité.

Il constitue une actualisation de la précédente version de 2008 et prend en compte les évolutions récentes de la réglementation d'origine européenne et des connaissances techniques, notamment depuis 2010.

Les apports de la nouvelle version, actuellement disponible, concernent notamment :

- les nouvelles règles techniques détaillées applicables aux tracteurs neufs pour leur réception et homologation : la protection du passager,

la protection contre les substances dangereuses, la protection contre les chutes d'objets (FOPS), la protection contre la pénétration d'objets (OPS) et le manuel d'utilisation (notice d'instructions) ;

- les nouveaux logiciels et guides pour la mise en conformité des tracteurs en service (chapitre "Utilisation") : la protection en cas de renversement (logiciels Français, Espagnol, Italien), la protection contre les chutes d'objets (en cours), les points d'ancrage et la ceinture de sécurité ;
- la dispense de permis de conduire des véhicules agricoles et la loi n° 2012-387 du 22 mars 2012 relative à la simplification du droit et à l'allégement des démarches administratives ;
- les nouvelles dispositions relatives à l'utilisation des tracteurs par les jeunes ;
- diverses actualisations, dont le passage des tracteurs neufs T4-3 à basse garde au sol en réception européenne obligatoire, des précisions sur l'applicabilité de la directive "Machines" aux tracteurs à chenilles et ceux à grande vitesse ;
- un glossaire des termes techniques et une liste des coordonnées d'organismes.

4. LA SURVEILLANCE DU MARCHÉ DES MACHINES AGRICOLES EN 2013

4.1. UN PREMIER BILAN DES CONTRÔLES DE LA CONFORMITÉ DES MACHINES ET TRACTEURS AGRICOLES ET FORESTIERS DANS LE CADRE DE LA SURVEILLANCE DU MARCHÉ

En 2013, 12 signalements de machines agricoles dans la base de données Madeira ont fait l'objet d'une instruction par le ministère chargé de l'Agriculture et d'un dossier de suivi.

La base Madeira recueille les constats de non conformités détectés par les services de l'Inspection du travail à l'occasion d'un accident grave ou mortel du travail.

L'objectif de ce suivi est d'obtenir de la part du constructeur la mise en conformité de la machine concernée, tant de celles disponibles sur le marché du neuf ou en cours de fabrication que de celles déjà en service.

Les machines concernées par des signalements en 2013 sont les suivantes :

- huit d'entre elles appartiennent au secteur de la grande culture : il s'agit d'une mélangeuse distributrice, d'un pulvérisateur porté, d'une remorque enrouleuse de filet, d'une dérouleuse de balles rondes, d'une déterreuse-trieuse de pommes de terre, d'une ensileuse automotrice, d'une pailleuse portée et d'une remorque à benne basculante ;
- quatre machines appartiennent au secteur de la forêt et du paysage : il s'agit de fendeuses de bûches et de lamiers d'élagage.

Les constructeurs concernés sont établis en Irlande (1 machine), Autriche (1 machine), Allemagne (1 machine), Belgique (1 machine) et en France (8 machines).

Les non conformités graves constatées sont variables et parfois multiples mais sont souvent liées à un contact possible avec des éléments mobiles en mouvement non protégés (cylindre, lames, brosse, pales, etc.), à un défaut de fiabilité du système de commande ou à un coincement de l'opérateur par des parties de la machine. Dans quatre dossiers, une vérification de la conformité a été réalisée par un organisme accrédité suite à la demande de l'Inspection du travail auprès de l'employeur.

En outre, deux foires-expositions ont fait l'objet d'une vérification par l'Inspection du travail de la conformité des équipements de travail exposés. Ces vérifications ont donné lieu à plusieurs signalements de non conformités dans la base de données Madeira.

En particulier, des signalements ont donné lieu à une étude de l'état du marché, au regard des règles de conception de santé et de sécurité du travail, des quads utilisés en agriculture, appelés quads agricoles. Dans le contexte d'une accidentologie en augmentation et de la parution de la norme NF EN 15997 d'avril 2012, concernant les véhicules tout terrain (ATV-Quads), portant sur les exigences de sécurité et les méthodes d'essai, l'objectif de cette étude était de repérer les dérives d'utilisation par les opérateurs, prévues ou non par les fabricants et équipementiers, en se concentrant sur les quads "selle et guidon".

Dans tous les cas et conformément à la note de service interministérielle (Travail et Agriculture) du 24 janvier 2013 relative à l'organisation des signalements des équipements de travail non conformes, un courrier à l'attention du constructeur a été préparé par la cellule d'appui de la DIRECCTE concernée puis, après étude et validation par le bureau Santé et Sécurité au travail du ministère de l'Agriculture, proposé à la signature du Directeur des affaires financières, sociales et logistiques et adressé au constructeur. L'étude des réponses obtenues et des relances sont en cours. Parallèlement à ces travaux de suivi de la mise en conformité, trois procès verbaux d'infractions au Code du travail ont été établis par l'Inspection du travail. Des échanges d'information au niveau européen et des travaux de révision des normes des machines concernées ont été également entrepris par le ministère chargé de l'Agriculture.

4.2. DES DEMANDES D'INTERPRÉTATION SUR UNE MACHINE

Filtres des cabines à air épuré des pulvérisateurs

Le ministère chargé de l'Agriculture a souhaité obtenir un avis du comité de suivi de la directive machines sur la question de savoir si les filtres destinés à être installés dans les cabines des pulvérisateurs, dans le but d'assurer une protection de l'opérateur contre les substances dangereuses, doivent être considérés comme des composants de sécurité au sens de l'article 2 c) de la directive 2006/42/CE précitée, lorsqu'ils sont mis sur le marché isolément.

En répondant par l'affirmative à cette question, le président du comité de suivi a conclu ensuite que, de ce fait, les fabricants de filtres mis ainsi indépendamment sur le marché, doivent spécifier dans leur notice d'instructions avec quel système de filtration ils sont compatibles et contre quelles substances dangereuses ils sont supposés protéger les opérateurs.

4.3. LA POURSUITE DES TRAVAUX DU GROUPE DE TRAVAIL VITI-VINI SUR LA VITICULTURE ET LA VINICULTURE

Le groupe de travail national VINI-VITI, mené en partenariat entre la DGT, le SAFSL, la CCMSA, l'IRSTEA, les DIRECCTE et les MSA, a élaboré, depuis sa création en 2002, 41 fiches pratiques sur les principales machines agricoles et forestières, disponibles sur le site Internet du ministère à l'adresse suivante : <http://agriculture.gouv.fr/machines-agricoles-et-forestieres>

Elles présentent la réglementation applicable en matière de sécurité des machines agricoles et forestières et sont destinées aux agents de contrôle de l'Inspection du travail, aux organismes de prévention des risques professionnels, aux enseignants, aux constructeurs et aux utilisateurs, notamment. Ces fiches, rassemblées sous la forme d'un recueil, sont structurées suivant trois axes :

- une partie “organes et fonctions” présentant le principe de fonctionnement de l'équipement de travail ainsi que les différents organes le constituant ;
- une partie “conception” présentant, sous la forme de prescriptions techniques applicables aux constructeurs, l'appréciation des risques existants sur l'équipement de travail ;
- une partie “utilisation” indiquant les obligations qui s'imposent au chef d'entreprise mettant la machine à disposition de ses salariés.

En 2013, les travaux du groupe de travail ont permis la publication de six fiches de sécurité supplémentaires concernant les équipements de travail utilisés dans la filière viticole et vinicole : le pigneur à turbine, l'effeuilleuse de vigne, le presseur à membrane, la benne à vendange, le tracteur enjambeur et le pulvérisateur viticole face par face.

5. LA NORMALISATION

Le suivi des travaux de normalisation par le ministère de l'Agriculture en 2013 a concerné, d'une part, le risque mécanique du machinisme agricole et forestier et, d'autre part, le risque chimique des équipements de travail et de protection individuelle.

5.1. LE RISQUE MÉCANIQUE DU MACHINISME AGRICOLE ET FORESTIER

La publication, en juillet 2013, de la norme EN ISO 4254-1 relative aux exigences générales de sécurité des machines automotrices agricoles, qui est une norme transversale pour ces machines, va permettre de réviser progressivement les normes complémentaires, spécialisées par machine, de cette série : EN ISO 4254-5 à 13. À titre d'exemple, la révision quinquennale de la norme EN ISO 4254-7 relative aux moissonneuses-batteuses et récolteuses de fourrage ou de coton, permet d'introduire des propositions pour mieux intégrer les exigences essentielles de sécurité portant notamment sur la visibilité, le risque de renversement ou le risque de contact avec la tête de coupe.

La partie 2 du projet de norme EN ISO 16 231 sur la stabilité des automotrices, relative aux calculs et codes d'essais, a été mise au programme actif du Comité technique 144 du Comité européen de normalisation (CEN) en 2013 ; ce sujet est particulièrement suivi par la France qui regrette que seul l'aspect statique soit pour l'instant pris en compte.

La norme EN 690 révisée relative aux épandeurs à fumier, adoptée en août 2013 et publiée en décembre 2013, apporte des avancées incontestables en matière de sécurité. Toutefois, certains points demeurent non traités ou insuffisamment traités : les risques de contact non intentionnel avec les outils d'épandage des machines traînées ou semi-portées, la position sécurisée des opérateurs lors des procédures de nettoyage des outils ou encore le cas des épandeurs à épandage latéral, points qui ont fait immédiatement l'objet de dépôt d'amendements à la norme. Les deux études commandées à l'IRSTEA en 2012 et 2013 sur les épandeurs à fumier contribuent à apporter des solutions techniques pour la poursuite de ces travaux de normalisation en 2014.

Les travaux de révision de la norme EN 12 965 sur les arbres de transmission à cardans de prise de force et leurs protecteurs ont débuté en 2013 sur proposition italienne du fait d'une forte accidentologie dans ce pays. L'enjeu est de faire évoluer les matériels pour obtenir, en particulier, un système d'attache plus facile et plus rapide, voire automatisé, et des conditions de graissage aisées et sécurisées. Pour appuyer ces travaux de normalisation, une étude sera commandée à l'IRSTEA en vue de proposer des solutions

d'amélioration de la sécurité de la liaison tracteur-outil combinant l'attelage/dételage de l'outil et la transmission de puissance mécanique.

Suivi de l'objection formelle contre la norme européenne harmonisée EN 13525 relative aux déchiqueteuses forestières à alimentation horizontale ou sensiblement horizontale

La survenance de plusieurs accidents très graves a conduit le ministère chargé de l'Agriculture à formuler une objection formelle contre la norme européenne harmonisée EN 13525 relative aux déchiqueteuses forestières à alimentation horizontale ou sensiblement horizontale en juillet 2012, afin que ses références soient retirées du Journal officiel de l'Union européenne (JOUE). En outre, la révision de la norme a été décidée en novembre 2013.

L'étude confiée à l'IRSTEA afin de proposer des solutions concrètes de reconception de ce type de machine, a été menée à bien malgré la difficulté due au fait que ni la norme, ni l'état de l'art, ne sont conformes aux prescriptions de la directive n° 2006/42 du 16 mai 2006 relative aux machines.

En effet, la prévention des risques liés aux éléments mobiles concourant au travail, éléments d'alimentation et éléments de déchiquetage, est assurée, selon la norme européenne harmonisée EN 13525 + A2, par les dimensions minimales de la goulotte d'alimentation et la présence de commandes d'arrêt d'alimentation, en l'occurrence des barres ayant une position arrêt d'urgence, installées sur trois des bords extérieurs de la goulotte. Or ce dispositif ne permet pas d'éviter le happement et l'entraînement d'un opérateur ou d'un tiers vers les éléments mobiles dangereux.

Ces résultats ont été présentés au Comité de suivi de la directive machines et à la réunion plénière du Comité technique 144 du Comité européen de normalisation en novembre 2013.

Dans la perspective de la révision de la norme, l'IRSTEA a aussi été missionné pour que l'un de ses représentants prenne en charge la fonction de chef du projet et donc de rédacteur du premier projet de révision, qui devrait être disponible au début de l'année 2014.

5.2. LE RISQUE CHIMIQUE DES ÉQUIPEMENTS DE TRAVAIL ET DE PROTECTION INDIVIDUELLE

La norme EN 15 695-1 et 2 relative aux cabines et filtres des pulvérisateurs et tracteurs utilisés pour des travaux de pulvérisation a fait l'objet de discussions en 2013. En effet, la révision de cette norme est souhaitée par différentes parties, et principalement les constructeurs. L'enjeu de cette révision est considérable, puisqu'il s'agit de maintenir, voire de renforcer, ou

non, une protection intégrée à la machine contre le risque chimique, au lieu de s'en tenir au port d'équipements de protection individuelle (EPI). Le sujet de la durée de vie des filtres équipant les cabines est un sujet majeur qui nécessite de mener un travail d'expertise.

Les normes EN-ISO 16119 parties 1 à 3 ont été publiées en 2013. Il s'agit des premières normes visant à répondre aux exigences de conception en matière de santé et de sécurité relatives à la protection de l'opérateur et de l'environnement des machines destinées à l'application des pesticides : la partie 1 de cette norme traite des généralités, la partie 2 des pulvérisateurs à rampe horizontale et la partie 3 des pulvérisateurs pour arbustes et arboriculture.

Les normes EN-ISO 19932 partie 1 pulvérisateurs à dos (exigences environnementales et de sécurité) et partie 2 (méthodes d'essai) ont également été publiées en 2013.

La question de la révision de la norme EN-ISO 4254-6 "matériel agricole-sécurité", partie 6 "pulvérisateurs et distributeurs d'engrais liquides", a été abordée en 2013 par l'Allemagne. Il a été décidé par le Comité de normalisation de reporter son examen en 2014 en révision systématique. L'enjeu réside notamment dans la meilleure prise en compte dans cette norme de la protection de l'opérateur contre les substances.

6. LE RENFORCEMENT DU DIALOGUE SOCIAL ET DES LOGIQUES TERRITORIALES ET PROFESSIONNELLES

L'objectif 9 du Plan santé au travail 2010-2014 (PST 2) et ceux de la feuille de route de la Grande conférence sociale des 20 et 21 juin 2013 soulignent l'intérêt du dialogue social sur les sujets de santé et de sécurité au travail et d'amélioration des conditions de travail. Dans le secteur agricole et agroalimentaire, une participation très forte des branches professionnelles et la mise en place d'instances territoriales de concertation permettent de développer des espaces de dialogue adaptés à la diversité des situations rencontrées dans les PME/TPE comme dans les groupes industriels de l'agroalimentaire.

6.1. UN PREMIER BILAN DE LA MISE EN PLACE ET DU FONCTIONNEMENT DES CPHSCT DANS LE SECTEUR DE LA PRODUCTION AGRICOLE

Un premier bilan de la mise en place et du fonctionnement des CPHSCT dans le secteur de la production agricole confirme l'intérêt de l'instance et la nécessité de son accompagnement par les branches du secteur et par l'État.

Rôle et composition du CPHSCT

Conformément à l'article L. 717-7 du Code rural et de la pêche maritime modifié par la loi de 2011 sur l'organisation de la médecine du travail : *“des commissions paritaires d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail en agriculture sont instituées dans chaque département. Elles sont chargées de promouvoir la formation à la sécurité, de contribuer à l'amélioration des conditions d'hygiène et de sécurité et à l'évaluation des risques pour la sécurité et la santé des travailleurs des exploitations et entreprises agricoles énumérées aux 1°, 2°, 3° et 4° de l'article L. 722-1 du présent code et qui sont dépourvues de comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail ou de délégués du personnel. Elles apportent également leur contribution à la prévention de la pénibilité”*.

Le CPHSCT comprennent, en nombre égal, au maximum cinq représentants désignés par les organisations d'employeurs et de salariés représentatives au plan national dans les branches professionnelles concernées, ou les organisations locales représentatives dans les départements d'outre-mer et dans les collectivités d'Outre-Mer de Saint-Barthélemy et de Saint-Martin. Ils sont nommés par le DIRECCTE, sur proposition du secrétariat de la Commission nationale paritaire pour l'amélioration des conditions de travail en agriculture (CPNACTA), créée par l'article 12 de l'accord national du 23 décembre 2008 sur les conditions de travail en agriculture.

Ainsi, depuis leur création en 1999, les entreprises et exploitations agricoles bénéficient d'un lieu d'échanges, de réflexion et de concertation entre partenaires sociaux,

leur permettant de mieux répondre à la nécessaire amélioration de la santé et de la sécurité au travail des salariés dans les entreprises du secteur agricole dépourvues de représentants du personnel, y compris dans les DOM.

Ces instances ont bénéficié de l'impulsion donnée par le dialogue social national et notamment par la Commission nationale paritaire pour l'amélioration des conditions de travail en agriculture (CPNACTA), qui a pour mission de faciliter les modalités de désignation des membres de CPHSCT et de renforcer la coordination entre les CPHSCT existantes.

Bilan de la constitution des CPHSCT

Fin 2013, l'on peut constater que 17 CPHSCT fonctionnent activement :

- 5 CPHSCT régionales : Auvergne, Lorraine, Franche-Comté, ainsi que Picardie et Île-de-France (début 2014) ;
- 3 CPHSCT interdépartementales en Nord - Pas-de-Calais, Franche-Comté et Rhône-Alpes ;
- 12 CPHSCT départementales et 6 supplémentaires en cours de constitution.

À ce stade, 4 régions et 17 départements n'ont pas de CPHSCT bien que 5 d'entre eux en aient eu une dans le passé.

Le frein principal à leur constitution demeure le problème du recrutement de candidats en fonction des critères requis.

Travaux des CPHSCT

Toutes les CPHSCT, sauf une, se réunissent au moins 2 ou 3, voire 4 fois par an.

Elles fournissent un travail de vulgarisation et de diffusion du savoir-faire en santé et sécurité du travail, en répercutant notamment l'expérience du terrain auprès des toutes petites entreprises intéressées et de leurs salariés.

En ce sens, comme le souligne le Professeur Pierre-Yves Verkindt dans son rapport rendu au ministre chargé du Travail⁽⁴⁾ intitulé *“Les CHSCT au milieu du gué”*, les CPHSCT constituent des lieux de production et d'échange de savoirs sur le travail *“au point de rencontre des savoirs d'expérience, des savoirs techniques et/ou académiques ainsi que des savoirs militants”*, comme les CHSCT, et permettent de *“couvrir les très petites entreprises”*. Il note également *“qu'un certain nombre d'entre elles s'avèrent particulièrement dynamiques”*. Elles peuvent en effet contribuer à aider les entreprises à réaliser leur document unique d'évaluation des risques et à promouvoir toute mesure de formation à la sécurité, de prévention de la pénibilité et d'amélioration des conditions de travail.

Des possibilités de financement pour mener ces actions sont possibles sur les budgets du fonds national de prévention des AT-MP gérés par les caisses de MSA ou par les caisses d'assurances-accidents agricoles (CAAA) pour l'Alsace et la Moselle, ou en lien avec les actions menées par les Associations régionales pour l'amélioration des conditions de travail (Aract).

À titre d'illustration de la très grande diversité des actions menées par les CPHSCT, l'on peut citer : la participation à des réunions de cantons sur des thèmes en santé et sécurité au travail, la création d'un site Internet départemental, la participation à des salons ou à des journées techniques, à des visites d'entreprises, l'animation d'ateliers de sensibilisation sur le renversement des tracteurs, sur le choix des EPI, sur la contention des bovins ou sur la manipulation des équins, par exemple, ainsi que la réalisation d'enquêtes sur le confort des salles de traite et la production de nombreux supports d'information (guides techniques, CD-Rom, etc.).

Les CPHSCT produisent également de nombreux documents et communiquent sur leur structure locale (par exemple : plaquettes, campagnes d'affichage, lettre de la CPHSCT), y compris dans la presse.

Enfin, l'on peut noter le large soutien à la fois des services de la MSA et des agents des services de l'Inspection du travail, et notamment des techniciens régionaux de prévention. Ces derniers participent régulièrement à plus de 60 réunions de CPHSCT par an, sans compter les réunions préparatoires à leur renouvellement ou leur création, et contribuent à l'animation des réunions de groupes de travail créés au sein de certaines d'entre elles.

6.2. DES ENGAGEMENTS RÉCIPROQUES ENTRE LES ENTREPRISES, LES REPRÉSENTANTS DES SALARIÉS ET LES POUVOIRS PUBLICS DANS LA FILIÈRE ALIMENTAIRE

Contexte de la démarche

Les ministres chargés de l'Agriculture, de l'Agroalimentaire et du Redressement productif se sont engagés dans un "contrat de la filière alimentaire", signé le 19 juin 2013 avec les entreprises et les représentants des salariés, sur la base de propositions issues des "Rencontres régionales pour l'avenir de l'agroalimentaire", lancées le 25 septembre 2012.

Certains engagements concernent l'amélioration des conditions du travail et invitent les partenaires sociaux des secteurs concernés à ouvrir des travaux sur la qualité de vie au travail, la prévention des risques professionnels et l'amélioration des conditions périphériques au travail.

Toute la filière alimentaire, qui représente la première filière industrielle de France, est mobilisée au sein du contrat de filière, de l'amont agricole à la distribution, en passant par le commerce de détail et l'artisanat alimentaire, les entreprises de négoce, les coopératives agricoles et agroalimentaires, la restauration collective et les industries alimentaires, y compris les entreprises et les acteurs utilisant des produits issus de l'agriculture biologique.

4) Présenté au Comité permanent du Conseil d'orientation sur les conditions de travail le 28 février 2014.

Sont également impliqués les représentants des salariés de la filière. Sont concernés 600 000 salariés et 13 000 entreprises, répartis sur l'ensemble des territoires urbains et ruraux.

Contenu des négociations et des travaux

Dans le cadre d'un dialogue social renforcé, des groupes de travail ont été mis en place entre les signataires du contrat de filière et les organismes de prévention, la CCMSA, la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS), l'Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail (ANACT) et les mutuelles.

Les groupes de travail mis en place concernent :

- l'environnement physique de travail et la santé des travailleurs ;
- le dialogue professionnel dans l'entreprise ;
- la conception des organisations et des systèmes de travail ;
- l'enseignement et la formation à la qualité de vie au travail.

L'un des enjeux essentiels concerne la prévention des troubles musculo-squelettiques (TMS), très importants dans ces secteurs, en nombre, en coût, mais également en souffrance au travail. Les connaissances sur les démarches de prévention à mener sont connues et stabilisées. Les trois caractéristiques essentielles sont : la transformation de l'organisation du travail, la mobilisation des acteurs internes et l'intégration des questions de santé au travail dans les projets de conception des lieux de travail, comme des équipements de travail.

Les travaux en cours devraient aider à combler le décalage important entre l'état des connaissances concernant les actions de prévention des TMS les plus efficaces et ce à quoi les entreprises s'engagent concrètement pour les mettre en œuvre.

Le travail au sein de ces groupes mobilise également les apports méthodologiques de l'accord national interprofessionnel du 19 juin 2013 "Vers une politique d'amélioration de la qualité de vie au travail et de l'égalité professionnelle" et des accords pénibilité signés dans les branches du secteur. Une gestion prévisionnelle des emplois et des compétences en direction des TPE/PME ou des territoires est notamment recherchée.

Les travaux se poursuivent en 2014 afin de décliner des outils ou des démarches transférables.

7. L'AMÉLIORATION DE LA RÉPARATION DES MALADIES PROFESSIONNELLES

Le régime agricole dispose de ses propres tableaux de maladies professionnelles, élaborés par le ministre chargé de l'Agriculture après avis de la Commission supérieure des maladies professionnelles en agriculture (COSMAP). Cette Commission est également compétente pour toutes les questions relatives à la connaissance de l'origine professionnelle des pathologies et à l'articulation entre la réparation et la prévention de celles-ci. Elle est présidée depuis le 25 novembre 2013 par Madame Marie Picard, Conseillère d'État.

Une collaboration étroite est instaurée entre la COSMAP et la commission spécialisée sur les pathologies du Conseil d'orientation sur les conditions de travail, qui permet d'enrichir leurs débats respectifs dans le but d'harmoniser l'état des connaissances et leur prise en compte dans les tableaux.

L'année 2013 a été essentiellement consacrée à la poursuite des travaux sur les pathologies à effets différés et liées à l'exposition aux pesticides ainsi qu'à la révision du tableau n° 18 relatif aux affections dues au plomb.

S'agissant des pathologies liées à l'exposition aux pesticides, lors de la séance du 18 juin 2013, le Professeur Gérard Lasfargues, rapporteur du groupe de travail relatif à la révision ou à la création des tableaux des maladies professionnelles portant sur l'utilisation des pesticides, a présenté le rapport final portant sur les hémopathies malignes. Il a souligné que ces conclusions étaient, à ce stade, confortées par les résultats de l'expertise collective de l'Inserm, qui venait d'être rendue publique.

- S'agissant de la révision du tableau n° 18 relatif aux affections dues au plomb et ses composés, elle a été adoptée lors de la séance du 18 novembre 2013. Les pathologies et les examens nécessaires à leur diagnostic ont été réactualisés.
- S'agissant des troubles musculo-squelettiques et de la révision du tableau n° 39, la COSMAP a proposé d'attendre la fin des travaux menés par le groupe de travail du régime général.

Le programme de travail pour 2013-2014 prévoit également d'engager la révision du tableau n° 19 du régime agricole, qui correspond au tableau n° 4 du régime général sur le benzène. Ce dernier a été modifié en 2009. Le programme de travail prévoit également d'installer un groupe de travail sur les pathologies psychiques d'origine professionnelle.

Lors de la présentation du bilan d'activité des Comités régionaux de reconnaissance des maladies professionnelles (CRRMP) pour 2012 et du bilan des reconnaissances en maladies professionnelles pour 2012, les membres de la commission ont souligné la nécessité de disposer d'indica-

teurs qui permettent de mieux analyser les freins à la reconnaissance des maladies professionnelles selon les régions et les pathologies professionnelles concernées.

Il a été proposé de prévoir dans le programme de travail pour 2014 l'installation d'un groupe de travail qui pourrait identifier et, le cas échéant, proposer de développer et mettre en place les indicateurs nécessaires à l'analyse des données en santé au travail et des pathologies professionnelles afin de permettre à la COSMAP de mener à bien ses missions.

8. LA PRÉVENTION DES RISQUES PSYCHOSOCIAUX ET LES ACTIONS DE PRÉVENTION DU SUICIDE DES EXPLOITANTS ET DES SALARIÉS AGRICOLES

Le suicide en lien avec le travail fait l'objet de plusieurs études étiologiques du travail dans différents milieux ou secteurs professionnels pour notamment, estimer la fréquence des suicides liés au travail, les décrire, et évaluer les différentes modalités de prises en charge des conséquences d'un suicide survenu sur le lieu de travail ou ailleurs (cellule de crise, numéro vert, déclaration AT ou MP, etc.). La mise en place d'un système de surveillance et d'enregistrement des données utiles est également étudiée.

Un observatoire national du suicide, indépendant et pluridisciplinaire, a été créé et installé le 10 septembre 2013 auprès de la ministre chargée de la Santé. Il a pour mission de coordonner et d'améliorer les connaissances sur le suicide et les tentatives de suicide, d'évaluer l'effet des politiques publiques en matière de prévention du suicide et de produire des recommandations, notamment en matière de prévention. Deux groupes de travail ont été installés, l'un relatif aux axes de recherche et l'autre concernant la surveillance.

En milieu agricole, l'étude menée par l'InVS en lien avec la CCMSA sur la mortalité par suicide des agriculteurs sur la période de 2007 à 2009, est parue le 10 octobre 2013. Elle a confirmé l'excès de risque, notamment chez les hommes âgés de 45 à 64 ans, et plus particulièrement dans les secteurs de l'élevage bovin-viande et bovins-lait. Il est prévu de poursuivre ces travaux sur les années suivantes et de l'étendre à l'ensemble de la population agricole concernée par le Plan national d'actions contre le suicide, c'est-à-dire en incluant les salariés.

La CCMSA et les caisses locales ont également mis en œuvre des actions de lutte contre le suicide et ont déployé des mesures de prévention, tant des suicides que des risques psychosociaux (RPS) au travail. Ces actions ont permis, en 2013 :

- de mieux prendre en charge les personnes qui en ont exprimé la demande dans le cadre des cellules pluridisciplinaires ;
- de mieux estimer l'impact des RPS et du suicide sur la population agricole et, notamment, de mieux comprendre les liens avec le travail.

L'intergroupe de travail féminin, animé par l'association TRAME (Tête de réseaux pour l'appui méthodologique aux entreprises), tête de réseaux associatifs de développement agricole et rural et centre de ressources destiné à apporter un appui aux agriculteurs, salariés agricoles et techniciens impliqués dans des associations locales, a mené une étude ergonomique de l'activité de travail d'exploitants agricoles et d'employeurs.

Cette étude a mis en exergue l'existence, dans l'environnement des agriculteurs, de facteurs de stress contraignants, pouvant limiter leurs marges de manœuvres, en lien avec la structure de leur exploitation, l'environnement économique ou la famille. Les agriculteurs doivent au quotidien intégrer, dans leurs prises de décisions, un certain nombre de menaces (conditions climatiques, problèmes sanitaires) et d'astreintes conditionnées, soit par l'organisation du travail (la durée journalière du travail, le travail saisonnier, les travaux exceptionnels, les réunions avec les collègues, etc.), soit par les aspects économiques (la mécanisation, la pénibilité de certaines tâches, la possibilité d'être remplacé sur des petites périodes ou des périodes plus longues, la vie sociale, etc.).

Les suites du projet se sont concrétisées par la réalisation d'un film et d'une formation qui permettent d'accompagner les exploitants et les employeurs de main-d'œuvre dans la compréhension des liens existants entre la réalisation de leur activité et l'impact sur leur santé.

Il s'agit d'un exemple des actions mises en œuvre dans le cadre du Plan santé-sécurité au travail de la CCMSA en direction des très petites entreprises. Il répond aux objectifs de l'accord national du 23 décembre 2008 sur les conditions de travail en agriculture, pour la prise en compte du stress et de la pénibilité dans la conception de l'organisation du travail, mené en partenariat avec les fédérations professionnelles, les organisations de développement agricole ou les CPHSCT, qui font également émerger des projets sur ce thème.

Ces actions pluridisciplinaires d'appréhension du risque dans sa globalité sont actuellement rassemblées afin de pouvoir être transférées au sein du réseau des services de santé et sécurité au travail des caisses de la MSA.

LA NÉGOCIATION COLLECTIVE SUR LES CONDITIONS DE TRAVAIL

1. L'accord national interprofessionnel "Qualité de vie au travail"	373
1.1. Genèse et grands principes de l'accord QVT : une mutation dans l'approche des conditions de travail	373
1.2. Définition du champ de la qualité de vie au travail	374
1.3. Contenu de l'accord	375
2. La négociation sur la prévention de la pénibilité	378
3. La négociation sur la prévention des risques psychosociaux	381
3.1. Branches concernées	381
3.2. Rôle de la branche	381
4. La révision partielle de la convention collective des services de santé au travail	385

LA NÉGOCIATION COLLECTIVE SUR LES CONDITIONS DE TRAVAIL

En 2013, la négociation sur les conditions de travail, qui demeure dynamique en termes de nombre d'accords de branche signés, est également marquée par la signature, le 19 juin, de l'accord national interprofessionnel (ANI) intitulé *“Vers une politique d'amélioration de la qualité de vie au travail et de l'égalité professionnelle”*.

Outre la pénibilité et les risques psychosociaux (RPS), qui demeurent les principaux thèmes de négociation, les partenaires sociaux s'emparent de manière globale de la question de la qualité de vie au travail (QVT), reconnue comme facteur tant de bien-être au travail que de compétitivité pour les entreprises.

1. L'ACCORD NATIONAL INTERPROFESSIONNEL “QUALITÉ DE VIE AU TRAVAIL”

1.1. GENÈSE ET GRANDS PRINCIPES DE L'ACCORD QVT : UNE MUTATION DANS L'APPROCHE DES CONDITIONS DE TRAVAIL

Le concept de la qualité de vie au travail

Le concept de la qualité de vie au travail (QVT) est apparu dans les années 1950 dans les pays anglo-saxons pour souligner les limites de l'organisation taylorienne du travail pour l'efficacité des méthodes de production. Dans cette approche, la QVT prenait en compte l'articulation des dimensions humaines, sociales et techniques sur le lieu de travail et réexaminait l'organisation du travail à la lumière des ressorts de l'implication du travailleur.

En France la notion de QVT n'apparaît que dans les années 2000, parmi les acteurs de la prévention des risques professionnels. Il répond à trois besoins :

- concilier satisfaction des salariés et optimisation des résultats, la **qualité du travail** étant **identifiée comme un facteur de performance et de compétitivité des entreprises** ;

- **approcher de façon globale différents thèmes de négociation** ; la pénibilité, le temps de travail, l'emploi des seniors, la Gestion prévisionnelle des emplois et des compétences (GPEC), etc ;
- **développer un regard plus positif sur le travail et les conditions de travail**, sans pour autant nier l'existence de risques psychosociaux.

Une négociation initiée par les partenaires sociaux dans le contexte de la montée en puissance de la problématique des risques psychosociaux

Au cours de ces dernières années, la conduite de négociations sur le stress au travail dans les grandes entreprises et les actions menées par les entreprises et les préventeurs en matière d'évaluation et de prévention des risques psychosociaux ont permis d'ouvrir de nouveaux champs de réflexion mieux compris et mieux partagés par les acteurs de l'entreprise, en particulier la nécessité :

- d'examiner la réalité des conditions de travail et d'évaluer la possibilité ou non de réaliser un travail de qualité au sein de l'entreprise ;
- de prendre en compte les attentes fortes des salariés quant à la reconnaissance de leur travail dans l'entreprise et quant à l'équilibre entre vie professionnelle et vie personnelle ;
- d'évaluer l'enjeu que constitue l'expression des salariés sur leur travail ;
- de former l'encadrement à la santé au travail.

Le 13 juin 2012, les partenaires sociaux ont convenu d'ouvrir une négociation, en septembre de la même année, en vue de signer un accord national interprofessionnel (ANI) sur la qualité de vie au travail, conciliant *“les modalités de l'amélioration des conditions de travail et de vie pour les salariés, et la performance collective de l'entreprise”*.

C'est donc une nouvelle étape dans la conception des conditions de travail qui a été franchie le 19 juin 2013 avec la signature de l'ANI intitulé *“Vers une politique d'amélioration de la qualité de vie au travail et de l'égalité professionnelle”*. Étendu par un arrêté du 15 avril 2014, l'ANI est rendu obligatoire à compter du 23 avril 2014.

1.2. DÉFINITION DU CHAMP DE LA QUALITÉ DE VIE AU TRAVAIL

Par cet accord, les partenaires sociaux se sont entendus sur une approche commune de la qualité de vie au travail. Celle-ci se traduit en ces termes : *“Les conditions dans lesquelles les salariés exercent leur travail et leur capacité à s'exprimer et à agir sur le contenu de celui-ci déterminent la perception de la qualité de vie au travail qui en résulte”*.

L'accord affirme que la performance d'une entreprise repose à la fois sur des relations collectives constructives et sur une réelle attention portée aux salariés et à la qualité de leurs conditions de travail. En conséquence, la compétitivité des entreprises passe notamment par leur capacité à améliorer la QVT, en agissant sur la qualité :

- de l'information partagée au sein de l'entreprise ;
- des relations de travail ;
- des relations sociales, construites sur un dialogue social actif ;
- des modalités de mise en œuvre de l'organisation du travail ;
- du contenu du travail ;
- de l'environnement physique ;
- de la réalisation et du développement personnel ;
- de l'équilibre entre vie professionnelle et vie personnelle ;
- du respect de l'égalité professionnelle.

1.3. CONTENU DE L'ACCORD

Un cadre expérimental pour la négociation collective

Comportant des dispositions expérimentales, cet accord national inter-professionnel est conclu pour une "durée déterminée de trois ans". Ses signataires ont déjà prévu d'examiner à son terme, après évaluation, les suites qu'ils entendent lui donner.

Le comité de suivi de l'accord, mis en place par les signataires de l'ANI, prendra connaissance des expérimentations portant sur l'amélioration de la qualité de vie au travail menées par les branches et les entreprises. Elles pourront, à cet effet, faire appel à des organismes spécialisés tels que l'Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail (ANACT) et les Associations régionales pour l'amélioration des conditions de travail (Aract). Le site Internet www.anact.fr présente une méthodologie dédiée à la mise en œuvre d'une démarche QVT d'entreprise.

Les accords uniques

À titre expérimental, il est ainsi prévu que les partenaires sociaux examinent, au niveau de l'entreprise ou de la branche professionnelle, la possibilité de mettre en place une négociation sur la qualité de vie au travail. Cette dernière pourra regrouper dans une négociation unique toutes celles qui, prises parmi les différentes négociations obligatoires, relèvent de la démarche de qualité de vie au travail, sans remettre en cause le contenu des obligations concernées.

La QVT a ainsi comme ligne directrice de ne plus appréhender séparément les sujets, de ne plus multiplier les approches cloisonnées en

matière de conditions de travail, mais de redonner une cohérence globale en adoptant une approche intégrée articulant les différents aspects des conditions de travail et d'emploi. L'avantage d'une telle méthode est qu'elle ne remet pas en cause les politiques publiques sectorielles volontaristes, tout en permettant aux entreprises d'organiser la façon dont elles vont y répondre en les articulant de manière réfléchie selon leur taille, leur marché et leur contexte. Les accords ainsi conclus le seront pour trois ans.

L'ANI conditionne leur validité à la signature des syndicats représentatifs ayant recueilli au moins 50 % des suffrages exprimés au premier tour des dernières élections professionnelles. En l'absence d'un tel accord, les entreprises restent liées par les différentes obligations de négocier, et l'ANI prévoit qu'elles devront aborder les questions de qualité de vie au travail lors de la négociation relative aux modalités d'exercice du droit d'expression prévue à l'article L. 2281-5 du Code du travail.

Les espaces de discussion

L'impact de la problématique des RPS et des mesures de prévention en la matière transparait dans la demande faite aux entreprises de conduire des initiatives favorisant l'expression des salariés sur leur travail, afin de développer le dialogue direct entre les salariés et leurs encadrants.

Développant ainsi une nouvelle forme de dialogue social dans l'entreprise en dehors du rôle traditionnel des institutions représentatives du personnel, l'ANI veille toutefois à articuler les prérogatives de ces dernières avec le travail des espaces de discussion.

La formation des managers

L'ANI identifie un rôle primordial des managers et de la direction d'entreprise pour mener à bien les démarches d'amélioration de la qualité de vie au travail. La sensibilisation et la formation des managers sont essentielles afin qu'ils aient une meilleure appréhension des enjeux que présentent les conditions de vie au travail. L'ANACT, qui anime une démarche baptisée "Faire école", figurant dans le contrat d'objectifs et de performance (COP) 2014-2017 signé avec l'État en 2013, est en mesure d'accompagner la mise en œuvre de cet axe d'action porté par l'ANI QVT.

L'égalité professionnelle

Les mesures de l'ANI, reprises par les dispositions du projet de loi relatif à l'égalité entre les femmes et les hommes, ont pour objectif de renforcer l'efficacité de la négociation collective en matière d'égalité professionnelle. Il est prévu en effet d'articuler les obligations de négocier en matière d'égalité professionnelle et d'égalité salariale en créant une négociation unique et

globale sur l'égalité professionnelle, qui devra définir des mesures permettant de supprimer les écarts de rémunération entre les femmes et les hommes.

En cas d'accord, un suivi annuel des mesures sur les écarts de rémunération sera effectué dans le cadre de la négociation annuelle obligatoire sur les salaires.

Parmi les mesures suggérées par l'ANI figurent :

- la promotion d'une utilisation dynamique du rapport de situation comparée ;
- la mise en place d'un indicateur de promotion sexué ;
- la lutte contre les stéréotypes ;
- la mise en place de mesures de gestion de la carrière professionnelle des salariés bénéficiant d'un congé parental d'éducation.

La conciliation entre vie professionnelle et vie personnelle

Les signataires de l'ANI considèrent que le travail à temps partiel ne doit plus obérer les possibilités d'évolution de carrière des personnes qui en bénéficient. L'objectif est qu'elles disposent des mêmes possibilités d'évolution que les salariés à temps plein.

L'ANI prévoit notamment que la situation de l'évolution professionnelle du salarié à temps partiel soit examinée lors de l'entretien professionnel biennal. Il incite par ailleurs à la mise en œuvre d'indicateurs neutres et non discriminants pour suivre l'évolution de carrière des salariés.

En outre, l'ANI prévoit qu'à sa demande, le salarié pourra bénéficier d'un entretien avec son employeur avant le terme du congé parental rénové dont il bénéficie, pour organiser son retour à l'emploi, ses éventuels besoins en formation, l'impact de la prise de ce congé sur sa rémunérations et/ou sur sa carrière. L'ANI invite aussi les partenaires sociaux, au niveau des branches comme des entreprises, à développer des actions afin de lutter contre les stéréotypes et à minimiser la stigmatisation des femmes, en particulier au moment du départ ou du retour de congé maternité.

Enfin, l'ANI prévoit que les partenaires sociaux entament en 2014 une réflexion sur l'harmonisation des droits aux congés, qu'ils soient parentaux ou personnels.

2. LA NÉGOCIATION SUR LA PRÉVENTION DE LA PÉNIBILITÉ

2013 est la seconde année depuis l'entrée en vigueur d'un dispositif important issu de la loi du 9 novembre 2010 portant réforme des retraites : l'obligation, pour certaines entreprises, de négocier un accord ou d'adopter un plan d'action en faveur de la prévention de la pénibilité.

Cette obligation s'applique aux entreprises de plus de 50 salariés (ou appartenant à un groupe d'au moins 50 salariés), si au moins 50 % de leur effectif est exposé à un ou plusieurs des facteurs de pénibilité fixés par le décret n° 2011-354 du 11 mars 2011.

Les entreprises de 50 à 300 salariés sont dispensées de cette obligation si elles sont couvertes par un accord de branche étendu de prévention de la pénibilité. Les entreprises d'au moins 50 salariés qui n'entrent pas dans cette exception et qui ne sont pas couvertes par un accord ou un plan d'action relatif à la prévention de la pénibilité encourrent une pénalité financière modulable en fonction des efforts constatés et égale au plus à 1 % de la masse salariale des salariés exposés à un ou plusieurs facteurs de pénibilité. Au 31 janvier 2014, les branches du *bâtiment et des travaux publics* (BTP), des *œufs et industrie en produits d'œufs*, des *remontées mécaniques et domaines skiables*, et de *l'industrie de la chaussure* sont couvertes par un tel accord.

La loi du 20 janvier 2014 garantissant l'avenir et la justice du système de retraites a apporté des modifications à cette négociation afin de renforcer son effectivité :

- l'exposition d'un salarié n'est décomptée que lorsqu'elle dépasse les seuils qui seront définis par décret et non plus sur le fondement de la seule appréciation de l'employeur ;
- dans les entreprises d'au moins 50 salariés, la couverture par un plan d'action ne sera possible qu'après l'échec effectif d'une négociation conduite en vue d'un accord conventionnel ;
- un accord de branche étendu en faveur de la prévention de la pénibilité peut également caractériser l'exposition des travailleurs au-delà des seuils par des situations types d'exposition (postes occupés, équipements de protection individuelle et collectifs appliqués).

Éléments quantitatifs

Au 31 janvier 2014 et depuis l'entrée en vigueur du dispositif, le nombre d'entreprises ayant conclu un accord ou élaboré un plan d'action relatif à la pénibilité est de 5 400 ; pour ce qui est du nombre cumulé d'accords de branche relatifs à la prévention de la pénibilité conclus et transmis à la Direction générale du travail, il est de seize, dont cinq nouveaux accords signés au cours de l'année 2013 :

- onze accords s'inscrivent dans le dispositif "1 % pénibilité". Ils concernent les branches du *bâtiment et des travaux publics* (BTP), du *commerce du détail et de gros à prédominance alimentaire*, des *entreprises sociales pour l'habitat*, de *l'assainissement et de la maintenance industrielle*, de la *fabrication et du commerce de produits pharmaceutiques*, de *l'industrie pétrolière* et de *l'industrie du bois*. L'année 2013 a permis la conclusion de quatre nouveaux accords dans les branches suivantes : *œufs et industries en produits d'œufs*, *remontées mécaniques et domaines skiables*, *industrie de la chaussure* ainsi que *l'aide, l'accompagnement, les soins et les services à domicile*.
- deux accords sont des accords spécifiques, qui ne s'inscrivent pas dans le cadre issu de la loi du 9 novembre 2010. Ils ont été conclus dans la branche des *transports routiers et activités auxiliaires du transport* (accord de 2010 antérieur à l'entrée en vigueur du dispositif pénibilité) et celle des *ports et manutention* (s'inscrivant ainsi dans le dispositif issu de la loi du 4 juillet 2008 sur les installations portuaires).
- trois accords sont des accords de méthode visant soit à outiller les entreprises de la branche pour qu'elles construisent leurs propres accords (branche de la *transformation laitière*), soit à cadrer la future négociation de branche sur la pénibilité (*remontées mécaniques et domaines skiables*). Le dernier accord de méthode, conclu le 26 avril 2013, concerne *l'inter-secteur papier cartons*. Il fait suite au constat d'échec de la négociation sur la pénibilité et vise à diffuser un plan d'action afin d'aider les entreprises à identifier les différents leviers de lutte contre la pénibilité (mobilisation de l'organisme paritaire collecteur agréé – OPCA, diffusion d'une liste de cabinets de consultants, mise en place du tutorat, etc.).

Il est encore prématuré de dresser un bilan complet de l'action des branches en matière de pénibilité. Si l'on peut d'ores et déjà tenter de distinguer quelques grandes tendances, détaillées dans le bilan qualitatif ci-après, de la manière dont les branches se sont approprié la démarche de prévention de la pénibilité au travers de la négociation, il n'est pas exclu que l'engagement du processus législatif ayant conduit à l'adoption de la loi n° 2014-40 du 20 janvier 2014 garantissant l'avenir et la justice du système de retraites et la perspective de la mise en place du compte personnel de prévention de la pénibilité (C3P) aient eu pour effet de freiner temporel-

rement le mouvement de négociation sur le sujet, dans l'attente de l'adoption d'un nouveau cadre stabilisé en la matière (cf. *Partie 4 – Chapitre 6 : La prévention de la pénibilité*).

Éléments qualitatifs

L'analyse du contenu des nouveaux accords conclus en 2013 montre que seule une branche a élaboré un réel diagnostic des situations de pénibilité rencontrées dans son secteur. La branche des *remontées mécaniques et domaines skiables* a ainsi élaboré, avec l'aide d'un consultant, un diagnostic précis grâce à une enquête conduite auprès d'un échantillon de sept entreprises. En 2012, quatre des sept branches qui avaient conclu des accords "1 % pénibilité" avaient également adopté une démarche de diagnostic, afin d'adapter les mesures de prévention au regard des spécificités de chaque secteur. Il s'agit en particulier de la branche du *bâtiment et des travaux publics* ainsi que celle des *sociétés anonymes et fondations d'HLM*.

S'agissant des thèmes de négociation retenus, ce sont en premier lieu ceux concernant les conditions de travail : l'adaptation et l'aménagement du poste de travail ainsi que l'amélioration des conditions de travail, notamment au plan organisationnel. Ils font l'objet de mesures concrètes : études de poste en cas d'achat d'un nouveau matériel dans la branche des *œufs et industries en produits d'œufs*, achat ou rénovation de matériel afin de prendre en compte des avancées réalisées en termes d'ergonomie dans la branche de *l'industrie de la chaussure*. Au plan organisationnel, deux branches (*remontées mécaniques et domaines skiables* et *industrie de la chaussure*) prévoient de favoriser la diversification des tâches des salariés exposés à des facteurs de pénibilité grâce à la rotation des postes. Enfin, des actions de formation sont souvent prévues, soit dans une optique de prévention des risques (*aide, accompagnement, soins et services à domicile, remontées mécaniques et domaines skiables, œufs et industries en produits d'œufs*), soit dans une optique de reconversion (*œufs et industries en produits d'œufs et industries de la chaussure*).

Quant aux modalités de suivi de la mise en œuvre des engagements figurant dans les accords, deux d'entre eux prévoient la réalisation d'un bilan annuel par la commission paritaire de la branche (*industrie de la chaussure, aide, accompagnement, soins et services à domicile*), les deux autres préférant un bilan à la fin de la période triennale. Par ailleurs, les trois quarts des accords conclus prévoient des objectifs et des indicateurs adossés à chacun des thèmes retenus. La plupart de ces objectifs concernent toutefois la réalisation des actions prévues par les accords (accompagnement de 100 % des salariés, réalisation de 80 % des études, etc.) plutôt que la réduction directe de l'exposition des salariés aux facteurs de pénibilité.

3. LA NÉGOCIATION SUR LA PRÉVENTION DES RISQUES PSYCHOSOCIAUX

3.1. BRANCHES CONCERNÉES

En 2013, cinq branches ont signé un accord traitant des risques psychosociaux (RPS) alors qu'en 2012, elles n'étaient que deux. Ces accords incluent notamment le stress au travail, le harcèlement et la violence au travail. Dans l'un des cas, il s'agit d'un avenant traitant des RPS, qui est annexé à la convention collective nationale de la branche.

Ces accords concernent les branches suivantes :

- *animation* : accord sur la prévention des risques psychosociaux, dont le stress au travail (15 février 2013) ;
- *bureaux d'études techniques, cabinets d'ingénieurs-conseils sociétés de conseil* : accord relatif à la santé et aux risques psychosociaux (19 février 2013) ;
- *Caisse d'Épargne* : accord sur les incivilités et les violences à l'occasion des relations commerciales avec la clientèle (23 avril 2013) ;
- *personnels PACT-ARIM* : accord relatif à la prévention des risques psychosociaux, dont le stress au travail (21 mai 2013) ;
- *aide, accompagnement, soins et services à domicile* : avenant n° 13/2013 à la convention collective relatif à la prévention des risques psychosociaux (25 juin 2013).

3.2. RÔLE DE LA BRANCHE

À la lecture de ces accords, plusieurs fonctions principales des branches par rapport aux RPS peuvent être distinguées :

Poser des principes structurants dans l'approche des RPS

L'accord de la branche de *l'aide, de l'accompagnement, des soins et des services à domicile* rappelle que ce texte s'inscrit dans le cadre plus général d'une série d'orientations développées par la branche sur la santé au travail, la formation professionnelle, l'emploi des seniors et la pénibilité. Le préambule met l'accent sur les principes de prévention primaire et de dialogue social, notamment par l'intermédiaire du droit d'expression des salariés.

L'accord de la convention collective nationale (CCN) *des personnels PACT-ARIM* rappelle la responsabilité de l'employeur en matière de prévention des RPS, et notamment des risques psychosociaux, *via* notamment :

- l'amélioration de l'organisation, des conditions et de l'environnement de travail ;
- l'inscription des RPS dans le document unique d'évaluation des risques professionnels.

La branche des *bureaux d'études techniques, cabinets d'ingénieurs-conseils et sociétés de conseil* rappelle en préambule de son accord que les négociations ont abouti à la conclusion de l'accord et à la mise en œuvre d'actions complémentaires :

- élaboration paritaire d'un document unique de branche sur les risques professionnels diligentée par l'Association d'étude et de suivi de l'aménagement du temps de travail (ADESAT, instance paritaire de la branche) ;
- élaboration paritaire d'un guide pratique relatif aux risques professionnels, physiques et psychosociaux, rappelant notamment les mesures contribuant à la qualité de vie au travail ;
- élaboration et diffusion d'un module de formation à la santé et à la prévention des RPS via la formule "e-learning" ou toute autre disposition mise en œuvre par l'employeur.

Donner des repères méthodologiques aux entreprises de la branche

L'accord de la branche de *l'aide, de l'accompagnement, des soins et des services à domicile* identifie les facteurs de RPS propres à la branche et renvoie l'évaluation de ces facteurs au niveau local, au sein de chaque structure. Il précise également :

- la méthodologie de l'évaluation, et notamment son dispositif de pilotage dans les structures pourvues et non pourvues d'un comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT) ;
- les modalités d'élaboration du plan d'action en lien avec les partenaires sociaux de la structure ;
- la possibilité de signer un accord au niveau de l'entreprise pour une durée de trois ans.

L'accord des *personnels PACT-ARIM* identifie les principaux facteurs de RPS des personnels de la branche et notamment le temps partiel subi, les conduites agressives de certains publics ou, en interne, la non-reconnaissance du travail réel, etc. En termes de situations de travail, cela peut se traduire par la gestion des situations de handicap, de précarité, d'inaptitude, d'invalidité, etc. En termes d'appui et d'aide à l'évaluation des RPS, l'accord

renvoie également l'outil mis en ligne à destination des petites entreprises mis à disposition sur le site www.travailler-mieux.gouv.fr

L'accord de la branche *Caisse d'Épargne* sur les incivilités et les violences à l'occasion des relations commerciales avec la clientèle rappelle les différentes formes d'incivilités, les éléments déclencheurs pouvant se produire lors de la relation commerciale et les mesures de prévention possibles :

- information et transparence vis-à-vis de la clientèle ;
- information et formation du personnel ;
- équipements de surveillance et dispositifs d'alerte.

L'accord prévoit également une procédure de signalement et un dispositif d'assistance pour les salariés ayant subi des incivilités.

Dans le prolongement de l'accord de branche du 22 juin 1999 sur la durée du travail, la branche des *bureaux d'études techniques, cabinets d'ingénieurs-conseils sociétés de conseil* rappelle le caractère impératif des dispositions relatives au suivi de la durée du travail, aux durées maximales du travail, au travail de nuit, etc. eu égard aux RPS qu'ils peuvent générer et à leur impact potentiel sur la santé au travail. L'accord fait également état de dispositions relatives aux trajets et aux déplacements, à l'organisation du travail dans le cadre d'une mission exercée par le salarié chez un client, et ce parfois à l'étranger. Les enjeux d'information, de sensibilisation et de formation en santé et sécurité au travail du personnel et de leurs représentants sont également rappelés.

La branche de *l'animation* prévoit des procédures afin de signaler et traiter les situations dégradées, qu'elles soient collectives ou individuelles, dans les plus brefs délais.

Engager des actions d'intérêt commun au niveau de la branche

La branche des *personnels PACT-ARIM* s'est engagée dans le cadre de son accord à informer et à sensibiliser les entreprises en s'appuyant sur les outils et actions de communication développés par l'Union de syndicats et groupements d'employeurs représentatifs dans l'économie sociale (Usgeres). Un effort de formation en santé et sécurité au travail, objectif qualifié de priorité au sein du "projet de branche" visant les entreprises de moins de vingt salariés, est également prévu en direction des dirigeants, des instances représentatives du personnel et des salariés (notamment des cadres). Des études seront également réalisées au sein de la branche dans le domaine de la santé et de la prévention des RPS. Elle mutualisera et diffusera par la suite le bilan de ces expériences.

La branche des *bureaux d'études techniques, cabinets d'ingénieurs-conseils et sociétés de conseil* prévoit dans son accord que les entreprises

accordent à chaque membre titulaire du CHSCT un crédit d'heures supplémentaires mensuelles, variable selon la taille de l'entreprise, qui n'est pas décompté des heures de délégation.

La branche de l'*animation* prévoit dans son accord d'établir un document unique d'évaluation des risques propre à la branche comprenant des fiches pratiques spécifiques à la prévention des risques professionnels. Elle s'engage également à mettre en place une campagne nationale d'information sur les RPS et notamment :

- l'évaluation des risques et l'établissement de diagnostics (avec une attention particulière aux populations fragilisées et aux salariés isolés par leur activité professionnelle) ;
- des actions en matière d'information et de prévention de la santé au travail (améliorer la communication interne, mieux concilier vie professionnelle et vie personnelle, etc.) ;
- l'amélioration de la connaissance des postes de travail ;
- l'anticipation et l'accompagnement des mutations professionnelles, tant en interne qu'en externe.

Assurer un processus de suivi dans la branche

La branche des *personnels PACT-ARIM* entend exercer une vigilance renforcée par rapport aux organismes comptant dix salariés ou moins afin qu'ils ne se trouvent pas isolés sur ce champ de la prévention des RPS. Des actions spécifiques sont à élaborer en direction de ces organismes afin de favoriser le dialogue social et la prévention des RPS.

Les signataires de l'accord de la branche *Caisse d'Épargne* prévoient de procéder tous les ans à une évaluation des incivilités et des violences survenues à l'occasion des relations commerciales avec la clientèle.

La branche des *bureaux d'études techniques, cabinets d'ingénieurs-conseils et sociétés de conseil* prévoit dans son accord de diligenter une étude triennale auprès de l'ADESATT.

La branche de l'*animation* souhaite mettre en place un dispositif d'évaluation collective basé sur quatre indicateurs pouvant traduire la présence de risques psychosociaux (taux d'absentéisme maladie, nombre d'accidents du travail, nombre de visites demandées à la médecine du travail, nombre d'inaptitudes) et sur les données chiffrées qui remonteront des différents documents uniques mis en place dans les entreprises. L'évaluation sera également complétée par une enquête individuelle qui aura pour objectif de mesurer et de suivre les niveaux d'anxiété et d'exposition au stress.

4. LA RÉVISION PARTIELLE DE LA CONVENTION COLLECTIVE DES SERVICES DE SANTÉ AU TRAVAIL

L'apparition de nouveaux métiers dans les services de santé au travail et l'évolution de leur cadre législatif et réglementaire ont conduit à la révision de la convention collective des services de santé au travail interentreprises (SSTI), qui a abouti après quatre années de négociation à la conclusion de l'accord de révision partielle du 20 juin 2013. Cet accord porte principalement sur la classification des emplois, les rémunérations minimales garanties, la rémunération propre à une fonction déterminée correspondant à des missions auxiliaires et les règles d'ancienneté.

Prise en compte de l'évolution du cadre législatif

L'accord du 20 juin 2013 permet à la convention collective nationale de la branche de prendre en compte le nouveau cadre issu de la loi du 20 juillet 2011 relative à l'organisation de la médecine du travail. Il définit notamment l'équipe pluridisciplinaire de santé au travail, animée et coordonnée par le médecin du travail et rappelle l'indépendance propre à certains personnels : le médecin du travail, l'infirmier en santé au travail et l'intervenant en prévention des risques professionnels (IRPRP).

Classification des emplois et rémunération

L'accord du 20 juin 2013 procède à la refonte des classifications des services de santé au travail interentreprises : les salariés des SSTI, qui relèvent de la filière prévention ou de la filière support, sont classés dans une grille unique comprenant 21 classes (médecin, infirmier, IRPRP, etc.), auxquelles sont rattachés 32 emplois distincts. Les SSTI, caractérisés par leur pluridisciplinarité, ne peuvent pas créer de nouveaux emplois et doivent rattacher chacun de leurs salariés à l'un de ces emplois.

L'accord fixe également les rémunérations minimales annuelles garanties, les primes et les majorations pour les cadres et les non-cadres. Enfin, l'accord précise les rémunérations propres aux fonctions déterminées correspondant à des missions auxiliaires.

Liste des textes abordant le thème des conditions de travail⁽¹⁾

Type de texte	Brochure	Intitulés des textes (IDCC ⁽²⁾)	Date texte de base	Date avenant	N° de BOCC ⁽³⁾
NIVEAU NATIONAL					
CCNE	3023	Aérialique installation entretien réparation (1412) <i>N° 58 forfait annuel en jour</i>	21/01/1986	02/07/2013	2013/32
CCNE	3381	Aide soins services à domicile (BAD) (2941) <i>N° 12-2013 prévention de la pénibilité</i>	21/05/2010	25/06/2013	2011/41 2014/10
APNE		Alimentaire interbranches contrat de génération	18/07/2013		2013/43
CCNE	3246	Animation (1518) <i>Prévention risques psychosociaux stress au travail</i>	28/06/1988	15/02/2013	2013/16
CCNE	3110	Assurances réassurances courtage entreprises (2247) <i>Gestion prévisionnelle des emplois et des compétences</i> <i>Contrat de génération</i>	18/01/2002	14/03/2013 24/10/2013	2013/25 2014/6
APNE		Assurances sociétés contrat de génération	08/04/2013		2013/28
APN		Assurances sociétés mixité et diversité	13/05/2013		2013/43
CCNE	3379	Ateliers chantiers d'insertion (3016) <i>Avenant N° 5 relatif au titre II - délégués du personnel</i> <i>Avenant N° 6 relatif au titre III - Instance santé conditions de travail (ISCT)</i>	31/03/2011	10/04/2013 10/04/2013	2011/24 2013/26 2013/26
CCNE	3078	Avocats cabinets personnel salarié (1000) <i>Santé au travail</i>	20/02/1979	25/01/2013	2013/11
APN		Banque populaire insertion personnes handicapées	08/10/2013		2013/47
APNE		Bâtiment contrat de génération	19/09/2013		2013/48
CCNE	3117	Boulangerie pâtisserie entreprises artisanales (843) <i>Avenant N° 14 à l'avenant n° 83 prévoyance frais de santé</i>	19/03/1976	04/01/2013	2013/6
CCNE	3018	Bureaux d'études techniques (1486) <i>Santé au travail et risques psychosociaux</i>	15/12/1987	19/02/2013	2013/15
APN		Caisse d'Épargne atelier sur conditions de travail <i>N° 1 constitution atelier conditions de travail</i>	05/06/2012	12/07/2013	2012/30 2013/35
APN		Caisse d'Épargne insertion personnes handicapées	06/11/2013		2014/2
APN		Caisse d'Épargne incivilités et violences	23/04/2013		2013/23
CCNE	3046	Caoutchouc industrie (45) <i>Actualisation de dispositions de la convention collective nationale</i>	06/03/1953	19/12/2013	2014/12
CCNE	3081	Carrières matériaux industrie cadres (211) <i>Contrat de génération</i>	06/12/1956	18/06/2013	2013/42
CCNE	3081	Carrières matériaux industrie ETAM (135) <i>Contrat de génération</i>	12/07/1955	18/06/2013	2013/42

Source : ministère du travail, de l'emploi et du dialogue social - DGT (BDCC).

1) Textes identifiés comme traitant notamment du thème des conditions de travail (en tant que thème principal ou connexe).
2) IDCC : Identifiant des conventions collectives. Le n° indiqué entre parenthèses correspond au n° officiel d'identification de la convention.
3) Disponible sur www.journal-officiel.gouv.fr rubrique BO Convention collective.

Type de texte	Brochure	Intitulés des textes (IDCC)	Date texte de base	Date avenant	N° de BOCC
CCNE	3081	Carrières matériaux industrie ouvriers (87) <i>Contrat de génération</i>	22/04/1955	18/06/2013	2013/42
CCNE	3163	Chaussure industrie (1580) <i>Prévention de la pénibilité</i>	07/03/1990	26/02/2013	2013/23
CCNE	3305	Commerce détail et gros à prédominance alimentaire (2216) <i>N° 47 contrat de génération</i>	12/07/2001	16/07/2013	2013/48
CCNE	3044	Commerces de gros (573) <i>Insertion et maintien dans l'emploi des personnes atteintes d'un handicap</i>	23/06/1970	17/04/2013	2013/25
CCNE	3244	Fruits légumes épicerie produits laitiers (1505) <i>N° 115 contrat de génération</i>	15/04/1988	16/12/2013	2014/5
CCNE	3221	Habitat protection PACT-ARIM (1278) <i>Prévention des risques psychosociaux et stress au travail</i>	21/10/1983	21/05/2013	2013/31
CCNE	3190	HLM sociétés anonymes et fondations personnels (2150) <i>Contrat de génération</i>	27/04/2000	30/09/2013	2013/47
CCNE	3307	Hospitalisation privée (2264) <i>Avenant de prorogation à l'accord emploi des seniors</i>	18/04/2002	20/02/2013	2013/16
CCNE	3292	Hôtels cafés restaurants (HCR) (1979) <i>Santé au travail et emploi des seniors</i>	30/04/1997	11/07/2013	2014/8
CCNE	3272	Jardinerie graineteries (1760) <i>Contrat de génération</i>	03/12/1993	27/09/2013	2013/44
CCNE	3286	Médico-techniques négoce et prestations de service (1982) <i>Égalité professionnelle entre les femmes et les hommes</i>	09/04/1997	17/01/2013	2013/15
APNE		Métallurgie contrat de génération	12/07/2013		2013/31
APN		Métallurgie insertion emploi personnes handicapées	12/12/2013		2014/9
APNE		Papiers cartons contrat de génération	04/07/2013		2013/36
APNE		Papiers cartons inter-secteurs santé sécurité <i>Avenant N° 1 modifiant l'accord et création de l'annexe I</i>	29/04/2010	26/04/2013	2011/7 2013/30
CCNE	3104	Pharmaceutique industrie (176) <i>Contrat de génération</i>	06/04/1956	03/07/2013	2013/34
CCNE	3063	Pharmaceutique produits fabrication commerce (1555) <i>Accord collectif relatif au contrat de génération</i>	01/06/1989	13/11/2013	2014/6
CCNE	3183	Ports de plaisance (1182) <i>Refonte et réécriture des articles de la convention collective nationale</i>	16/03/1982	03/10/2013	2014/10
AIN		Qualité de vie au travail égalité professionnelle	19/06/2013		2013/41
CCNE	3228	Récupération industries et commerces (637) <i>Contrat de génération</i>	06/12/1971	30/09/2013	2013/48
AIN		Relatif à la santé au travail des VRP	10/12/2013		2014/7
CCNE	3031	Santé au travail interentreprises services (897) <i>Accord relatif au contrat de génération</i>	20/07/1976	26/09/2013	2013/48

Source : ministère du travail, de l'emploi et du dialogue social - DGT (BDCC).

Type de texte	Brochure	Intitulés des textes (IDCC)	Date texte de base	Date avenant	N° de BOCC
CCNE	3026	Sucreries distilleries raffineries (2728) <i>Contrat de génération</i>	31/01/2008	03/09/2013	2014/11
CCNE	3131	Tracteurs matériels agricoles commerce réparation (1404) <i>Contrat de génération</i>	10/12/1985	29/10/2013	2013/51
APNE		Transformation laitière emploi des salariés âgés	04/01/2013		2013/13
CCNE	3085	Transports routiers (16) <i>Avenant N° 2 à l'accord TPMR 07/07/2009 transport des personnes</i>	21/12/1950	10/06/2013	2013/31
APN		Travail temporaire observatoire des métiers	17/05/2013		2013/47
APNE		Travail temporaire sécurisation des parcours	10/07/2013		2013/32
APNE		Travaux publics contrat de génération	19/09/2013		2013/45
CCNE	3333	Vente à distance entreprises (2198) Accord relatif au contrat de génération	06/02/2001	18/11/2013	2014/3
CCNE	3061	Voyages tourisme agences personnel (1710) <i>Avenant de révision des articles de la convention</i>	12/03/1993	10/12/2013	2014/5
NIVEAU RÉGIONAL					
CCR	3374	Roquefort industrie (2891) <i>Avenant N° 9 modifiant l'article 7.1 congé parental</i>	15/07/2009	26/06/2013	2014/10
CCRE		Vins de champagne (1384) <i>Avenant de mise en conformité des articles de la convention collective nationale</i>	09/07/1985	12/06/2013	2013/30
NIVEAU DÉPARTEMENTAL/LOCAL					
CCDE		Métallurgie Loiret (1966) <i>Avenant aux dispositions de la convention collective et mensualisation (mise à jour)</i>	31/01/1997	18/11/2013	2014/1
CCDE		Métallurgie Meurthe-et-Moselle (1365) <i>Avenant de révision des articles de la convention</i>	04/02/1976	12/07/2013	2013/35

Source : ministère du travail, de l'emploi et du dialogue social - DGT (BDCC).

LE CONSEIL D'ORIENTATION SUR LES CONDITIONS DE TRAVAIL ET LES COMITÉS RÉGIONAUX DE PRÉVENTION DES RISQUES PROFESSIONNELS

1. Le Conseil d'orientation sur les conditions de travail (COCT)	392
1.1. Le Comité permanent	392
1.2. Les activités du secrétariat général	400
1.3. La Commission générale	401
1.4. Les Commissions spécialisées	405
2. Les Comités régionaux de prévention des risques professionnels	422
2.1. Présentation générale	422
2.2. Des modes de gouvernance hétérogènes, souvent en raison d'une insuffisance de moyens	423
2.3. Des CRPRP conjoncturellement remobilisés par la réforme de la médecine du travail	425
2.4. Une remobilisation des CRPRP à pérenniser et à approfondir	426

LE CONSEIL D'ORIENTATION SUR LES CONDITIONS DE TRAVAIL ET LES COMITÉS RÉGIONAUX DE PRÉVENTION DES RISQUES PROFESSIONNELS

L'élaboration et la mise en œuvre des politiques publiques de santé et sécurité au travail et d'amélioration des conditions de travail font l'objet d'une large concertation entre pouvoirs publics, partenaires sociaux, organismes d'expertise et de prévention, personnalités qualifiées et représentants d'associations de victimes des risques professionnels.

C'est au sein du Conseil d'orientation sur les conditions de travail (COCT) que s'organise la concertation au niveau national. Les Comités régionaux de prévention des risques professionnels (CRPRP) en sont le miroir au niveau régional.

1. LE CONSEIL D'ORIENTATION SUR LES CONDITIONS DE TRAVAIL (COCT)

Institué par le décret n° 2008-1217 du 25 novembre 2008, dans le cadre du premier Plan santé au travail (PST), le COCT s'inscrit dans une approche globale de la santé au travail et des conditions de travail. Instance nationale de dialogue et de coopération, le COCT *“participe à l'élaboration de la politique nationale en matière de protection et de promotion de la santé et de la sécurité au travail, ainsi que d'amélioration des conditions de travail”* (article R. 4641-1 du Code du travail).

1.1. LE COMITÉ PERMANENT

Aux termes de son décret constitutif, le Comité permanent est consulté sur les plans nationaux d'action et les projets d'orientation des politiques publiques relatives aux conditions de travail. Il propose des orientations et formule les recommandations qui lui paraissent appropriées. Il examine le bilan annuel des conditions de travail et les bilans annuels des Comités régionaux de prévention des risques professionnels. Il établit un état des lieux et adresse au ministre une synthèse annuelle sur les évolutions constatées. Il organise le suivi des statistiques et réalise des études à son initiative.

Le Comité permanent porte différentes ambitions, notamment celles de débattre des orientations des politiques publiques et de conduire des réflexions approfondies sur des sujets difficiles. Il conduit des travaux qui visent à aboutir à des diagnostics partagés, à proposer des orientations opérationnelles, à anticiper les évolutions, à identifier et à encourager les pratiques innovantes, et à identifier et à prévenir les risques émergents. Il s'agit par là d'assurer la santé et la sécurité au travail et l'amélioration des conditions de travail, dans le cadre d'une politique de qualité durable de l'emploi et des relations du travail ainsi que d'effectivité du droit.

Pour l'organisation de ses travaux et l'établissement de ses avis, propositions, états des lieux, études et rapports, le Comité permanent du COCT est assisté par un secrétariat général.

La composition du Comité permanent

Elle est la suivante :

Président : le ministre chargé du Travail ;

Vice-président : Monsieur Jean-Marc Boulanger ;

Secrétaire général : Monsieur Christian Lenoir.

Le Comité permanent est composé de neuf personnalités qualifiées désignées en raison de leurs compétences médicales, techniques ou organisationnelles et de représentants des quatre collèges suivants :

- 11 membres de départements ministériels (travail, santé, sécurité sociale, fonction publique, collectivités locales, entreprises, agriculture, offre de soins, inspection générale des affaires sociales, transports, environnement) ;
- 8 représentants des organismes nationaux d'expertise et de prévention⁽¹⁾ (Anses, InVS, CNAMTS, INRS, ANACT, MSA, OPPBTP et IRSN⁽²⁾) ;
- 16 représentants des partenaires sociaux dont 8 représentants des employeurs (Medef, CGPME, UPA, entreprises publiques, UNAPL, FNSEA) et 8 représentants des salariés (CGT, CFDT, CGT-FO, CFTC, CFE-CGC) ;
- 3 représentants des associations de victimes des risques professionnels et des organisations professionnelles de prévention (FNATH, ANDEVA, AFNOR)⁽³⁾.

Les activités du Comité permanent

Les actions conduites par le Comité permanent ont fait l'objet de trois réunions le **14 mai**, le **20 septembre 2013** et le **28 février 2014**. Ses actions ont également porté sur l'élaboration de la synthèse annuelle sur les conditions de travail et principalement sur la gouvernance de la politique de santé au travail, qui a fait l'objet de 10 réunions d'un groupe de travail *ad hoc*, qui se sont tenues du 8 octobre 2013 au 30 avril 2014.

a) Les réunions du Comité permanent

La réunion du 14 mai 2013, tenue sous la présidence du ministre du Travail, de l'Emploi, de la Formation professionnelle et du Dialogue social, Monsieur Michel Sapin, avait pour ordre du jour :

- présentation de Monsieur Jean-Marc Boulanger, vice-président du Comité permanent ;
- point d'information concernant les conclusions du groupe de travail sur l'ANACT ;
- point d'information sur les suites de la Grande conférence sociale de juin 2012.

1) 9 d'après les textes, mais 8 dans les faits depuis la fusion de de l'Agence française de sécurité sanitaire des aliments (Afsa) et de l'Agence française de sécurité sanitaire de l'environnement et du travail (Afsset) pour créer l'Anses.

2) Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (Anses), Institut national de veille sanitaire (InVS), Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS), Institut national de recherche et de sécurité pour la prévention des maladies professionnelles et des accidents du travail (INRS), Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail (ANACT), Mutualité sociale agricole (MSA), Organisme professionnel de prévention du bâtiment et des travaux publics (OPPBTP), Institut de radioprotection et de sûreté nucléaire (IRSN).

3) Association des accidentés de la vie (FNATH), Association nationale de défense des victimes de l'amiante (ANDEVA), Association française de normalisation (AFNOR).

Le Comité permanent du COCT s'est également réuni le **20 septembre 2013** sous la présidence de Monsieur Jean-Marc Boulanger, son vice-président, qui a présenté Monsieur Christian Lenoir, le nouveau secrétaire général du COCT. Le Comité a traité des différents points prévus à son ordre du jour :

- présentation du **bilan des conditions de travail 2012** ;
- **suivi annuel du deuxième Plan santé au travail (PST 2) et des Plans régionaux de santé au travail (PRST)** et premiers éléments pour un bilan à mi-parcours ;
- point d'information et d'actualité sur les chantiers annoncés lors de la **Grande conférence sociale de juin 2013** :
 - lancement du groupe de travail sur la gouvernance de la santé au travail ;
 - éléments de méthode pour un premier bilan de la réforme des services de santé au travail début 2014 ;
 - stratégie européenne en santé au travail.

Le **28 février 2014**, le Comité permanent s'est réuni sous la présidence de Monsieur Jean-Marc Boulanger pour procéder à la présentation par la Direction générale du travail (DGT) ainsi que par les pilotes du PST 2 (CNAMTS, INRS, ANACT, Anses, InVS, OPPBTP) **d'un bilan et d'un retour d'expérience méthodologique du PST 2** ; les membres du Comité permanent ont souligné l'effort de coordination réalisé mais également des faiblesses quant à l'animation du dispositif.

À propos du bilan du PST 2

La feuille de route issue de la Grande conférence sociale de juin 2013 demandait au COCT de définir dès la rentrée suivante la démarche permettant de réaliser un bilan provisoire du Plan santé au travail 2 et ainsi de préparer le Plan santé au travail 3 (2015-2019). Lors de sa réunion du 30 septembre 2013, le Comité permanent a retenu que l'élaboration du bilan à mi-parcours du PST 2 se ferait via les pilotes des axes, invités à recenser ce qui avait été fait pour atteindre les objectifs fixés et à analyser les leçons qui en découlent.

Préparé collectivement par les services de la DGT, la CNAMTS, l'Anses, l'InVS, l'INRS, l'ANACT et son réseau et l'OPPBTP, ce bilan analyse le PST 2 en particulier sous l'angle méthodologique.

Au principal, ce bilan montre que le PST 2 a renforcé la convergence des actions conduites par les différents partenaires autour des objectifs de la santé sécurité au travail en incitant et en organisant la mobilisation d'un vaste réseau d'acteurs⁴⁾ et de méthodes autour d'une politique publique fédératrice et bien identifiée, celle-ci ayant de ce fait acquis plus de visibilité.

4) Avec le développement de la connaissance réciproque des acteurs, nationaux et régionaux.

Au plan de la structuration des connaissances, le PST 2 a été un outil efficace de mobilisation des moyens de la recherche.

La dynamique ainsi engagée doit être maintenue et renforcée, en développant l'association en amont des acteurs.

L'un des acquis majeurs du plan réside dans la création de dynamiques territoriales structurantes : les régions ont toutes été dotées d'un Plan régional de santé au travail, et ont connu une émergence des Comités régionaux de prévention des risques professionnels. La consolidation des partenariats locaux a permis des résultats positifs en matière de prévention.

(Exemples : contrôles ciblés et concertés dans certains secteurs professionnels ; partenariats locaux autour des plans, avec notamment la création dans une région d'un groupe régional interinstitutionnel "amiante" DIRECCTE-Carsat⁵⁾-ARS⁶⁾-OPPBTP)

Dans la perspective de la préparation du PST 3, ce bilan conduit à quatre grandes préconisations :

1. Concevoir un plan plus stratégique, en concentrant le PST 3 sur un nombre resserré d'objectifs, des actions prioritaires moins nombreuses et plus opérationnelles.

Le PST 3 doit également permettre de construire des politiques coordonnées sur les territoires. Il s'agit de privilégier un "plan en mode projet", plus souple et plus réactif, susceptible d'évoluer en fonction des mutations du contexte. À travers le PST, l'État doit avoir une fonction stratégique de mise en cohérence des politiques. Le PST doit dépasser la simple collection de programmes.

2. Rendre plus visible le cadre du PST afin de fédérer les dynamiques locales, de suivre et de valoriser les résultats. Le PST gagnerait à passer dans un registre positif : faciliter la prévention pour les entreprises et les salariés.

À terme, il faudra s'attacher à instaurer une cohérence temporelle entre le PST et les documents stratégiques des acteurs (Contrat d'objectifs et de gestion de la branche AT-MP, Contrat d'objectifs et de performance de l'ANACT notamment), ainsi qu'avec les autres plans et stratégies de santé (Plan Cancer, Plan national santé-environnement, par exemple). S'agissant de la recherche, il s'agit d'articuler la stratégie, les priorités, les interactions, les alliances et les moyens en s'attachant à offrir plus de visibilité aux actions territoriales, et à assurer une cohérence accrue des objectifs et des thématiques au plan européen et international.

3. Responsabiliser les pilotes sur des objectifs redéfinis, également en dehors des comités de pilotage ou de la collecte des données. Les indicateurs devront être mieux conçus, selon des modalités de suivi prévues dès la conception du plan. Il convient aussi de veiller à développer une vision qualitative.

4. Mieux animer : outre l'allocation de moyens appropriés, l'animation implique d'outiller les acteurs, de partager les bonnes pratiques et d'améliorer le suivi, de mettre en place un outil informatique de suivi, de mieux coordonner les niveaux national et régional et de renforcer l'animation du réseau des Directions régionales

5) Caisse d'assurance retraite et de la santé au travail.

6) Agence régionale de santé.

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

Instaurer un relai opérationnel des services de santé au travail (SST) reste un objectif à atteindre, afin de constituer un fonctionnement en réseau, articulé avec le système global des acteurs de la politique de santé au travail.

Il est nécessaire d'organiser la production de connaissances socio-économiques contextualisées, utiles à la construction des PRST.

La DGT a présenté un **bilan intermédiaire de la mise en œuvre de la réforme relative à la médecine du travail et aux services de santé au travail**. Les partenaires sociaux ont souligné le travail de recherche réalisé dans ce bilan et émis des observations portant en particulier sur la gouvernance et les moyens des Services de santé au travail interentreprises.

Par ailleurs, une présentation par Monsieur le Professeur Pierre-Yves Verkindt de son **rapport "Les CHSCT au milieu du gué"** a également eu lieu. Ce rapport, réalisé à la demande de Monsieur Michel Sapin, ministre chargé du Travail, s'inscrit dans le cadre de la mise en œuvre de la feuille de route issue de la Grande conférence sociale de 2013, qui indiquait qu'une *"mission sera réalisée sur le CHSCT pour établir un état des lieux des forces et faiblesses de cette instance et pour envisager les pistes d'évolution. La mission examinera particulièrement la couverture dans les petites entreprises, la question des sites où existe une co-activité importante, la formation de ses membres, le recours à l'expertise, les modalités de désignation, de fonctionnement et l'articulation entre CHSCT et comité d'entreprise"*.

Le rapport présente trente-trois propositions destinées à faire évoluer cette instance représentative du personnel.

b) La synthèse annuelle

Le 3 décembre 2013, la synthèse annuelle *"portant sur les évolutions constatées dans le domaine des conditions de travail et de la prévention des risques professionnels"* a été transmise au ministre chargé du Travail.

Dans ce document, les membres du Comité permanent révèle une tendance positive en faveur de la prévention, dont l'analyse révèle toutefois la persistance de risques bien identifiables. Ils considèrent que cette évolution fournit des éclairages précieux pour l'action à conduire au cours des années à venir. Ils estiment que la réalité observée conduit à confirmer la pertinence d'une approche de prévention opérationnelle ciblée, s'inscrivant désormais dans une démarche d'ensemble visant à la qualité de vie au travail.

Considérant la complexité des sujets à traiter, l'abondance des normes applicables (qu'il s'agisse de textes réglementaires ou techniques d'appli-

cation obligatoire, ou de textes d'application volontaire) et la diversité des intervenants, le Comité a recommandé d'assurer une meilleure cohérence entre les actions des différents acteurs de la santé et de la sécurité au travail en direction des entreprises. Il a souligné la fonction centrale des services de santé au travail à cet égard.

Le même souci de convergence s'applique s'agissant de la mobilisation des experts pour identifier les risques émergents ou pour procéder à la réévaluation en tant que de besoin des risques existants.

c) Les conclusions du groupe de travail du COCT sur la "gouvernance de la santé au travail"

En application de la feuille de route issue de la Grande conférence sociale de juin 2013, le ministre chargé du Travail a mandaté, par lettre du 7 octobre 2013, un groupe de travail du COCT afin, notamment, de *"faire des propositions pour renforcer la gouvernance de la politique de santé au travail et la coordination des acteurs de la prévention des risques professionnels, tant au plan national que régional"*.

Le groupe de travail a été constitué dans un format resserré, regroupant cinq confédérations syndicales (CFE-CGC, CFDT, CFTC, CGT, CGT-FO), cinq organisations patronales (Medef, CGPME, UPA, UNAPL, FNSEA) et deux institutions publiques : la DGT et la Direction des risques professionnels. Le groupe s'est réuni à dix reprises d'octobre 2013 à avril 2014. Il a procédé à l'audition collective d'un grand nombre d'acteurs du système de santé au travail, complétée par quelques entretiens particuliers.

La problématique générale consiste à mieux prendre en compte des évolutions de fond. En effet, les attentes et les approches ont changé au cours des dernières décennies :

- si la notion de sécurité persiste, elle s'est enrichie avec la prise en compte non seulement des accidents, mais aussi des maladies professionnelles, ainsi que de l'incidence des risques différés et/ou multifactoriels ;
- l'approche s'est élargie avec le concept de santé au travail et, plus récemment, avec l'émergence de la notion de qualité de vie au travail ;
- enfin, les interactions entre santé au travail, santé environnementale et santé publique obligent à dépasser les cloisonnements.

Les obligations et les incitations, leviers habituels de la prévention, restent nécessaires mais ils sont insuffisants, tant l'essor de prévention est aussi largement fonction de l'implication et donc de l'adhésion des agents socio-économiques concernés. C'est pourquoi il importe de ne pas réduire la question des conditions de travail et de la santé au travail à un domaine réservé à des spécialistes, des experts ou des "sachants" mais, au contraire,

de faire des employeurs et des travailleurs des acteurs à part entière partageant le sens des actions entreprises.

Ce processus implique de débattre d'une stratégie nationale de la santé au travail partagée entre l'État et tous les acteurs, au nombre desquels, en premier lieu, les partenaires sociaux, à tous les niveaux : national, régional et dans les entreprises (au sein desquelles doit être mis en valeur le rôle des Institutions représentatives du personnel et du droit d'expression des salariés). Au total, l'objectif de santé au travail doit s'inscrire dans une approche positive et intégrative pour la prévention des risques, pour favoriser à la fois le bien-être et l'efficacité collective au travail, facteurs clé de la performance économique.

Le **concept de gouvernance** vise à rendre l'action publique plus efficace et renvoie à un ensemble de règles et méthodes organisant la réflexion, la décision et le contrôle de l'application des décisions. Des textes internationaux fournissent des repères utiles⁽⁷⁾, la convention **n° 187 de l'OIT** sur le cadre promotionnel pour la sécurité et la santé au travail (2006) étant la plus complète. Elle stipule que *“tout Membre doit établir, maintenir, développer progressivement et réexaminer périodiquement un système national de sécurité et de santé au travail, en consultation avec les organisations d'employeurs et de travailleurs les plus représentatives”*, et au-delà, elle énumère dans son article 4 les nombreux dispositifs et acteurs devant composer le système de santé au travail.

Ayant considéré que les rôles prescrits respectivement au COCT et aux CRPRP⁽⁸⁾ sont clairs, le groupe Gouvernance a par suite focalisé ses six propositions sur l'optimisation opérationnelle de leur fonctionnement.

1. Légitimer et organiser la place et le rôle des partenaires sociaux dans la gouvernance du système

Si la responsabilité de la politique à conduire incombe à l'État, la politique de promotion de la santé au travail requiert par sa nature même une nouvelle dynamique associant les partenaires sociaux, dans le respect des prérogatives de chacun.

2. Au niveau régional, donner un rôle plus actif aux CRPRP

Les partenaires sociaux devront assurer cohérence et coordination entre leurs représentants mandatés⁽⁹⁾ territorialement. L'État (les DIRECCTE) devra impliquer véritablement les CRPRP et donc les partenaires sociaux en leur sein dans la conception et l'accompagnement de la mise en œuvre des PRST. L'objectif est que l'action conduite par les entreprises et leurs CHSCT soit articulée avec les priorités du PST et des PRST.

7) La charte sociale européenne, ainsi que la directive de juin 1989 soulignent la nécessité d'une dimension participative.

8) Voir les articles R. 4641-1 et R. 4641-30 du Code du travail.

9) Les représentants mandatés auprès des organismes suivants : CRPRP, Carsat, OPPBTP, MSA, Aract et SSTI.

3. Au niveau national, faire évoluer le COCT pour renforcer sa fonction d'orientation

Le groupe de travail a proposé l'instauration d'un groupe permanent d'orientation associant les partenaires sociaux, l'État et la Sécurité sociale sur toutes les questions de nature stratégique en matière de santé au travail. Structurant ses travaux, ce groupe permanent d'orientation peut faire appel à tout concours utile à sa réflexion, en fonction des compétences respectives des autres parties prenantes représentées au COCT. En cas de besoin, le groupe permanent peut constituer et mandater des groupes techniques temporaires pour approfondir des questions spécifiques et lui présenter des propositions.

4. Élaborer un programme prévisionnel de travail

La formulation d'avis sur un vaste ensemble de sujets nécessitera une programmation des travaux, avec notamment deux sujets récurrents :

- les travaux d'orientation préalables à la conception du PST 3 et à son suivi (en incluant une définition coordonnée des orientations des différents organismes selon une temporalité cohérente avec celle du PST) ;
- la stratégie européenne et la position française sur les orientations de la Commission européenne.

D'autres sujets appellent des approfondissements, dont :

- les articulations entre santé au travail et santé publique et leurs conséquences en termes de stratégies de prévention ;
- l'optimisation des modalités d'échanges avec la recherche et l'expertise.

Quelques thèmes ont enfin été pré-identifiés par le groupe de travail :

- l'animation globale des Services de santé au travail interentreprises aux niveaux national et régional, pour renforcer leur ancrage dans le système et la politique nationale de santé au travail ;
- la capitalisation, la réflexion et les propositions pour une approche positive et efficiente des problématiques de santé au travail dans les PME et TPE ;
- la normalisation en santé travail (portant aussi sur les systèmes de management) ;
- le bilan et l'analyse coût/efficacité des procédures de recours à des organismes accrédités ou certifiés dans le domaine de la santé au travail ;
- le nombre, les compétences et les conditions d'exercice des commissions spécialisées du COCT.

5. Ouvrir le chantier de l'intégration des données sur les conditions de travail

Des données existent, mais elles sont dispersées. L'objectif stratégique consiste à mieux connaître la réalité de l'exposition à des risques professionnels et de leur prévention (en dépassant le prisme de la réparation) et à mieux mesurer et évaluer les résultats des actions conduites.

6. Porter politiquement les enjeux du travail

Les propositions du groupe de travail sur la Gouvernance parachèvent, au printemps 2014, un processus entamé dès la parution en 2005 du PST 1, qui avait notamment pour objectif de *“favoriser une approche globale de la santé au travail, supposant une mobilisation de l'ensemble des acteurs de la prévention”* ainsi que d'*“encourager les entreprises à être actrices de la santé au travail”*.

En effet, l'un des objectifs énoncés par le PST 1 était de *“refonder les instances de concertation du pilotage de la santé au travail”*, ce qui impliquait de *“structurer la coopération interministérielle sur la prévention des risques professionnels”* (action 3.1), de *“réformer le Conseil supérieur de la prévention des risques professionnels”* (action 3.2) et de *“créer des instances régionales de concertation”* (action 3.3).

Il s'agit désormais d'affirmer l'importance stratégique de la santé au travail, en l'inscrivant dans un objectif général de promotion de la qualité du travail et de la vie au travail. Les évolutions tracées doivent en conséquence conduire l'État et les partenaires sociaux à prendre chacun les initiatives politiques nécessaires à leur mise en œuvre. Ces initiatives devront être articulées entre elles.

1.2. LES ACTIVITÉS DU SECRÉTARIAT GÉNÉRAL

La lettre d'information

Comme en 2012, le secrétariat général du COCT a élaboré une lettre d'information électronique trimestrielle destinée à communiquer sur ses travaux en cours, ainsi que sur les initiatives conduites en santé au travail.

Cette lettre est disponible sur le site Internet du COCT : <http://www.travail-emploi.gouv.fr>

1.3. LA COMMISSION GÉNÉRALE

La Commission générale, présidée par Monsieur Olivier Dutheillet de Lamothe, Président de la section sociale du Conseil d'État, participe à l'élaboration de la législation et de la réglementation. Elle rend l'avis au Conseil sur les projets de loi, d'ordonnances et de décrets.

Elle comprend 26 membres, dont :

- cinq représentants du collège des départements ministériels ;
- dix représentants du collège des partenaires sociaux ;
- cinq représentants du collège des organismes nationaux d'expertise et de prévention ;
- les six présidents des Commissions spécialisées.

Elle s'est réunie quatre fois en 2013.

Réunion du 20 février 2013

Lors de la réunion du **20 février 2013**, les **dispositions du projet de loi relatif à la sécurisation de l'emploi relatives au CHSCT** ont été portées à l'avis de la Commission.

Ont en particulier été examinés les articles suivants :

- l'article 4, portant sur l'amélioration de l'information et des procédures de consultation des instances représentatives du personnel, retranscrit l'article 12 de l'Accord national interprofessionnel (ANI) du 11 janvier 2013 *“pour un nouveau modèle économique et social au service de la compétitivité des entreprises et de la sécurisation de l'emploi et des parcours professionnels des salariés”*. Il prévoit la mise en place d'une instance de coordination des CHSCT pour les entreprises ou les établissements comptant plusieurs CHSCT, ce qui permettra à l'employeur de consulter une seule instance au lieu de l'ensemble des CHSCT concernés par un projet ;
- l'article 13, qui traduit les orientations fixées par l'article 20 de l'ANI en procédant à une refonte des procédures de licenciement collectif. Il prévoit des modalités particulières de recours à une expertise CHSCT dans le cadre de projets de restructuration et de compression des effectifs ;
- deux nouveaux articles L. 4614-12-1 et L. 4614-12-2 précisent les délais dans lesquels l'expert sollicité dans cette situation rend son avis, soit au CHSCT, soit à l'instance de coordination des CHSCT.

Lors de cette même réunion, un **projet de décret relatif aux obligations de l'employeur en matière d'hygiène pour les opérations de bâtiment et de génie civil** a été examiné.

L'objet du décret est d'actualiser les dispositions du Code du travail qui résultent de l'intégration, en 2008, des règles issues du décret du

8 janvier 1965 (hygiène et sécurité dans les travaux du BTP et tous autres travaux concernant les immeubles). Il intègre notamment la coordination en matière de sécurité et de protection de la santé pour les voiries et réseaux divers.

Un **décret relatif à la prévention des risques particuliers auxquels les travailleurs sont exposés lors d'activités pyrotechniques, accompagné d'un projet d'arrêté** d'application ont également été présentés. Le décret révisé et abroge le décret existant (décret 79-846 du 28 septembre 1979) afin d'élargir le champ d'application des règles à l'ensemble des stockages de substances ou d'objets explosifs, de tenir compte de l'évolution des activités pyrotechniques (unités mobiles de fabrication) et de traiter de la question des sites pyrotechniques multi-employeurs.

Enfin, un **décret relatif à la prévention des risques biologiques auxquels sont soumis les travailleurs susceptibles d'être en contact avec des objets perforants et relevant des établissements où sont pratiquées des activités de santé humaine**, modifiant certaines dispositions relatives à la protection des travailleurs au risque hyperbare, a été examiné. Ce projet de texte a pour objet de transposer en droit national la directive 2010/32/UE du Conseil du 10 mai 2010 portant application de l'accord-cadre relatif à la prévention des blessures par objets tranchants dans le secteur hospitalier et sanitaire conclu par l'Association européenne des employeurs hospitaliers (HOSPEEM) et la Fédération syndicale européenne des services publics (FSESP).

Réunion du 10 juin 2013

Lors de la réunion du **10 juin 2013**, le projet de **décret en Conseil d'État portant diverses dispositions relatives au Comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail**, pris en application de la loi "sécurisation de l'emploi", a été examiné (cf. infra CS n° 5 du 7 juin 2013).

Lors de cette même réunion, le **décret relatif aux risques d'exposition à l'amiante** a été présenté. Il a pour principal objet de modifier l'article 6 II (3° et 4°) et 6 III (1°) du décret n° 2012-639 du 4 mai 2012, qui fixe au 1^{er} juillet 2013 la date butoir en matière de reclassement des entreprises certifiées et de certification des entreprises de couverture-bardage. Par ailleurs, compte tenu de la disparition de la dualité de notions entre amiante friable amiante non friable, qui structurait jusqu'alors la réglementation et le dispositif de certification, il convenait de reclasser, également avant le 1^{er} juillet 2013, les entreprises certifiées friables (au nombre de 177) et non friables à risque particulier (au nombre de 233) selon le nouveau dispositif de certification tel que prévu par l'arrêté du 14 décembre 2012.

Enfin, les **décrets relatifs aux jeunes travailleurs ont été présentés** : il s'agit du décret relatif à la procédure de dérogation prévue

à l'article L. 4153-9 pour les jeunes âgés de moins de 18 ans et de celui relatif aux travaux interdits et réglementés pour les jeunes âgés de moins de 18 ans (*cf. Partie 4 - Chapitre 5 : La réforme de la protection des jeunes travailleurs*).

Réunion du 13 septembre 2013

Le 13 septembre 2013, **les dispositions du projet de loi garantissant l'avenir et la justice du système de retraites** relatives à la **prévention de la pénibilité** (Titre II "Rendre le système plus juste", Chapitre 1^{er} "Mieux prendre en compte la pénibilité") ont été examinées. Le compte personnel de prévention de la pénibilité est une innovation par rapport au dispositif de prise en compte de la pénibilité issu de la loi de réforme des retraites de 2010 puisqu'il opère une rupture avec l'approche médicalisée de la pénibilité et instaure un dispositif fondé sur la traçabilité et la prévention des expositions aux facteurs de pénibilité.

Le compte personnel de prévention de la pénibilité permet aux travailleurs de cumuler des points, mobilisables pour :

- suivre une formation permettant de se réorienter vers un emploi moins pénible ;
- financer un maintien de rémunération lors d'un passage à temps partiel ;
- bénéficier de trimestres de retraite supplémentaires en fin de carrière.

L'analyse de ces dispositions, ainsi que de ses décrets d'application, est détaillée en Partie 4 - Chapitre 6 du présent ouvrage.

Réunion du 18 décembre 2013

Lors de la réunion du 18 décembre 2013, sept projets de textes ont été examinés.

Le premier concerne **les dispositions législatives relatives à la réforme du système d'Inspection du travail**. Elles portent sur l'introduction d'un article ayant pour objectif de renforcer les moyens de contrôle et le régime des sanctions dans le système d'Inspection du travail, en vue de garantir une meilleure effectivité du droit du travail.

Le deuxième **projet de décret** est **relatif aux délais de consultation du comité d'entreprise et d'expertise ainsi qu'à la base de données économiques et sociales**. Ce projet de texte est pris pour l'application des dispositions de la loi de sécurisation de l'emploi du 14 juin 2013 (article 8, codifié à l'article L. 2323-3 du Code du travail). Les délais dans lesquels les avis du comité d'entreprise sont rendus doivent permettre au comité d'entreprise d'exercer sa compétence et, le cas échéant, l'information et la consultation parallèle du ou des CHSCT. Par ailleurs, l'introduction de ces délais permet de sécuriser la procédure de consultation. À l'expiration de

ces délais, le comité d'entreprise est, s'il n'a pas rendu son avis, réputé consulté et avoir rendu un avis négatif.

Par ailleurs, ce texte prévoit une modalité de partage de l'information de l'entreprise dans les domaines économiques et sociaux avec les représentants des salariés, grâce à la mise en place d'une base de données économiques et sociales unique regroupant, de manière à la fois actualisée et prospective, toutes les données utiles, et notamment celles transmises de manière récurrente au comité d'entreprise.

En troisième lieu, la réunion a permis d'examiner **deux projets de décrets relatifs aux dispositions relatives à la médecine du travail** :

- le premier porte notamment sur le rapport annuel d'activité du médecin du travail (RAM), pour tirer toutes les conséquences de la mise en œuvre de la pluridisciplinarité dans les services de santé au travail interentreprises, en créant notamment une synthèse annuelle de l'activité du service. Les missions qui peuvent être confiées aux collaborateurs médecins sont précisées, ainsi que les conditions d'accueil par les services de santé au travail (SST) des médecins titulaires d'un diplôme étranger ;
- le second porte sur l'organisation du service de santé au travail et précise les droits et obligations réciproques du service de santé au travail interentreprises et de ses adhérents, la composition de la commission médico-technique, ainsi que celle de la commission de contrôle.

Le cinquième projet de décret concerne **l'application de la santé au travail aux travailleurs éloignés**. Il permet à un employeur d'adhérer à un service de santé au travail dans le département où travaillent, à titre principal, ses salariés éloignés.

Le sixième projet de décret porte sur **l'introduction, dans le règlement intérieur de l'entreprise, de modalités particulières visant à limiter voire à interdire la consommation de boissons alcoolisées dans l'entreprise**. Il modifie l'article R. 4228-20 du Code du travail. Ce décret vise à donner aux employeurs les moyens d'assumer l'obligation de sécurité de résultat qui leur incombe en matière de préservation de la santé et de la sécurité des travailleurs, et de prévenir tout risque d'accident. Il autorise ainsi les clauses des règlements intérieurs limitant ou interdisant la consommation de toute boisson alcoolisée dans l'entreprise édictées dans un objectif de prévention, lorsqu'elles sont proportionnées au but recherché.

Enfin, le projet de décret relatif à **l'exercice du droit d'alerte en matière de santé publique et d'environnement dans l'entreprise** a été examiné. Ce décret, pris pour l'application de l'article 8 de la loi n° 2013-316 du 16 avril 2013 relative à l'indépendance de l'expertise en

matière de santé et d'environnement et à la protection des lanceurs d'alerte, détermine les conditions de consignation écrite de l'alerte donnée par un travailleur ou par un représentant du personnel au CHSCT.

1.4. LES COMMISSIONS SPÉCIALISÉES

Les six Commissions spécialisées (CS) du COCT sont composées de façon identique. Elles comprennent :

- cinq membres de départements ministériels ;
- dix représentants des partenaires sociaux ;
- cinq représentants des organismes nationaux d'expertise et de prévention ;
- quatre personnes désignées au titre de leurs compétences (cinq pour la Commission spécialisée chargée des questions relatives aux activités agricoles).

La liste des membres de chaque Commission peut être consultée sur le site Internet du ministère chargé du Travail dans la rubrique du Conseil d'orientation sur les conditions de travail : <http://www.travail-emploi.gouv.fr>

Commission spécialisée n° 1 (CS 1) - Orientations transversales, questions internationales, études et recherche

Présidée par Monsieur Jacques Pomonti, la CS 1 est notamment consultée sur les questions touchant :

- à la promotion de la culture de prévention ;
- aux articulations avec les aspects intéressant le milieu professionnel des plans d'action en matière environnementale ou sanitaire ;
- aux risques liés à l'organisation du travail ;
- aux aspects transversaux de la politique communautaire européenne ;
- aux activités du point focal français de l'Agence européenne pour la sécurité et la santé au travail et aux relations avec l'Organisation internationale du travail ;
- à la politique de la recherche intéressant le milieu professionnel et aux orientations stratégiques des interventions des agences publiques en ce domaine.

Elle s'est réunie à deux reprises en 2013.

a) Réunion du 23 mai 2013

Lors de la réunion du 23 mai 2013, ont été soumis à l'examen de la Commission deux projets de décrets concernant la **réforme relative aux jeunes travailleurs**. Cette réforme répond à trois objectifs :

- actualiser la liste des travaux interdits et des travaux réglementés pour tenir compte de la directive 94/33/CE, du progrès technique et de l'évolution des connaissances ;
- améliorer et simplifier la procédure de dérogation précédemment en vigueur ;
- prendre les décrets d'application de la loi du 24 novembre 2009 relative à l'orientation et à la formation professionnelle tout au long de la vie (contrats de professionnalisation et apprentissage) et de celle du 28 juillet 2011 tendant à améliorer le fonctionnement des maisons départementales des personnes handicapées et portant diverses dispositions relatives à la politique du handicap, dite loi Blanc, afin de permettre à ces publics d'être affectés aux travaux réglementés nécessaires à leur formation professionnelle.

Le premier projet de décret concerne **les travaux interdits et réglementés pour les jeunes âgés de moins de 18 ans**. Le second projet de décret porte sur **la procédure de dérogation prévue à l'article L. 4153-9 pour les jeunes âgés de moins de 18 ans**.

Après prise en compte de plusieurs observations, ce projet de réforme a recueilli un avis favorable des membres de la Commission n° 1 portant notamment sur l'élargissement du champ d'application aux jeunes en formation professionnelle ainsi que sur la durée de validité de la dérogation.

L'analyse détaillée de cette réforme est présentée en Partie 4 - Chapitre 5 du présent ouvrage.

La DGT a ensuite présenté les **résultats de la campagne européenne de contrôle sur les risques psychosociaux (RPS)**. Cette campagne, organisée par le Comité des hauts responsables de l'Inspection du travail (CHRIT), s'est déroulée en France de septembre à décembre 2012. Sur les trois secteurs visés par la campagne au niveau européen (secteur de la santé, des services et des transports), la France en a retenu deux : les secteurs médico-social et du commerce de détail alimentaire.

La campagne avait pour objectif de sensibiliser les entreprises à la prise en compte des RPS et de veiller au respect de leurs obligations en matière d'évaluation et de prévention dans le domaine des RPS afin de prévenir les risques d'atteinte à la santé mentale des salariés.

b) Réunion du 3 décembre 2013

Au cours de la réunion du **3 décembre 2013**, le **rapport commandé à la France par la Commission européenne sur l'application des directives européennes en santé et sécurité au travail** a été examiné. Cette évaluation, qui a lieu tous les cinq ans, dans chacun des États membres, concerne 24 directives en santé et en sécurité au travail.

À propos de la présentation du questionnaire commun portant sur l'ensemble des directives et sur l'application de la directive-cadre, les partenaires sociaux ont globalement exprimé leur regret que les actions conduites dans le secteur public soient sensiblement moins étoffées que celles réalisées dans le secteur privé.

S'agissant des difficultés que rencontrent les PME dans l'application des directives, les organisations patronales ont estimé qu'elles ne résultaient pas, comme indiqué dans le rapport, d'une sensibilisation insuffisante aux questions de santé-sécurité mais plutôt dans la très grande difficulté que rencontrent les PME pour suivre l'ensemble de la réglementation et de ses évolutions. Aussi estiment-ils que des efforts particuliers devraient être faits par les législateurs européen et français pour simplifier les obligations qui leur incombent.

Quant à la présentation des directives en vigueur en matière de prévention des risques chimiques, physiques et biologiques, les partenaires sociaux ont insisté sur leur souhait que soit marquée une pause dans la conception de réglementations nouvelles. Des remarques plus ponctuelles ont été formulées au sujet de la partie du rapport relative à l'application de la directive relative aux produits chimiques, qui devrait également mentionner les conventions conclues entre le ministère et les fédérations professionnelles ainsi qu'une brochure "produits chimiques" élaborée par l'INRS dans le cadre de l'une de ces conventions. S'agissant de l'abaissement de la valeur limite d'exposition professionnelle (VLEP) pour l'amiante, la question des difficultés qui découlent des opérations de maintenance et des opérations de retrait a été soulevée, et en particulier la question de la certification, dont les organisations patronales ont signalé les difficultés qu'elle représente, notamment pour les PME.

Quant à la présentation des directives se rapportant aux domaines des équipements et lieux de travail, les partenaires sociaux sont revenus sur l'une des préconisations du rapport, demandant la modification de la directive régissant les chantiers temporaires et mobiles, de sorte à clarifier les obligations incombant aux entreprises. L'un des membres de la Commission a suggéré que cette évolution soit conduite au niveau national, sans révision des textes européens, les difficultés rencontrées étant principalement dues aux choix de transposition réalisés.

Le rapport a fait l'objet de modifications afin de prendre en compte le point de vue des partenaires sociaux avant sa transmission à la Commission européenne.

Commission spécialisée n° 2 (CS 2) relative à la prévention des risques pour la santé au travail

Présidée par Monsieur Pierre Barbey, cette Commission est compétente sur les questions relatives à la protection des travailleurs contre les risques chimiques, physiques et biologiques.

Elle s'est réunie à cinq reprises en 2013 : les **16 janvier, 22 mai, 9 juillet, 27 septembre et 18 décembre**.

Les travaux de la Commission ont porté cette année sur l'examen de trois projets de décrets et de neuf projets d'arrêtés, dont notamment les textes de transposition de la directive relative à la prévention des blessures par objets tranchants dans le secteur hospitalier et sanitaire, qui viennent compléter les dispositions du Code du travail relatives à la prévention des risques biologiques (décret n° 2013-607 du 9 juillet 2013 et arrêté du 10 juillet 2013) et la modification du décret du 4 mai 2012 relatif à la prévention du risque chimique pour permettre la montée en charge des dispositifs d'accréditation et de certification (décret modificatif n° 2013-594 du 5 juillet 2013). À noter également, cette année, le développement de la diffusion d'éléments d'information sur différents sujets d'actualité tels que les nanomatériaux, les travaux de transposition ou d'évaluation des directives européennes et le retour d'expérience sur l'accident de Fukushima.

a) Réunion du 16 janvier 2013

Lors de la réunion du 16 janvier 2013, ont été examinés les textes suivants :

- le projet d'arrêté définissant les conditions de certification des entreprises extérieures intervenant au sein d'établissements exerçant des activités nucléaires et des entreprises de travail temporaire concernées par ces activités ;
- le projet de décret et le projet d'arrêté relatifs à la prévention des risques biologiques auxquels sont soumis les travailleurs susceptibles d'être en contact avec des objets perforants et relevant des établissements qui dispensent des services ou réalisent des activités de santé.

b) Réunion du 22 mai 2013

Lors de la réunion du 22 mai 2013, ont été examinés les textes suivants :

- le projet d'arrêté portant homologation d'une décision de l'Autorité de sûreté nucléaire (ASN) fixant les règles techniques minimales de conception auxquelles doivent répondre les installations dans lesquelles sont présents des rayonnements X produits par des appareils fonctionnant sous une haute tension inférieure ou égale à 600 kV ;
- le projet d'arrêté portant agrément d'organismes habilités à dispenser la formation à la sécurité des travailleurs intervenant en milieu hyperbare ;
- le projet de décret relatif aux risques d'exposition à l'amiante modifiant le décret n° 2012-639 du 4 mai 2012 relatif aux risques d'exposition à l'amiante ;
- les projets de décret et d'arrêté abrogeant le titre amiante du règlement général des industries extractives ;
- le projet d'arrêté relatif à l'interdiction de mise sur le marché, d'importation, de vente et de distribution et de fabrication d'isolants à base de ouate de cellulose adjuvantés de sel d'ammonium.

Par ailleurs, une information sur la participation des organisations syndicales aux travaux dans le cadre des conventions nationales d'objectifs relatives aux risques chimiques a été réalisée.

c) Réunion du 9 juillet 2013

Lors de la réunion du 9 juillet 2013, ont été examinés les projets d'arrêtés relatifs au mesurage de l'exposition au bruit en milieu de travail.

Par ailleurs, plusieurs éléments d'information ont été présentés :

- une information sur le rapport des autorités françaises à la Commission européenne sur la mise en œuvre des directives en matière de santé et sécurité au travail ;
- une information sur l'état d'avancement de la directive champs électromagnétiques ;
- une information sur l'état d'avancement de la directive rayonnements ionisants.

d) Réunion du 27 septembre 2013

Lors de la réunion du 27 septembre 2013, a été examiné le projet d'arrêté fixant le référentiel emploi, activité, compétences pour les missions des sapeurs-pompiers dans le cadre des "Interventions, secours et sécurité en milieu aquatique et hyperbare".

Par ailleurs, plusieurs éléments d'information ont été présentés :

- une information relative aux nanomatériaux : actualité, enjeux, et perspectives pour 2014 ;
- des éléments d'information sur le rapport des autorités françaises à la Commission européenne sur la mise en œuvre des directives en matière de santé et sécurité au travail.

e) Réunion du 18 décembre 2013

Lors de la réunion du 18 décembre 2013, ont été présentés les textes suivants :

- le dispositif réglementaire en matière de bruit et la norme NF EN ISO 9612 ;
- le projet d'arrêté modifiant l'article 23 de l'arrêté du 15 mai 2006 relatif aux conditions de délimitation et de signalisation des zones surveillées et contrôlées et des zones spécialement réglementées ou interdites compte tenu de l'exposition aux rayonnements ionisants, ainsi qu'aux règles d'hygiène, de sécurité et d'entretien qui y sont imposées ;
- le bilan de la radioprotection des travailleurs de l'IRSN ;
- le retour d'expérience sur Fukushima.

La Commission spécialisée n° 3 (CS 3) - Équipements et lieux de travail

Présidée par Monsieur Xavier Cuny, la CS 3 est compétente sur les questions touchant à la prévention des risques liés à la conception et à l'utilisation des lieux de travail, des équipements de travail, des équipements de protection individuelle et des installations électriques. Elle travaille également sur la prévention des risques professionnels dans le secteur du bâtiment et des travaux publics, notamment concernant les chantiers temporaires. Elle est saisie des questions relatives à la prévention du risque pyrotechnique.

La CS 3 s'est réunie cinq fois en 2013 : les **21 février, 9 avril, 14 juin, 2 octobre** et **5 décembre**.

a) Réunion du 21 février 2013

Lors de la réunion du 21 février, ont été examinés les textes suivants :

- un projet d'arrêté relatif aux dimensions de la zone de voisinage autour d'une pièce nue sous tension, soumis pour avis à la Commission ;
- un arrêté modifiant l'arrêté du 22 octobre 2009 relatif aux conditions d'habilitation des organismes notifiés pour mettre en œuvre les procédures d'évaluation de la conformité des machines. Il s'agit de procéder aux ajustements rendus nécessaires par l'évolution des normes de référence

pertinentes s'agissant de l'accréditation des organismes habilités et notifiés pour évaluer la conformité des machines ;

- deux projets d'arrêtés relatifs à la signalisation (le projet d'arrêté abrogeant l'arrêté du 4 août 1982 relatif aux couleurs et signaux de sécurité et le projet d'arrêté modifiant l'arrêté du 4 novembre 1993 relatif à la signalisation de sécurité et de santé au travail). Ces textes visent, principalement, à modifier les dispositions faisant mention de la norme NF X 08-003 et à prendre en compte la norme internationale EN ISO 7010 "symboles graphiques – couleurs de sécurité et signaux de sécurité – signaux de sécurité enregistrés", qui traite du même sujet.

Enfin, lors de la même réunion du 21 février, était proposé un projet d'avis aux fabricants, importateurs, distributeurs et utilisateurs de foreuses pour les chantiers de sondages géotechniques verticaux. Compte tenu du nombre d'accidents graves ou mortels impliquant les machines de forage de petite taille utilisées pour les opérations de sondages géotechniques verticaux en rotation, l'avis a pour objet de préciser aux intéressés les mesures à prendre, compte tenu de l'état de la technique, en vue d'améliorer la sécurité d'utilisation de ces machines.

b) Réunion du 9 avril 2013

Lors de sa réunion du 9 avril, la Commission a poursuivi l'examen du projet d'arrêté, déjà évoqué, relatif aux dimensions de la zone de voisinage autour d'une pièce nue sous tension.

Par ailleurs, le projet de la campagne envisagée en matière de prévention du risque de chutes de hauteur a été présenté à la Commission.

c) Réunion du 14 juin 2013

Le 14 juin, l'ordre du jour de la réunion portait sur un ensemble de textes destinés à moderniser la réglementation relative à l'éclairage des lieux de travail. Ainsi, ont été présentés :

- un projet de décret relatif à l'éclairage des lieux de travail ;
- deux projets d'arrêtés relatifs, d'une part, aux relevés photométriques sur les lieux de travail et aux conditions d'accréditation des organismes pouvant procéder à ces contrôles et, d'autre part, aux caractéristiques de l'éclairage des lieux de travail.

d) Réunion du 2 octobre 2013

Lors de la réunion du 2 octobre, la CS 3 a examiné les projets de textes suivants :

- un projet d'arrêté sur la certification des travailleurs effectuant des travaux sous tension. Prévu à l'article R. 4544-9 du Code du travail, cet arrêté

précise, notamment, les compétences requises des travailleurs pour être certifiés ainsi que les critères d'évaluation utilisés par les organismes de certification ;

- un projet d'arrêté destiné à préciser le contenu de la convention que les employeurs présents sur un site pyrotechnique multi-employeurs doivent rédiger, pour définir la gestion des effets pyrotechniques résultant de la coexistence sur le site d'activités relevant des différents employeurs, ainsi que la gestion des secours. Cette convention est désormais prévue par l'article R. 4462-32, introduit dans le Code du travail par le décret 2013-973 du 26 octobre 2013 relatif à la prévention des risques particuliers auxquels les travailleurs sont exposés lors d'activités pyrotechniques.

Cette même réunion a été l'occasion d'une information sur les rapports de mise en œuvre des directives en matière de santé sécurité au travail ainsi que d'une information sur un projet de colloque sur la sécurité dans les métiers de la collecte de déchets.

e) Réunion du 5 décembre 2013

Lors de la réunion du 5 décembre, ont été examinées les propositions d'agréments suite aux demandes déposées tant pour le contrôle de l'aération et de l'assainissement des locaux de travail que pour la réalisation des relevés photométriques sur les lieux de travail.

Lors de cette réunion, a également été présenté le bilan d'activité des organismes habilités dans le domaine des équipements de protection individuelle.

Par ailleurs, un projet de décret fixant certains compléments et adaptations spécifiques au Code du travail pour les mines et carrières en matière de travail et de circulation en hauteur a été présenté par le représentant du ministère de l'Écologie, du Développement durable et de l'Énergie (MEDDE).

Enfin, suite aux travaux menés au sein d'un groupe de travail, un premier projet de note relative aux modifications de machines a été présenté à la Commission. Cette note a pour objet de préciser la notion de "modification" appliquée aux machines en service, de préciser les obligations qui s'imposent aux utilisateurs de ces machines lorsqu'ils réalisent une telle modification et de donner des lignes directrices, notamment en matière d'appréciation du risque, afin que la modification en question puisse se faire dans le respect de la réglementation et des principes généraux de prévention.

Commission spécialisée n° 4 (CS 4) - Pathologies professionnelles

Présidée par Monsieur Roland Masse, la Commission spécialisée relative aux pathologies professionnelles est compétente pour les questions relatives à la connaissance de l'origine potentiellement professionnelle des pathologies, aux maladies professionnelles et à l'articulation entre la réparation et la prévention des pathologies professionnelles. Elle est notamment consultée sur les projets de tableaux de maladies professionnelles pris en application de l'article L. 461-2 du Code de la sécurité sociale.

En 2013, la Commission s'est réunie à deux reprises : le **11 mars** et le **1^{er} octobre**.

a) Réunion du 11 mars 2013

Lors de la Commission du 11 mars 2013, Madame Yuriko Iwatsubo a présenté une synthèse épidémiologique concernant les broncho-pneumopathies chroniques obstructives (BPCO) dans les activités de soudure, de cimenterie et d'usinage des métaux.

b) Réunion du 1^{er} octobre 2013

Lors de la Commission du 1^{er} octobre 2013, le Docteur Pascal Andujar a présenté une synthèse épidémiologique concernant les broncho-pneumopathies chroniques obstructives (BPCO) dans les activités de coqueries, les fonderies, la sidérurgie, le bâtiment et les centrales thermiques de production d'électricité au charbon.

Lors de cette Commission, la CNAMTS a également présenté le bilan d'activité des Comité régionaux de reconnaissance des maladies professionnelles.

Parallèlement, les quatre groupes de travail suivants, mandatés par la Commission, ont poursuivi leurs travaux :

- le groupe de travail sur les affections périarticulaires provoquées par certains gestes et postures (tableau n° 57) ;
- le groupe de travail sur les pathologies d'origine psychiques ;
- le groupe de travail sur les monomères de plastiques ;
- le groupe de travail sur la maladie de Parkinson provoquée par les pesticides.

1. Les travaux du groupe du travail sur le tableau n° 57 (affections périarticulaires provoquées par certains gestes et postures)

Les travaux du groupe du travail sur le tableau n° 57 (affections périarticulaires provoquées par certains gestes et postures) ont débuté en 2008, et ont abouti à la révision du paragraphe A (épaule) en 2011, puis du

paragraphe B (coude) en 2012. Les travaux sur le paragraphe C (poignet – main et doigt) ont débuté en 2012 et se sont poursuivis en 2013 avec trois réunions (7 mars, 25 juin, 12 septembre). Le rapport final a été présenté par le président du groupe du travail, Monsieur Paul Frimat, lors de la Commission des pathologies professionnelles du 1^{er} octobre 2013. Les représentants des employeurs et des salariés ne sont pas parvenus à un accord. Les travaux sur le paragraphe D (genou) débiteront en 2014.

Parallèlement aux travaux du groupe de travail sur le paragraphe C (poignet – main et doigt), et à la demande de la délégation des salariés, une réunion de bilan a été organisée afin de procéder à une évaluation quantitative et qualitative des modifications apportées au paragraphe A (épaule). À ce stade, il n'a pas été possible d'évaluer l'impact de la mise à jour du paragraphe A du tableau 57. Au second semestre 2014, la CNAMTS présentera un nouveau bilan quantitatif, portant sur l'évolution des décisions prises par les Caisses primaires d'assurance maladie (CPAM) en matière de reconnaissance des maladies professionnelles du paragraphe "épaule" du tableau 57 et un bilan qualitatif, portant sur la typologie des dossiers refusés, après avis du médecin conseil, pour désaccord sur le diagnostic ou pour conditions médicales réglementaires non remplies, ainsi que sur les difficultés rencontrées par les services gestionnaires et les agents enquêteurs des CPAM pour apprécier le respect de la liste limitative des travaux.

2. Les travaux du groupe de travail sur les pathologies d'origine psychiques

Les travaux du groupe de travail sur les pathologies d'origine psychiques, présidé par Monsieur Alain Bergeret, avait abouti en 2012 à la publication d'une typologie descriptive et nosologique des pathologies d'origine psychique susceptibles d'être prises en compte par les médecins conseils (dépression, anxiété, état de stress post-traumatique notamment) et de recommandations destinées à guider les Comités régionaux de reconnaissance des maladies professionnelles (CRRMP) dans l'appréciation des liens entre ces pathologies et l'activité professionnelle. Ce rapport a été rendu public suite à une décision de la commission des pathologies professionnelles du 13 décembre 2012. En 2013, les travaux du groupe de travail se sont poursuivis, en application de la seconde phase de son mandat, sur la mise en œuvre d'un référentiel permettant de faciliter le travail des agents des caisses lors de leurs enquêtes. Ce travail a donné lieu à plusieurs réunions au cours de l'année 2013 au terme desquelles le référentiel a été présenté à la Commission des pathologies professionnelles le 19 mai 2014.

3. Le groupe de travail sur les monomères de plastiques

Le groupe de travail sur les monomères de plastiques, présidé par Monsieur Robert Garnier, s'est réuni à trois reprises en 2013, les 7 mars, 22 mai et 7 novembre.

Le rapport final sur l'examen des pathologies professionnelles provoquées par le 1,3-butadiène a été présenté lors de la commission des pathologies professionnelles du 1^{er} octobre 2013. Les représentants des employeurs et des salariés ne sont pas parvenus à un accord. Les travaux se poursuivront sur le chlorure de vinyle en 2014.

4. Le groupe de travail sur la maladie de Parkinson provoquée par les pesticides

Les travaux du groupe de travail sur la maladie de Parkinson provoquée par les pesticides, présidé par Madame Dominique Dupas, ont débuté en 2013. Le groupe s'est réuni à trois reprises : les 9 avril, 2 juillet et 8 novembre.

5. Le groupe de travail chargé de l'actualisation du guide pour les comités régionaux de reconnaissance des maladies professionnelles

Outre ces travaux de la Commission et des groupes de travail dédiés, le groupe de travail chargé de l'actualisation du guide pour les comités régionaux de reconnaissance des maladies professionnelles s'est réuni en 2013 afin d'actualiser la partie procédurale du guide et de transposer le rapport sur les pathologies d'origine psychique et les modifications apportées au paragraphe A et B du tableau 57 dans la partie médicale du guide.

Commission spécialisée n° 5 (CS 5) - Acteurs locaux de la prévention en entreprise

Présidée par Monsieur Jean-François Caillard, cette Commission est compétente sur les questions touchant aux missions et au fonctionnement des Comités régionaux de prévention des risques professionnels, aux acteurs de la prévention en entreprise (services de santé au travail et médecins du travail), aux intervenants en prévention des risques professionnels (IPRP), et aux Comités d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT).

Elle s'est réunie à quatre reprises au cours de l'année 2013 : le **17 février**, le **7 juin**, le **29 novembre** et le **11 décembre**.

a) Réunion du 17 février 2013

L'arrêté fixant le **modèle de fiche d'aptitude** a été soumis aux observations de la Commission spécialisée n° 5 du Conseil d'orientation sur les conditions de travail, le 15 février 2013. Plusieurs observations des partenaires sociaux ont été prises en compte.

Lors de cette même réunion, a été examiné le projet d'arrêté relatif aux **caractéristiques des centres d'examens médicaux fixes et mobiles et à leurs équipements**. La CS 5 ayant émis un avis défavorable sur ce projet d'arrêté en raison de sa non-conformité à l'esprit de la réforme de la médecine du travail, dans la mesure où il ne prévoit pas de locaux

pour l'équipe pluridisciplinaire ; il a été acté la mise en place d'un groupe de travail restreint, dont la composition et les modalités de travail seront précisées ultérieurement.

b) Réunion du 7 juin 2013

Lors de la réunion du 7 juin 2013, le décret n° 2013-552 du 26 juin 2013 portant **diverses dispositions relatives au CHSCT** a été examiné. Il prévoit :

- la mise en place d'une instance de coordination des CHSCT. Instance temporaire à géométrie variable, elle a pour mission d'examiner des projets communs à plusieurs CHSCT ;
- des modalités particulières de recours à une expertise du CHSCT ou de l'instance de coordination des CHSCT dans le cadre de projets de restructuration et de compression des effectifs. La consultation de l'instance de coordination des CHSCT ne peut en aucun cas se substituer à la consultation des CHSCT. Le projet commun doit nécessairement être porté à la consultation de chacun des CHSCT locaux concernés, accompagné, s'il y a lieu, de l'avis de l'instance de coordination et du rapport de l'expertise unique.

Les échanges au sujet de ce projet ont été riches. Les représentants du ministère chargé du Travail ont mis en avant l'obligation de retranscrire les termes et de respecter l'équilibre trouvé par les partenaires sociaux dans l'Accord national interprofessionnel (ANI) du 11 janvier 2013. Les points durs ont notamment porté sur le rejet d'une assimilation de l'instance de coordination à un CHSCT "central" se substituant aux CHSCT "locaux", sur la composition de l'instance, sur le champ de l'expertise unique et sur l'articulation avec les délais fixés dans le cadre de projets de restructuration et de compression des effectifs.

Le projet de décret n° 2013-1039 du 19 novembre 2013 relatif **aux CHSCT de Voies navigables de France (VNF)** a également été présenté lors de cette réunion. L'article L. 4312-3-2 du Code des transports prévoit l'institution d'un CHSCT placé auprès du directeur général de l'établissement et de CHSCT placés auprès de chaque directeur territorial de l'établissement. Ce projet de décret a fait l'objet d'échanges nourris sur l'expertise, l'établissement du compte rendu de réunion, les membres du CHSCT, les autorisations d'absence. Les nombreuses précisions apportées par les représentants de VNF et du ministère de l'Écologie, du Développement durable et de l'Énergie (MEDDE) ont permis la validation du texte par les partenaires sociaux.

Enfin, l'examen de 32 dossiers de **demandes d'agrément en qualité d'expert auprès des CHSCT** (campagne d'été) présentés lors de cette réunion a donné lieu au premier agrément de quatre cabinets par arrêté du 1^{er} juillet 2013, soit :

- deux cabinets pour une durée de 2 ans ;
- deux cabinets pour une durée de 1 an.

c) Réunion du 29 novembre 2013

Au cours de la séance du 29 novembre 2013, le projet de décret en Conseil d'État portant diverses propositions relatives à **l'organisation de la médecine du travail** a été examiné.

Ce projet de décret en Conseil d'État est composé de cinq articles, portant sur :

- la reprise, à droit constant, des dispositions du décret simple n° 2012-137 du 30 janvier 2012 relatif à l'organisation et au fonctionnement des services de santé au travail annulées par décision du Conseil d'État statuant au contentieux, le 17 juillet 2013, à l'exception de la création d'une synthèse annuelle de l'activité du service de santé au travail, qui doit permettre de mieux prendre en compte la pluridisciplinarité, en réponse aux remarques formulées par les partenaires sociaux ;
- l'évolution des missions du collaborateur médecin, par la création de deux nouveaux articles, les articles R. 4623-25-1 et R. 4623-25-2, dans le Code du travail, conformément aux échanges de la DGT avec le Conseil national de l'ordre des médecins (CNOM) et avec la Direction générale de l'offre de soins (DGOS). Le collaborateur médecin pourra rendre des avis d'aptitude et d'inaptitude, dans le cadre d'un protocole écrit, six mois après le début de sa formation ;
- la transposition des dispositions du Code de la santé publique relatives aux médecins ayant un diplôme étranger de médecine, pour ouvrir la possibilité aux services de santé au travail d'accueillir ces médecins (création des articles R. 4623-25-3 à R. 4623-25-5 du Code du travail) ;
- la rectification de certaines erreurs, repérées depuis la parution des décrets du 30 janvier 2012, et l'évolution de certaines dispositions pour répondre à des difficultés d'interprétation ;
- la modification des dispositions relatives au suivi médical des travailleurs intervenant en milieu hyperbare, prévues par le décret n° 90-277 du 28 mars 1990, pour les mettre en cohérence avec les dispositions de droit commun relatives au suivi individuel de l'état de santé du salarié.

Un second projet de décret, relatif à l'exercice du **droit d'alerte en matière de santé publique et d'environnement dans l'entreprise**, a été présenté. Ce texte détermine les conditions de consignation écrite de l'alerte donnée par un travailleur ou par un représentant du personnel

au CHSCT en matière de santé publique et d'environnement. À la suite de la demande d'une nouvelle rédaction du texte par les partenaires sociaux, portant sur l'ajout de l'indication, dans la consignation de l'alerte, de "toute autre information utile à l'appréciation de l'alerte consignée" et de "la bonne foi" du travailleur sur les risques encourus, un réexamen a été fixé pour la réunion suivante.

d) Réunion du 11 décembre 2013

Lors de la réunion du 11 décembre 2013, le décret n° 2014-324 du 13 mars 2014 relatif à l'exercice du **droit d'alerte en matière de santé publique et d'environnement dans l'entreprise** a été examiné et approuvé.

Lors de cette réunion, le projet de décret sur **la limitation, voire l'interdiction de la consommation d'alcool dans l'entreprise**, a été examiné. Ce texte complète les dispositions de l'article R. 4228-20 du Code du travail par une mesure visant à permettre aux employeurs, dans un objectif de préservation de la santé et de la sécurité des travailleurs et de prévention de tout risque d'accident, de prévoir, dans le règlement intérieur, des modalités particulières visant à limiter, voire à interdire, la consommation dans l'entreprise de toute boisson alcoolisée. La voie du règlement intérieur permet un contrôle des représentants du personnel (CHSCT) ainsi que de l'inspecteur du travail. À l'exception de la CGT, les partenaires sociaux se sont déclarés favorables à ce projet.

Lors de cette séance, a également été examiné le projet de décret relatif à **l'application des dispositions relatives à la santé au travail aux travailleurs éloignés**. Ce projet de décret, pris en application de l'article L. 4625-1 du Code du travail, permet d'adapter les dispositions de droit commun relatives à la surveillance médicale des salariés aux particularités des travailleurs éloignés qui exercent habituellement leur contrat de travail en dehors de l'établissement qui les emploie, qu'ils soient itinérants ou non. Afin de favoriser l'effectivité du suivi médical de ces travailleurs ainsi que l'action sur le milieu de travail, ce décret donne à l'employeur la possibilité d'opter pour organisation de la médecine du travail spécifique, en faisant appel à un service de santé au travail interentreprises dans le département où travaillent ses salariés éloignés. Les membres du COCT ont émis un avis favorable sur ce texte à l'exception du représentant de la CGT qui a fait valoir que ce projet de texte ne reprend pas l'esprit de la circulaire de 2007.

Enfin, l'examen des dossiers de **demandes d'agrément en qualité d'expert auprès des CHSCT** (campagne d'hiver) a donné lieu à l'examen de 57 dossiers (33 demandes de premier agrément et 24 demandes de renou-

vement d'agrément), pour un agrément débutant le 1^{er} janvier 2013. Sur ces 57 demandes, 29 cabinets ont été agréés par arrêté du 31 décembre 2012 :

- 5 cabinets pour une durée de 1 an ;
- 11 cabinets pour une durée de 2 ans ;
- 8 cabinets pour une durée de 3 ans ;
- 4 cabinets pour une durée de 4 ans ;
- 1 cabinet pour une durée de 5 ans.

Commission spécialisée n° 6 (CS 6) - Questions relatives aux activités agricoles

Présidée par Madame Sophie Villers, la Commission chargée des questions relatives aux activités agricoles (CS 6) est notamment consultée sur les projets de textes réglementaires applicables aux établissements agricoles. Elle peut être saisie de toutes questions relatives à l'hygiène et à la sécurité des travailleurs en agriculture. Réunie en formation restreinte, elle est consultée chaque année sur les propositions d'orientations nationales et priorités d'actions des services de santé et de sécurité au travail agricoles, les moyens mobilisés et leur suivi.

La Commission s'est réunie quatre fois en 2013 : les **25 avril, 7 juin, 9 octobre et 19 décembre**.

La procédure de consultation écrite a, par ailleurs, été mise en œuvre à deux reprises :

- en mai : sur le projet de décret relatif à la procédure de dérogation prévue à l'article L. 4153-9 pour les jeunes âgés de moins de dix-huit ans et sur celui relatif aux travaux interdits et réglementés pour les jeunes âgés de moins de dix-huit ans ;
- en juillet : sur le projet de note de service de la DGT et du service des affaires financières, sociales et logistiques (SAFSL) sur la mise en place et le fonctionnement des commissions paritaires d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail en agriculture.

En outre, dans le cadre de la refonte des dispositions des articles R. 4534-107 à R. 4534-130 du Code du travail relatives aux travaux au voisinage de lignes, canalisations et installations électriques, deux groupes de travail ont été mandatés par la Commission et ont mené leur travaux en 2013 :

- l'un concernant les travaux portant sur les arbres dans l'environnement des lignes électriques ;
- l'autre concernant les travaux réalisés en plein champ ou dans les bâtiments agricoles, dans l'environnement des lignes électriques.

a) Réunion du 25 avril 2013

Lors de la réunion du 25 avril 2013, la CS 6 a examiné trois projets d'arrêtés :

- un arrêté modifiant l'arrêté du 22 octobre 2009 relatif aux conditions d'habilitation des organismes notifiés pour mettre en œuvre les procédures d'évaluation de la conformité des machines ;
- un arrêté relatif aux travaux agricoles nécessitant une surveillance médicale renforcée ;
- un arrêté modifiant l'arrêté du 22 novembre 2005 relatif à la réception CE des tracteurs agricoles ou forestiers et de leurs systèmes, composants et entités techniques.

b) Réunion du 7 juin 2013

Le 7 juin 2013, le Docteur Yves Cosset, médecin du travail, chef de l'échelon national de santé et de sécurité au travail en agriculture à la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole (CCMSA), a présenté le bilan d'activité pour 2011 des services de santé et de sécurité au travail en agriculture devant la formation restreinte de la commission, conformément à l'article D. 717-33 du Code rural et de la pêche maritime. L'articulation du plan santé sécurité au travail de la CCMSA 2011-2015 avec l'avenant du 29 juin 2012 à l'accord national sur les conditions de travail en agriculture portant sur la prévention de la pénibilité dans la production agricole, a fait l'objet d'une analyse détaillée dans ce cadre.

Ont aussi été évoquées les propositions d'orientations et priorités d'action des services de santé et de sécurité au travail agricoles pour 2014 et les missions des services, concernant leur participation au suivi et à la traçabilité des expositions professionnelles et à la veille sanitaire, notamment en ce qui concerne l'utilisation des produits phytopharmaceutiques, en référence à l'arrêté du 6 mai 2013 relatif aux travaux agricoles nécessitant une surveillance médicale renforcée.

c) Réunion du 9 octobre 2013

Le bilan annuel des conditions de travail pour 2012 (partie agricole) a été présenté sous forme synthétique aux membres de la Commission lors de sa réunion du 9 octobre 2013, ainsi que le résultat des travaux "Femmes en agriculture et reproduction : risques professionnels et prévention". Cette étude avait étroitement associé les membres de la Commission pour apprécier la politique de prévention menée actuellement en faveur des femmes dans cette profession.

Deux articles du projet de loi d'avenir pour l'agriculture, l'alimentation et la forêt ont été soumis pour avis lors de cette réunion. Ces articles ont pour

objet de permettre la ratification de la convention n° 184 de l'Organisation internationale du travail sur la sécurité et la santé dans l'agriculture, adoptée en 2001.

Concernant le secteur forestier, un projet de note de service de la DGT et du SAFSL relatif aux travaux d'élagage dans l'environnement des lignes électriques a également été soumis pour avis lors de cette réunion, et un groupe de travail a été mandaté pour la révision des dispositions du Code rural et de la pêche maritime issues du décret n° 2010-1603 du 17 décembre 2010 relatif aux règles d'hygiène et de sécurité sur les chantiers forestiers et sylvicoles. Ces travaux pourront tirer les enseignements de la campagne nationale de contrôle et de prévention des risques forestiers et sylvicoles menée cette année par l'Inspection du travail.

d) Réunion du 19 décembre 2013

Lors de la réunion du 19 décembre 2013, ont été examinés les projets de textes suivants :

- le décret relatif à l'exercice du droit d'alerte en matière de santé publique et d'environnement dans l'entreprise ;
- le décret modifiant l'article R. 4228-20 du Code du travail concernant l'interdiction de la consommation de boissons alcoolisées sur le lieu de travail ;
- le projet de note de service interministérielle relative aux opérations de modification d'une machine.

Le point de vue des partenaires sociaux agricoles a également été sollicité sur le premier rapport d'évaluation de l'application des directives européennes en santé et en sécurité au travail portant sur la période 2007-2012.

2. LES COMITÉS RÉGIONAUX DE PRÉVENTION DES RISQUES PROFESSIONNELS

2.1. PRÉSENTATION GÉNÉRALE

Les Comités régionaux de prévention des risques professionnels (CRPRP), créés par le décret n° 2007-761 du 10 mai 2007, réunissent les acteurs régionaux de la prévention : administrations régionales de l'État, partenaires sociaux, organismes régionaux d'expertise et de prévention et personnes qualifiées telles que des experts scientifiques ou des représentants d'associations de victimes d'accidents du travail ou de maladies professionnelles.

Ces comités sont le miroir, au niveau régional, du Conseil d'orientation sur les conditions de travail, créé par décret du 25 novembre 2008.

Chaque Comité a notamment pour mission :

- d'élaborer et d'actualiser les diagnostics territoriaux en matière de conditions de travail et de prévention des risques professionnels ;
- de répondre à l'État sur les projets d'orientation et les plans régionaux d'action publique dans ces domaines ; il est consulté et rend un avis sur le Plan régional de santé au travail (PRST) qui fixe, à l'échelon régional, des objectifs, des actions et des moyens en matière d'amélioration de la sécurité et de la santé au travail ;
- de formuler des avis en matière de protection de la santé et de la sécurité au travail et d'amélioration des conditions de travail pouvant aussi prendre la forme de recommandations aux entreprises et aux salariés.

Cet organe consultatif, placé auprès du Préfet de région, est assisté par un secrétariat général assuré par la Direction régionale des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi (DIRECCTE).

Le Comité se réunit au moins une fois par an en séance plénière.

Il est constitué de quatre collèges favorisant une approche globale et pluridisciplinaire de la santé au travail :

- un collège de représentants des administrations régionales ;
- un collège de partenaires sociaux : deux représentants de la CGT, deux représentants de la CFDT, deux représentants de la CGT-FO, un représentant de la CFTC et un représentant de la CFE-CGC ; quatre représentants du Medef, dont deux issus des organisations de branche, deux représentants de la CGPME, un représentant de l'UPA et un représentant de la FNSEA ;
- un collège des organismes régionaux d'expertise et de prévention : le directeur de la Carsat, le directeur de l'Association régionale pour l'amélioration des conditions de travail (Aract), le directeur d'une caisse de

la MSA désigné par accord entre les caisses situées dans le ressort de la région, le responsable opérationnel du comité régional de l'OPPBTB ;

- un collège de personnes qualifiées comprenant 8 personnes physiques, dont le président et le vice-président de l'observatoire régional de santé au travail et deux représentants de personnes morales désignées par arrêté préfectoral.

La durée du mandat des membres du CRPRP est de trois ans.

2.2. DES MODES DE GOUVERNANCE HÉTÉROGÈNES, SOUVENT EN RAISON D'UNE INSUFFISANCE DE MOYENS

Des modes de gouvernance hétérogènes

Les CRPRP sont désormais mis en place dans l'ensemble des régions et participent, selon des modalités et une implication variables, à la gouvernance de la santé au travail au niveau régional. Dans la plupart des cas, la DIRECCTE occupe une fonction d'animation essentielle, qui contribue fortement à la structuration et à la dynamisation de l'action des CRPRP.

Par exemple, le mode de gouvernance mis en place en **Alsace**, avec une forte implication de la DIRECCTE, a vocation à répondre à trois ambitions :

- assurer un portage politique, qui implique l'information ou la consultation du CRPRP lors d'échéances importantes comme la validation du PRST, le lancement de groupes de travail ou de mesures d'accompagnement de réformes importantes (pénibilité, réforme de la médecine du travail par exemple) ou l'élaboration d'une stratégie de déploiement des actions inscrites au PRST ;
- mettre en œuvre une approche "tactique" : le groupe de pilotage présidé par la DIRECCTE fixe ainsi les priorités et suit la réalisation des objectifs assignés aux six groupes opérationnels par ailleurs constitués. En fonction des nouvelles problématiques rencontrées en matière de prévention des risques professionnels, ce groupe propose au CRPRP de nouveaux axes de travail ;
- assurer la mise en œuvre opérationnelle, notamment grâce à la mise en place de divers groupes de travail, respectivement animés par la Carsat, la DIRECCTE, l'OPPBTB, et l'ACTAL⁽¹⁰⁾ (réseau ANACT), ayant pour objectif de porter les actions répondant aux priorités fixées par la circulaire DGT de juillet 2010 relative à la mise en œuvre territoriale du Plan santé au travail et au diagnostic régional. Il est à noter qu'a été créé, en 2013, un groupe consacré à la communication, animé par la DIRECCTE, chargé de définir la stratégie de déploiement des actions en direction des usagers.

10) Action pour les conditions de travail en Alsace.

Si la gouvernance répond, comme le montre l'exemple alsacien, à des finalités essentielles, que contribuent à faire vivre les acteurs institutionnels (DIRECCTE, Carsat, etc.), dans la plupart des régions est toutefois pointée la difficulté de soutenir l'implication large et durable des acteurs locaux.

La DIRECCTE de **Franche-Comté** relève ainsi que le CRPRP est une instance dont la dynamique tient avant tout à la forte implication de certains acteurs. Un autre exemple, celui de la DIRECCTE du **Centre**, illustre l'implication variable des acteurs locaux, qui s'avère cependant forte pour les acteurs institutionnels (notamment la DIRECCTE, l'OPPBTP, la Carsat et l'ARS), souvent autour de certaines problématiques spécifiques de prévention comme, dans cette région, les risques chimiques, l'amiante et le BTP.

Des moyens nécessaires pour assurer une gouvernance globale de la santé au travail

Dans plusieurs régions, comme la **Bourgogne**, les partenaires sociaux font valoir l'absence de temps et le manque de moyens pour s'investir dans les travaux qu'ils recommandent lors des réunions du CRPRP. Faute de moyens suffisants pour agir, les mesures à mettre en œuvre sont ainsi fréquemment reportées sur l'État et les préventeurs institutionnels.

La région **Alsace** constate par exemple que, sur la période 2012-2013, les nombreux débats suscités par la réforme de la médecine du travail ont mécaniquement réduit le temps dévolu au suivi des actions lors des séances de certains groupes du CRPRP, et notamment le temps consacré à la mise en œuvre du PRST. Les ressources et les disponibilités de la DIRECCTE et de ses partenaires clés pour animer les groupes de travail sont de ce fait insuffisantes pour assurer une coordination satisfaisante des nombreuses actions en cours. Concernant les synergies à organiser entre les différents plans de santé publique régionaux, elle relève qu'entre les entités chargées de la prévention des risques professionnels, le rapprochement se fait naturellement en raison des bénéfices réciproques à travailler collectivement. Y compris hors du cadre du PRST, des conventions ont ainsi été signées fin 2013 pour les secteurs du BTP et de la métallurgie avec toutes les parties prenantes (UIMM, OPPBTP, Rectorat, Carsat, DIRECCTE, notamment). En revanche, l'articulation avec le Plan régional santé-environnement (PRSE) et de la Direction régionale de l'environnement, l'aménagement et du logement (DREAL) est globalement réduite à une reprise d'actions du PRSE dans le PRST, par exemple les actions portant sur les risques chimiques et sur les nanomatériaux. La même remarque peut être faite au sujet de l'articulation entre le PRST et le programme régional de santé de l'ARS ainsi que les autres plans de santé publique.

2.3. DES CRPRP CONJONCTURELLEMENT REMOBILISÉS PAR LA RÉFORME DE LA MÉDECINE DU TRAVAIL

Dans de nombreuses régions, en 2013, le fonctionnement du CRPRP semble avoir fortement bénéficié de la mise en œuvre de la réforme de la médecine du travail, même si ce n'est souvent que de manière conjoncturelle ou temporaire. Dans de nombreux cas, la formation plénière du CRPRP a, au cours de l'année 2013, engagé des discussions approfondies sur les réformes en cours portant sur la contractualisation et la politique d'agrément des services de santé au travail (*cf. Partie 4 - Chapitre 1 : La réforme de la médecine du travail*).

En **Alsace**, le CRPRP a été directement associé à la définition des modalités de mise en œuvre de la réforme de la médecine du travail. Sa fonction de proposition et d'orientation a été réaffirmée à cette occasion et, plus particulièrement, lors de l'examen des premiers Contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM). Les formations du CRPRP ont été mobilisées à plusieurs niveaux. Ainsi, la politique régionale d'agrément a été présentée au CRPRP dans sa formation restreinte, qui a décidé d'une application souple et différenciée, tenant le plus grand compte des spécificités géographiques, professionnelles, de taille et d'organisation des services. L'état des lieux relatif à l'élaboration des projets pluriannuels de service a été étudié par la formation plénière du CRPRP, devant laquelle la Carsat et la DIRECCTE ont présenté leur rapport. Dans ce cadre, le CRPRP a décidé de développer des actions de communication en direction des entreprises et des salariés sur le contenu et le sens de la réforme de la médecine du travail, actions dont la mise en œuvre a été pilotée par la DIRECCTE.

En **Bourgogne**, les partenaires sociaux ont de même manifesté le souhait d'être étroitement associés aux réflexions sur la gouvernance des services interentreprises de santé au travail. Plusieurs réunions se sont ainsi tenues au début de l'année 2013 afin d'aborder un certain nombre de questions : les nouvelles règles de fonctionnement des services de santé au travail interentreprises, l'effectivité des mandats des partenaires sociaux au sein de leurs conseils d'administration et des différentes instances consultatives et de surveillance, la formation des membres siégeant à la commission de contrôle, la rédaction et l'adoption des règlements intérieurs.

En **Lorraine**, les partenaires sociaux, membres du CRPRP restreint, ont exprimé leur insatisfaction de n'avoir été à leurs yeux qu'informés, et non véritablement consultés, sur la politique d'agrément des services de santé au travail interentreprises. À cette occasion, ils ont soulevé la question de la composition du comité restreint, lequel ne permet pas, en Lorraine, la présence de la Carsat, même en qualité d'observateur. La DIRECCTE a de même fait observer que cette règle tend à exclure la Carsat du débat sur

les CPOM, dont elle est pourtant signataire. Ainsi, à l'occasion du débat sur la réforme de la médecine du travail, les partenaires sociaux au sein du CRPRP se sont emparés de la question du fonctionnement effectif de cette instance.

En région **Centre**, la contractualisation avec les services de santé au travail dans le cadre de la réforme de la médecine du travail est intervenue dans un contexte particulièrement préoccupant du point de vue de la démographie médicale. La région Centre fait en effet, avec la Picardie, partie des régions les plus sinistrées en termes de déficit de médecins du travail. Dans trois départements de région, le ratio de salariés par médecin atteint 3 600 salariés par médecin et 42 % des médecins ont plus de 60 ans. La DIRECCTE relève que, si le CRPRP connaissait un fonctionnement peu dynamique du fait d'une implication limitée des partenaires sociaux, en partie due à un manque de moyens, les débats autour de la contractualisation ont conduit à un regain d'intérêt des ces derniers. Le caractère concret des actions en milieu de travail contractualisées dans le cadre du CPOM, couvrant cinq des neuf services de santé au travail interentreprises de la région, a également contribué à cette remobilisation des partenaires sociaux.

2.4. UNE REMOBILISATION DES CRPRP À PÉRENNISER ET À APPROFONDIR

Le CRPRP joue un rôle fondamental dans le suivi des PRST

Au-delà de sa fonction institutionnelle d'organe de gouvernance de la santé au travail, le CRPRP assure très fréquemment une fonction de suivi du Plan régional santé au travail. Dans de nombreux cas, la formation plénière du CRPRP a, au cours de l'année 2013, engagé des discussions sur la préparation de l'évaluation du PRST et sur les conditions d'élaboration et de pilotage du prochain plan régional.

En **Île-de-France**, la formation plénière du CRPRP constitue en soi un lieu d'échange de qualité, caractérisé par une bonne participation des partenaires sociaux. Ces échanges permettent notamment de prendre des décisions sur la mise en œuvre des actions du PRST telles l'engagement, le report ou la réorientation des actions. Cet examen approfondi par le CRPRP a ainsi permis de constater l'utilité très relative de l'action "quinzaine des MCP⁽¹¹⁾" menée en Seine-Saint-Denis ou, *a contrario*, la réussite de l'action consacrée à la prévention des risques professionnels dans les établissements de soins, qui a donné lieu à la rédaction d'un guide d'aide à l'évaluation des risques dans ces établissements. Le CRPRP a également permis de valoriser

11) Maladies à caractère professionnel.

certains travaux menés par les partenaires sociaux dans des secteurs d'activité spécifiques ciblés par le PRST, comme en 2013, la présentation par la CGT de son action dans le secteur de la propreté sur le site de La Défense par exemple.

En **Alsace**, le CRPRP est directement associé au suivi et à l'animation de la mise en œuvre du PRST. Des groupes constitués en son sein, en charge des actions et des consultations organisées sur le déploiement des actions du PRST, lui rendent compte de l'avancement de leurs travaux. Par ailleurs, cinq "groupes régionaux de coordination", issus du CRPRP, assurent le relais opérationnel de ce suivi sur des thématiques spécifiques (risques chimiques, risques psychosociaux, prévention de la désinsertion professionnelle, troubles musculo-squelettiques et BTP).

De manière analogue, en **Rhône-Alpes**, le suivi de la mise en œuvre du PRST est assuré dans le cadre de comités techniques dénommés "COTEC", qui rassemblent les organismes de prévention (services de l'État et organismes de Sécurité sociale notamment) ainsi que les acteurs ayant accepté d'être pilotes d'actions ou porteurs de projet. Le CRPRP suit l'état d'avancement des actions du PRST 2 qu'il a validées et peut, s'il l'estime nécessaire, les infléchir ou les réorienter.

Dans certaines régions, la mobilisation des CRPRP demeure toutefois à approfondir

La DIRECCTE du **Limousin** souligne que les membres du CRPRP ont un rôle pivot à jouer en matière de prévention des risques professionnels. Elle constate cependant que cette mobilisation se heurte à de puissants obstacles matériels. Elle relève à cet égard que, si elle veille à promouvoir l'importance de la participation des partenaires sociaux au sein du CRPRP, ces derniers ne sont pas en capacité de s'impliquer dans chacune de ses instances, ce qui les conduit à en privilégier certaines sur d'autres. Le CRPRP est cependant globalement perçu comme un levier fort de diffusion du diagnostic régional partagé sur la santé au travail et permet les échanges sur certaines fiches actions du PRST.

Surtout, dans plusieurs régions, il est fait état d'une atonie persistante du CRPRP. Ce constat a pu conduire, comme dans plusieurs départements d'outre-mer, à l'absence de convocation de l'instance au cours de l'année 2013.

De la même manière, en **Midi-Pyrénées**, la participation des partenaires sociaux au sein du CRPRP est considérée comme insuffisante au regard des enjeux dont s'est saisie cette instance. La DIRECCTE relève avec regret que le CRPRP reste trop souvent un espace de partage d'informations, sans réelle portée stratégique. Elle souhaite que la préparation du prochain PRST permette d'engager véritablement les partenaires sociaux dans la prise de

décision au sein du CRPRP, notamment en vue de le rendre plus autonome de la DIRECCTE, sans laquelle cette instance ne serait réunie qu'épisodiquement. La DIRECCTE admet toutefois que la diversité des instances au sein desquelles les partenaires sociaux ont vocation à siéger au niveau régional constitue un frein à la mobilisation de leurs représentants.

Dans l'espoir de redynamiser le CRPRP, la DIRECCTE de **Picardie** a réuni cette instance à la fin de l'année 2013, avec l'objectif de remobiliser les partenaires autour du bilan à mi-parcours du PRST 2, de la présentation de la politique d'agrément des services de santé au travail et de la méthodologie d'élaboration des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens.

Développer le rôle des CRPRP comme lieu de valorisation de la santé et sécurité au travail

En **Franche-Comté**, le CRPRP a constitué un lieu d'échange effectif autour de l'actualité régionale en matière de prévention des risques. En 2013, le module d'information et de sensibilisation sur les risques psychosociaux et les troubles musculo-squelettiques, créé dans le cadre d'un groupe de travail du PRST, ainsi que les actions conduites en partenariat dans la région sur le thème du maintien dans l'emploi y ont été présentés et débattus. Le CRPRP a également été un lieu d'information et de débat sur la campagne de contrôle sur le risque professionnel en milieu forestier, qui a fait, en 2013, l'objet d'une action d'information des acteurs professionnels de la filière travaux forestiers et sylvicoles portée, en Franche-Comté, conjointement par la MSA, la DIRECCTE et l'association PROFORET. Le CRPRP a enfin été un lieu-clé d'information et de discussion sur la campagne de sensibilisation des entreprises et des salariés au risque de renversement des camions bennes. Les échanges en son sein ont donné l'impulsion à la réalisation de deux documents pratiques de prévention de ce risque, respectivement à destination des chefs d'entreprise (aide à l'évaluation des risques) et des chauffeurs (bonnes pratiques en matière de déchargement), par la DIRECCTE, en partenariat avec la Carsat et l'OPPBTP.

LES ACTIVITÉS DES ORGANISMES DE PRÉVENTION

1. La branche Accidents du travail - Maladies professionnelles (AT-MP) de la Caisse nationale de l'assurance maladie destravailleurs salariés (CNAMTS)	431
1.1. La préparation des actions prioritaires à mettre en œuvre de 2014 à 2017	432
1.2. La mise en œuvre des incitations financières	438
1.3. Les actions en direction des enseignes de la grande distribution	440
1.4. Des actions pour la prévention des risques psychosociaux et des addictions	442
1.5. La sensibilisation et la formation des futurs managers à la prévention des risques professionnels	443
1.6. Des actions de prévention dans le secteur de la petite enfance	444
1.7. Une action en partenariat avec la CNAV et l'ANACT sur le thème "mieux vieillir en sécurité à domicile"	445
1.8. Des échanges internationaux sur le thème du maintien dans l'emploi	446
1.9. Une conférence scientifique sur les allergies professionnelles	446
1.10. Une journée technique sur la prévention des collisions engins-piétons	447
2. L'agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail (ANACT) et le réseau des agences régionales (Aract)	448
2.1. 2013, année de la qualité de vie au travail	448
2.2. Genre et conditions de travail	450
2.3. L'organisation du travail, travaux sur le <i>lean management</i> et sur la relation client (centres d'appels)	451
2.4. Maladies chroniques et travail	453
2.5. Insertion et conditions de travail	453

2.6. La prévention des risques psychosociaux	455
2.7. Le Fonds pour l'amélioration des conditions de travail en 2013	456
2.8. Les publications de l'ANACT et du réseau des Aract	457
3. L'agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (Anses)	458
3.1. Les valeurs limites d'exposition professionnelle (VLEP)	458
3.2. L'exposition aux agents cancérogènes, mutagènes et toxiques pour la reproduction	462
3.3. Le Réseau national de vigilance et de prévention des pathologies professionnelles (RNV3P)	465
3.4. La mise en œuvre des règlements REACH et CLP	467
3.5. L'appel à projets de recherche de l'Anses	468
3.6. Les activités européennes et internationales	469
4. L'Institut de veille sanitaire (InVS) - département santé-travail	471
4.1. La convention avec la DGT et la DGS	471
4.2. Les activités de surveillance épidémiologique et de veille sanitaire dans le champ des risques professionnels	472
5. L'Institut de radioprotection et de sûreté nucléaire (IRSN)	484
5.1. La convention avec la DGT	484
5.2. Le bilan des activités de l'IRSN en 2013	485
5.3. Le bilan des expositions des travailleurs	489
6. L'organisme professionnel de prévention du bâtiment et des travaux publics (OPPBTP)	495
6.1. Le portail de la prévention pour le BTP	495
6.2. La dimension économique de la prévention	496

LES ACTIVITÉS DES ORGANISMES DE PRÉVENTION

1. LA BRANCHE ACCIDENTS DU TRAVAIL - MALADIES PROFESSIONNELLES (AT-MP) DE LA CAISSE NATIONALE DE L'ASSURANCE MALADIE DES TRAVAILLEURS SALARIÉS (CNAMTS)

Pour la branche AT-MP de la Sécurité sociale, l'année 2013 a été une année de transition. L'avenant à la Convention d'objectifs et de gestion (COG) 2009-2012, qui couvre également l'exercice 2013, s'est inscrit dans la continuité des actions réalisées au titre du Plan national d'actions coordonnées (PNAC) 2009-2012. L'année 2013 a par ailleurs mobilisé les équipes de la CNAMTS pour l'élaboration des actions à mettre en œuvre au titre de la COG 2014-2017, afin de préparer la signature de cette nouvelle convention avec l'État, qui a eu lieu le 30 décembre 2013.

La gouvernance de la branche AT-MP se caractérise par le strict paritarisme des instances décisionnelles, que ce soit au niveau national ou régional. Pendant l'année 2013, les partenaires sociaux de la branche se sont fortement impliqués dans la définition des priorités de prévention et ont tenu plusieurs réunions nationales pour échanger entre eux telles :

- le séminaire, organisé le 10 avril 2013 par la Commission des AT-MP sur le thème de la contractualisation avec les Directions régionales des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi (DIRECCTE) et les services de santé au travail interentreprises (SSTI) ;
- la deuxième journée d'échanges des partenaires sociaux du 28 novembre 2013, au cours de laquelle ils ont pu débattre de plusieurs thèmes : l'articulation entre la réglementation et les recommandations qu'ils élaborent, la mise en œuvre auprès des entreprises de ces recommandations et les grandes orientations de la future Convention d'objectifs et de gestion (COG).

1.1. LA PRÉPARATION DES ACTIONS PRIORITAIRES À METTRE EN ŒUVRE DE 2014 À 2017

Pour les années 2014-2017, la COG AT-MP prévoit la mise en œuvre de programmes de prévention ciblés sur trois priorités :

- contribuer à faire baisser la sinistralité des troubles musculo-squelettiques (TMS) ;
- supprimer ou réduire les expositions à des agents cancérogènes identifiés dans quatre secteurs d'activités ;
- réduire le risque de chutes dans le bâtiment et les travaux publics (BTP).

L'activité de l'année 2013 a donc été principalement consacrée à la préparation de ces trois programmes.

Le programme pour la prévention des troubles musculo-squelettiques (TMS)

L'offre de service TMS Pros

Capitalisant sur le programme dédié du Plan national d'actions coordonnées (PNAC) pour 2009-2012, le programme TMS développé par la branche AT-MP repose sur une offre de services élaborée par un groupe projet qui a associé l'Institut national de recherche et de sécurité pour la prévention des maladies professionnelles et des accidents du travail (INRS), la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) et une grande majorité des caisses régionales.

L'offre est hébergée sur un site Internet dédié, <https://tmspros.fr>, qui permet de suivre les établissements ciblés : chacun dispose en effet d'un espace personnel, accessible à leur caisse régionale, où il peut faire état de sa progression. Les 8 000 établissements ciblés, qui sont ceux qui présentent la sinistralité TMS la plus élevée, seront suivis par les caisses régionales, qui pourront les accompagner de façon adaptée.

L'offre de services TMS Pros est conçue pour permettre aux entreprises de toutes tailles et de tous secteurs d'activité d'engager et de mettre en œuvre une démarche de prévention des TMS.

TMS Pros s'appuie sur quatre étapes qu'il convient, pour l'entreprise, de faire les unes après les autres :

1. En quoi suis-je concerné par les TMS ?
2. Par quoi commencer ?
3. Comment agir ?
4. Quels résultats pour mon entreprise ?

À chaque étape, l'entreprise dispose d'outils pour lui permettre de définir des actions de prévention adaptées à sa situation, par exemple :

- un tableau de bord avec des indicateurs pour fixer les objectifs et mesurer l'efficacité de ses actions ;
- un outil de dépistage pour recenser les risques de TMS les plus importants ;
- un quiz pour faire le point des ressources et des compétences dans l'entreprise ;
- des bonnes pratiques élaborées par les caisses régionales, la CNAMTS et l'INRS pour les principaux secteurs d'activité concernés par les TMS.

Dès le début de l'année 2014, ce programme ciblera de façon spécifique les 8 000 établissements présentant la plus forte sinistralité. Son premier objectif est de contribuer à faire baisser la sinistralité liée aux TMS ; son second objectif est de faire en sorte que les établissements ciblés deviennent plus autonomes en matière de prévention.

Des outils et des travaux pour la prévention des TMS

L'INRS a contribué à l'élaboration de l'offre de service développée ci-dessus, qui comprend des outils et une offre de formation en direction de divers publics. L'élaboration d'un cahier des charges a été suivie de la préparation de cinq outils, dont quatre interactifs, dans le cadre d'un groupe de travail impliquant les caisses régionales.

L'année 2013 a en outre été marquée par la réalisation d'une enquête commune aux thématiques des troubles musculo-squelettiques, des risques psychosociaux (RPS) et du vieillissement au travail, menée auprès de 1 100 chefs d'entreprises et de 190 opérationnels de la prévention des TMS, tous secteurs confondus. Cette enquête visait entre autres à identifier les représentations du risque de TMS, les pratiques, les freins et les leviers en matière de prévention et à mieux cerner les besoins des entreprises en matière de ressources formatives, documentaires et d'accompagnement pour les années à venir.

Par ailleurs, des travaux ont été lancés, pour évaluer conjointement les interventions de prévention des risques de TMS et de RPS. Cette activité fait l'objet d'un partenariat avec l'Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail (ANACT).

Enfin, les travaux sur la variabilité du mouvement comme moyen de prévention des TMS font l'objet de déclinaisons dans plusieurs études scientifiques et ouvrent le champ à des collaborations interdisciplinaires dans et hors du cadre de l'INRS.

Le programme pour la prévention des cancers professionnels

Bilan du PNAC CMR (cancérogènes, mutagènes et toxiques pour la reproduction) 2009-2012

Le programme pour la prévention des cancers professionnels a été bâti en particulier à partir d'enquêtes régionales sur les émissions de moteurs diesel et le styrène, ainsi que du bilan des actions réalisées au titre du PNAC CMR 2009-2012.

De ce bilan, il ressort notamment que :

- 5 400 actions de prévention ont été engagées en entreprise ;
- plus de 76 000 salariés exposés à au moins un agent CMR ont été repérés ;
- 5 200 actions de prévention sont jugées terminées ;
- plus de 46 500 salariés ont bénéficié d'une action de maîtrise ou de substitution, ce qui représente 61 % de l'effectif salarié initialement exposé ;
- des coopérations avec des services interentreprises de santé au travail ont également permis de réaliser des actions de prévention, qui portent à 65 000 le nombre total de salariés ayant bénéficié d'une action de maîtrise du risque CMR.

Dans le but de valoriser le travail accompli, certaines actions particulièrement réussies, réalisées au titre de la substitution ou de la maîtrise, ont été répertoriées pour illustrer, sous la forme de témoignages, les fiches d'aide à la substitution et les fiches d'aide à la maîtrise.

Des actions ciblées sur quatre secteurs d'activité

Le programme CMR 2014-2017 a pour objectif d'accompagner les entreprises dans la maîtrise du risque d'exposition des salariés aux agents CMR dans les secteurs suivants :

- **le styrène en plasturgie et en nautisme.** Une enquête à des fins de diagnostic a été menée en 2013 auprès d'une centaine d'établissements sur les différents procédés mis en œuvre afin de déterminer les phases des procédés les plus exposantes, en fonction de la nature des pièces fabriquées, de la résine et des protections collectives utilisées. L'objectif de cette action est d'accompagner les sections d'établissements concernées dans la maîtrise du risque d'exposition au styrène des salariés ;
- **les émissions de moteur diesel (EMD) dans les centres de contrôle technique (CCT).** En 2012, les EMD ont été classées cancérogènes de catégorie 1 par le Centre international de recherche sur le cancer (CIRC). Or, comme le montre l'enquête SUMER 2010, les EMD figurent à la première place des agents chimiques cancérogènes auxquels les salariés sont exposés. Les services prévention des caisses régionales seront

mobilisés sur la réduction de l'exposition des salariés à ce polluant. Devant la variété des activités professionnelles concernées et dans l'objectif de définir une cible dont l'évaluation est possible, il a été décidé de focaliser les interventions sur l'activité des centres de contrôle technique véhicules légers et poids lourds, l'objectif étant d'accompagner la profession dans la maîtrise du risque d'exposition des salariés aux EMD ;

- **les fumées de soudage en chaudronnerie.** Le soudage à l'arc est un procédé de fabrication largement utilisé dans les activités de construction métallique. Il expose les salariés à des particules submicroniques et à des gaz qui produisent des effets délétères sur la santé (atteintes neurologiques et sur le système broncho-pulmonaire). Les fumées de soudage à l'arc sont classées par le CIRC "possiblement cancérogènes pour l'homme" (2B). L'action des caisses régionales sur ce sujet n'est pas nouvelle : elle s'effectue depuis de nombreuses années et s'est traduite durant la COG précédente par la réalisation de près de 1 000 fiches CMR, correspondant à des actions en entreprise. L'action programmée sur la période 2014-2017 s'inscrit donc dans la continuité et prévoit une action concentrée sur un nombre limité d'activités ;
- **le perchloroéthylène dans les pressings.** L'Assurance maladie-Risques professionnels travaille depuis de nombreuses années sur cette problématique. Avec l'interdiction réglementaire, posée en 2012, d'utilisation du perchloroéthylène dans les pressings contigus à des locaux occupés, le contexte a évolué : au 1^{er} janvier 2022, tous les pressings concernés devront avoir abandonné le perchloroéthylène. Cette contrainte réglementaire conduira les pressings à se tourner vers des solutions techniques alternatives dont celle qui présente le moins de risque au niveau toxicologique : l'aquanettoyage. L'objectif d'ici fin 2017 est donc de substituer l'ensemble des machines utilisant du perchloroéthylène par de l'aquanettoyage. Cette action permettra d'anticiper et de compléter les effets de la réglementation.

Au total, 8 560 sections d'établissement seront ciblées pour ces quatre actions.

Le programme pour la prévention des chutes sur les chantiers de construction

Les actions réalisées au titre du PNAC BTP au cours de la période 2009-2012 sont les suivantes :

- l'information et la communication en direction des maîtres d'ouvrage – MOA (5 829 MOA contactés) et de leurs appuis techniques (12 556 maîtres d'œuvre et coordonnateurs sécurité et protection de la santé – CSPS) ;
- des actions sur les chantiers (88 091 visites en 4 ans et 5 210 actions MOA).

Ces actions ont contribué à une baisse significative de l'indice de fréquence des accidents du travail graves, soit - 15 % de 2008 à 2012.

C'est sur la base de ce bilan que la CNAMTS a élaboré, au cours de l'année 2013, le programme prioritaire de prévention contre les chutes dans la construction (P³C³), qui sera mis en œuvre sur la période de 2014 à 2017 en vue d'obtenir un impact durable sur la baisse du nombre et sur la gravité des accidents de travail liés aux chutes (de hauteur et de plain-pied) dans les entreprises concernées.

Agir en direction des maîtres d'ouvrage

Le P³C³ a pour objectif d'amener l'ensemble des acteurs de la construction, maîtres d'ouvrage, maîtres d'œuvre (MOE), coordonnateurs sécurité et protection de la santé (SPS) et entreprises, à prendre en compte et à développer la prévention des risques de chute dans les projets de construction.

La stratégie consistera d'abord à faire évoluer, grâce aux interventions des agents des caisses régionales, les pratiques des donneurs d'ordre, ce qui encouragera les entreprises à progresser dans la maîtrise des risques de chutes.

Il est notamment prévu de développer des partenariats :

- avec des MOA ciblés : organismes d'habitat social, promoteurs nationaux, collectivités locales et constructeurs de maisons individuelles, secteur très sensible dans lequel interviennent de très petites entreprises du bâtiment ;
- avec les organisations qui représentent ces donneurs d'ordre, l'USH (Union sociale pour l'habitat), la FNOPH (Fédération nationale des offices publics de l'habitat) et l'UMF (Union des maisons françaises) ;
- avec les syndicats professionnels des entreprises générales, les syndicats de maîtrise d'œuvre et les organisations représentatives de coordonnateurs SPS.

Pour convaincre les MOA du bien-fondé de la démarche qui leur sera proposée, différents outils et argumentaires sont élaborés :

- la formation des chargés d'opérations, ouverte également à la maîtrise d'œuvre ;
- des outils d'incitation spécifique (injonctions et aides financières "MOA") ;
- un cahier des charges et un guide d'élaboration des cahiers des clauses techniques particulières des lots "spécifiques" ;
- un cahier des charges des critères santé-sécurité pour l'évaluation des offres pour l'attribution des marchés (associé à l'outil précédent).

Cibler les entreprises à sinistralité élevée

Le volet “Entreprises” du P³C³ porte sur des entreprises du bâtiment à sinistralité élevée, dans lesquelles les risques de chute sont inhérents à l'activité exercée : les entreprises de couverture, de charpente et de construction métallique, ainsi que les entreprises de gros œuvre qui interviennent en début de chantier et dont l'impact sur l'organisation du site est important. Seront ainsi ciblées 5 000 entreprises qui emploient près de 600 000 salariés.

Cette action directe concentrée sur les corps d'état structurant l'ouvrage, dits du “hors d'eau”, permettra des interventions homogènes dans le phasage des travaux et dans les outils et les méthodes utilisés.

Un partenariat est en préparation avec l'Organisme professionnel de prévention du bâtiment et des travaux publics (OPPBTP) pour déployer plus efficacement cette action en direction de la cible visée.

Activités des Comités techniques nationaux (CTN)

Une journée d'information et de formation a été organisée, le 25 juin 2013, à destination des membres de Comités techniques nationaux (CTN).

Cette journée a permis de souligner l'importance du travail des commissions issues des CTN, notamment pour l'élaboration des recommandations et pour la mise en place des incitations financières, deux outils utilisés sur le terrain par les préventeurs des caisses régionales et qui contribuent, de façon originale, à la santé et à la sécurité des salariés.

À l'automne 2013, les membres du CTN B (industries du BTP) et du CTN F (industries du bois, papier-carton, vêtements et textiles, carrières, pierres et terres à feu) ont adopté la recommandation R. 473, qui porte sur l'organisation des opérations de maintenance et de dépannage, sur site, des engins mobiles de travaux publics et de carrières par une entreprise extérieure.

Quant aux CTN A (métallurgie) et E (chimie), ils ont élaboré un guide de bonnes pratiques sur l'organisation des travaux de maintenance en tuyauterie et chaudronnerie sur les sites chimiques et pétrochimiques, dont les principes seront repris dans un projet de recommandation qui sera soumis à leur approbation au printemps 2014.

Il convient également de noter l'élaboration, en 2013, de six conventions nationales d'objectifs concernant les secteurs suivants :

- activités du caoutchouc ;
- activités de la chimie ;
- activités du secteur de l'hébergement, de l'aide et du soin à la personne ;
- activités de la chaussure, de la maroquinerie, de la tannerie, mégisserie, cuirs bruts et industries annexes ;
- commerce de détail de viandes, poissons, charcuterie artisanale, y compris traiteurs (sauf "traiteurs organisateurs de réception").

1.2. LA MISE EN ŒUVRE DES INCITATIONS FINANCIÈRES

Pendant la durée de la COG 2009-2012, le dispositif des incitations financières à la prévention s'est diversifié et renforcé, en vue notamment d'inciter les TPE/PME à investir davantage dans la prévention des risques professionnels.

L'année 2013 a permis de dresser le bilan du dispositif et, au vu des résultats obtenus, de préciser et d'affiner la politique en matière d'allocation des incitations financières sur la durée de la prochaine COG.

Si l'on additionne les aides financières simplifiées et les nouveaux contrats de prévention, ce sont 50 M€ d'aides qui ont été accordées aux entreprises en 2013, contre 45,5 M€ en 2012, afin de soutenir leurs investissements dans le domaine de la prévention.

Les aides financières simplifiées (AFS)

En 2013, plus de 6 000 entreprises ont bénéficié d'une aide financière simplifiée (contre 410 en 2009) et le montant des aides réservées a été supérieur à 34 M€, soit un niveau encore jamais atteint, ce qui confirme l'attractivité de ces dispositifs et la capacité des caisses régionales à se mobiliser pour en faire la promotion auprès des entreprises.

Les dispositifs nationaux d'AFS

L'AFS nationale "utilitaire léger, le + sécurité", pour l'aménagement des véhicules utilitaires légers, a été renouvelée du 1^{er} juillet au 15 octobre 2013. L'intérêt pour cette opération a été confirmé par cette nouvelle campagne : 2 670 entreprises en ont bénéficié, pour un montant de 8,5 M€.

Trois autres AFS nationales ont été lancées en 2013 :

- “Sherpa Carrières et matériaux” portant sur le management de la prévention dans les industries extractives ;
- “Aquabonus”, pour aider à la substitution du perchloroéthylène par de l’aquanettoyage dans les pressings,
- “Preciseo” pour réduire les risques de TMS dans les salons de coiffure.

Une aide financière dans le secteur de la coiffure

Le 30 septembre 2013, l'Assurance maladie - Risques professionnels a lancé Preciseo, une aide financière destinée aux salons de coiffure de moins de 50 salariés pour l'achat de matériels ergonomiques : fauteuils, bacs à lavage, ciseaux et sèche-cheveux évitant les postures contraignantes.

Elle souhaite réduire grâce à ces aménagements les causes de troubles musculo-squelettiques (TMS), une pathologie qui, depuis 6 ans, représente plus de 80 % des maladies professionnelles reconnues.

Plafonnée à 5 000 euros, l'AFS s'élève à 50 % de l'investissement hors taxes. Sur les quatre années à venir, près de 4 000 entreprises concernées, pourront en bénéficier.

Les AFS régionales

À côté des AFS nationales, les caisses régionales ont la possibilité d'élaborer des dispositifs régionaux. Elles ont largement eu recours à ces aides : 143 dispositifs régionaux d'AFS ont été déployés en 2013, toutefois avec un succès contrasté.

En effet, si certains n'ont pas trouvé d'écho auprès des entreprises, d'autres ont permis d'aider entre 80 et 157 entreprises. Il s'agit notamment des AFS évaluation des risques à la Martinique, garages en Rhône-Alpes, chutes de hauteur en Nord-Picardie, BTP dans le Sud Est, TMS-Aides à la manutention en Rhône-Alpes, manutention dans les Pays de la Loire, BTP en région Centre et Commerces de proximité en Île-de-France.

Au total, ce sont 2 769 entreprises qui ont bénéficié en 2013 d'une AFS régionale, pour un montant de 19 M€. 78 % de ces AFS ont été accordées à des entreprises de moins de 20 salariés (et 58 % de moins de 10 salariés). Ces chiffres confirment bien l'orientation de cet outil vers les PME/TPE.

Le montant moyen de l'aide a été de 5 645 euros par entreprise, concourant à hauteur de 21,7 % à des investissements des entreprises et représentant 157 M€ au total.

Les contrats de prévention

À l'inverse des AFS, la demande de contrats de prévention par les entreprises s'est fortement réduite pendant l'année 2013, confirmant le retournement de situation observé depuis le second semestre 2011, vraisemblablement en lien avec la réduction des investissements des entreprises de taille moyenne.

547 contrats de prévention ont été signés en 2013, représentant un engagement de 16,1 M€ de la part des caisses régionales. L'engagement moyen est de 29 500 euros par contrat, pour une participation à hauteur de 22,7 % de la caisse. L'investissement total des entreprises aidées est prévu à hauteur de 71,1 M€.

En moyenne, chaque contrat comprend entre 4 et 5 mesures de prévention :

- 27 % de ces mesures concernent la prévention des risques liés à la manutention et à la circulation, mesures présentes dans presque tous les contrats ;
- 23 % sont des actions de formation ;
- 16 % portent sur la prévention des risques CMR ;
- 11 % concernent les conditions de travail ;
- 11 % concernent la prévention du risque routier ;
- 7 % portent sur la prévention de risques liés aux nuisances physiques ;
- 2 % portent sur la prévention des risques mécaniques.

Quant aux contrats TPE (AFS non ciblée, permettant d'aider ponctuellement une entreprise), ils sont en forte hausse : ils ont concerné 430 entreprises pour un montant de 5,5 M€ contre 116 entreprises pour 1,2 M€ en 2012.

Une étude comparative d'Eurogip sur huit pays

À la demande de la CNAMTS, Eurogip a dressé un panorama des divers types d'incitation à la prévention en place dans huit pays européens : Allemagne, Belgique, Espagne, Italie, Luxembourg, Pays-Bas, Royaume-Uni et Suisse.

L'ensemble des données a été rassemblé sous la forme d'un rapport mis en ligne sur le site Internet d'Eurogip : www.eurogip.fr/images/documents/3556/Eurogip_89F_incitations_financieres.pdf

1.3. LES ACTIONS EN DIRECTION DES ENSEIGNES DE LA GRANDE DISTRIBUTION

L'action pour la maîtrise des risques d'accidents du travail et d'apparition des TMS dans la grande distribution, lancée en 2009, s'est poursuivie en 2013 avec la visite de plus de 1 000 établissements et l'élaboration d'outils

pour une meilleure prévention des risques liés au “drive”, nouvelle activité à forte sinistralité.

Le bilan de l'action en direction des grandes enseignes

Organisé le 11 décembre 2013 par la CNAMTS, le colloque “Grande distribution” a réuni les préventeurs et toutes les enseignes. Il a permis de dresser le bilan de l'action coordonnée au plan national entre les correspondants d'enseignes et les services de prévention des caisses régionales.

Parmi les points forts de ce bilan, il faut signaler une évolution notable depuis 2009 des organisations et des moyens mis en œuvre par les entreprises en matière de prévention dans leurs établissements.

L'attention soutenue portée à ce secteur d'activité et les différentes recommandations émises par la CNAMTS ont permis un niveau élevé de diffusion des bonnes pratiques. Ainsi, la limitation des articles à passer en caisse à moins de 8 kg est aujourd'hui pratiquée par 90 % des établissements. En matière de manutention, notamment dans les réserves, l'on note qu'un tiers des magasins a déjà totalement supprimé les manutentions à plus de 1,80 mètre et que plus de 70 % des établissements sont désormais équipés de façon satisfaisante en moyens de manutention.

Ce secteur d'activité a vu sa sinistralité diminuer, mais reste malgré tout celui qui génère le plus grand nombre de TMS en France. C'est pour cette raison que l'action “Grande distribution” sera poursuivie en 2014-2017, dans le cadre du programme national TMS.

De nouveaux outils pour la prévention des risques liés au “drive”

Le “drive” permet de réaliser ses achats sur le site Internet des enseignes de la grande distribution et de retirer sa commande dans une zone dédiée du magasin. Depuis l'année 2000, date à laquelle a eu lieu l'ouverture du premier “drive” en France, le concept connaît un fort développement dans le secteur de la grande distribution : fin janvier 2013, on dénombrait 2 113 “drive”, soit un doublement du parc par rapport à la fin de l'année 2011.

L'activité des “drives” combine des situations de travail déjà rencontrées dans la logistique, pour la préparation de commandes, et dans les magasins, lors de la mise en rayon des produits. On y retrouve donc l'ensemble des risques liés à ces deux situations de travail : manutentions manuelles, risques de chutes liés aux sols glissants, interférence des salariés avec les voitures, pression temporelle de livraison, risques qui peuvent tous être à l'origine d'un nombre important d'accidents de travail et de maladies professionnelles, et plus particulièrement de TMS.

Depuis plusieurs années, l'Assurance maladie - Risques professionnels se mobilise pour développer la prévention dans cette nouvelle activité. Un groupe de travail national **“drive”**, piloté par la CNAMTS et auquel participent des caisses régionales et l'INRS, a produit un référentiel qui définit les exigences essentielles de conception pour assurer la sécurité et garantir la santé physique et mentale des salariés à leur poste de travail. Ce groupe de travail capitalise les différentes démarches ergonomiques mises en œuvre en vue d'élaborer un guide des bonnes pratiques en prévention.

1.4. DES ACTIONS POUR LA PRÉVENTION DES RISQUES PSYCHOSOCIAUX ET DES ADDICTIONS

La prévention des risques psychosociaux (RPS)

De nouveaux outils développés par l'INRS pour lutter contre les risques psychosociaux

L'INRS a publié deux guides pour aider les entreprises à évaluer les risques psychosociaux et à les intégrer dans le document unique (DU).

Le premier, intitulé *“Risques psychosociaux et document unique : vos questions, nos réponses”*, répond à toutes les interrogations courantes sur le sujet. Il a été commandé à près de 15 700 exemplaires par les entreprises en 2013.

Le second, *“Évaluer les facteurs de risques psychosociaux : l'outil RPS-DU”*, est un guide méthodologique qui permet à l'entreprise d'évaluer ces risques à l'aide d'une grille et l'aide ensuite à définir un plan d'actions de prévention. Il a également rencontré un vif succès, puisqu'il a été diffusé en 16 231 exemplaires.

Ces documents s'adressent aux entreprises de plus de 50 salariés. Pour les plus petites structures, un outil spécifique, *“Faire le point”*, est disponible sur le site <http://www.inrs.fr/accueil/produits/mediatheque/doc/outils.html?refINRS=outil37>

Cet outil fait partie d'une démarche d'accompagnement des PME/TPE exposée sur le site www.travailler-mieux.gouv.fr/Petites-entreprises.html

Participation à une “action conjointe” sur la promotion de la santé mentale au travail

La Direction générale de la santé et des consommateurs (DG SANCO) de la Commission européenne avait lancé fin 2011 un appel à proposition en vue d'élaborer une action conjointe entre pays de l'UE sur le thème de la promotion de la santé mentale.

L'un des sous-programmes de cette action porte spécifiquement sur la promotion de la santé mentale au travail.

Coordonné par l'Association fédérale allemande des organismes d'assurance maladie (BKK), il associe plusieurs États membres : l'Allemagne, les Pays-Bas, la Belgique, la Norvège, la Finlande, la Croatie, la Hongrie et la Slovaquie. La CNAMTS a mandaté Eurogip pour représenter la France.

En tant que coordonnateur national, Eurogip doit effectuer une évaluation de ce qui se fait en termes d'actions et de plans en faveur de la santé mentale au travail, en recueillant les opinions des principaux acteurs : ministères, partenaires sociaux, organismes d'assurance, organismes de prévention, médecins, etc.

Lancé au début de l'année 2013, le projet s'achèvera fin 2015. En 2013, l'enquête SWOT – acronyme dérivé de l'anglais pour Strengths (forces), Weaknesses (faiblesses), Opportunities (opportunités), Threats (menaces) – s'est déroulée en France et un projet de rapport a été élaboré.

Les pratiques addictives au travail : quels risques ? quelle prévention ?

La consommation d'alcool, de drogues ou de médicaments psychotropes concerne un grand nombre de personnes en milieu de travail, et ce, dans tous les secteurs d'activité. Qu'ils soient occasionnels ou répétés, ces comportements entraînent des risques pour la santé et la sécurité des salariés, qui peuvent se traduire par des accidents. Il est donc essentiel que les entreprises inscrivent ce risque et sa prévention dans leur Document unique.

Afin d'aider les entreprises à prendre en compte les addictions dans leur dispositif de prévention, l'INRS a publié en 2013 la brochure *“Pratiques addictives en milieu de travail : principes de prévention”*. Celle-ci présente les différentes substances et les risques professionnels liés à leur consommation et détaille le contexte réglementaire ainsi que la stratégie à mettre en place pour limiter les risques, qui passe par l'élaboration d'une démarche collective sans négliger la prise en charge individuelle.

1.5. LA SENSIBILISATION ET LA FORMATION DES FUTURS MANAGERS À LA PRÉVENTION DES RISQUES PROFESSIONNELS

Le développement d'une culture de prévention au sein des équipes de management des entreprises s'impose désormais comme un facteur de réussite des politiques de maîtrise de certains risques professionnels, en particulier du stress ou des troubles musculo-squelettiques.

Il est donc essentiel de déployer des formations en santé et sécurité au travail dans les établissements d'enseignement supérieur. L'INRS cible principalement les enseignants et chercheurs des universités et grandes écoles, qui préparent les étudiants à des diplômes non spécialisés sur ces sujets (management, ingénierie, commerce). L'objectif poursuivi est le transfert de connaissances et de méthodes vers ces futurs ingénieurs ou managers, notamment grâce à un référentiel de compétences généraliste bases essentielles en santé et sécurité au travail (BES&ST).

En 2013, 350 000 étudiants et élèves ont ainsi été sensibilisés aux pré-requis en matière de prévention.

En parallèle, l'INRS a étudié la possibilité de transposer des outils de prévention existants pour les entreprises dans le cadre de travaux dirigés, à des fins pédagogiques. L'initiative a porté sur la grille GPSST (Gestion et positionnement en santé et sécurité au travail en 10 points clés). Elle a permis de familiariser des élèves ingénieurs et les étudiants en licence professionnelle à l'évaluation d'une politique de prévention en entreprise.

Un rapport européen sur la formation des managers

L'INRS a assuré, pour le compte de l'Agence européenne pour la santé et la sécurité au travail, la rédaction d'un rapport auquel plusieurs instituts homologues ont contribué. Illustré de cas pratiques expérimentés dans différents pays, ce rapport met en évidence l'intérêt qu'il y a d'introduire un apprentissage en matière de prévention des risques professionnels dans les enseignements.

Il insiste également sur la nécessité d'accompagner les établissements scolaires, du primaire jusqu'à l'enseignement supérieur, pour promouvoir une véritable culture de prévention auprès des salariés de demain.

1.6. DES ACTIONS DE PRÉVENTION DANS LE SECTEUR DE LA PETITE ENFANCE

Pour la garde de leurs jeunes enfants (de 0 à 6 ans), les parents peuvent recourir à un mode collectif en établissement : crèche, halte-garderie, etc. ou individuel, à leur domicile ou chez une assistante maternelle. Partant du constat qu'il n'existait aucun document sur la prévention des risques pour les professionnels des modes de garde individuels, les partenaires sociaux du CTN I (Activités de services II) ont demandé que soit élaboré un document d'information spécifiquement destiné à ce public.

Avec l'appui de la Mission nationale "Prévention des risques dans les métiers de l'aide et du soin à domicile", l'INRS a réalisé un dépliant de 8 pages : *"Salarié(e)s en bonne santé, enfants bien gardés"*. Destiné aux employeurs et aux salariés du secteur de la garde individuelle en emploi

direct, en structure prestataire ou rattachés à une crèche familiale, il présente de façon illustrée des pistes de prévention dans le déroulé d'une journée de travail type et propose un cadre d'échanges pour la rencontre entre les parents et la/le professionnel(le) en charge de l'enfant.

Les partenaires sociaux ont par ailleurs souhaité adapter l'offre de formation pour le secteur de la petite enfance. Un référentiel de formation Prap (Prévention des risques liés à l'activité physique) petite enfance a ainsi été élaboré. D'une durée de deux jours, délivrée par des formateurs Prap certifiés par l'INRS, cette formation s'adresse à tout salarié du secteur travaillant en établissement ou au domicile.

1.7. UNE ACTION EN PARTENARIAT AVEC LA CNAV⁽¹⁾ ET L'ANACT⁽²⁾ SUR LE THÈME “MIEUX VIEILLIR EN SÉCURITÉ À DOMICILE”

Le projet “mieux vieillir en sécurité à domicile” consiste à intégrer une dimension relative à la prévention des risques professionnels dans l'évaluation du domicile de personnes âgées en GIR 5 et 6 (groupes Iso-ressources : évaluation du niveau de dépendance) réalisée par des évaluateurs mandatés par la Caisse nationale d'assurance vieillesse (CNAV).

Les recommandations formulées par les évaluateurs permettent ensuite au service d'action sociale de la caisse régionale de déterminer des Plans d'aides personnalisés.

En effet, le domicile, qui est à la fois un lieu de vie et un lieu de travail, peut être un milieu accidentogène aussi bien pour la personne âgée que pour l'aidant, qu'il soit professionnel ou un proche. Les recommandations des évaluateurs peuvent donc porter sur des adaptations du logement et des équipements techniques pour améliorer la sécurité des personnes âgées (notamment prévenir le risque de chute) mais aussi celle des aides à domicile. Les évaluateurs délivrent également des messages de sensibilisation sur cette double approche.

La coopération initiée avec la CNAV permet à la branche AT-MP d'aborder un lieu de travail auquel elle n'a pas facilement accès ; elle offre en retour à la branche retraite la possibilité d'approfondir l'évaluation du domicile réalisée par les services d'action sociale.

Pendant l'année 2013 a été dressé le bilan des premières expérimentations réalisées sur le sujet, qui a ensuite permis à quatre Caisses régionales de bâtir un projet plus structuré qu'elles réaliseront sur la durée de la COG 2014-2017, en partenariat avec l'ANACT et son réseau (*cf. aussi infra l'ANACT et les Aract pages suivantes*).

1) Caisse nationale d'assurance vieillesse.

2) Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail.

1.8. DES ÉCHANGES INTERNATIONAUX SUR LE THÈME DU MAINTIEN DANS L'EMPLOI

En 2013, Eurogip s'est d'abord intéressé aux expériences des pays voisins en matière de réinsertion professionnelle.

En France, la branche AT-MP indemnise certes les victimes pour le préjudice subi, mais celles-ci restent relativement peu accompagnées dans la gestion de leur réinsertion professionnelle. Ceci n'est pas le cas dans d'autres pays comme l'Allemagne, la Belgique, le Danemark, l'Espagne et la Suisse.

Pour appuyer la CNAMTS, qui a fait du maintien dans l'emploi l'une des priorités d'action de la COG AT-MP 2014-2017, Eurogip a élaboré un rapport mettant en exergue les enseignements des expériences étrangères. Il a également organisé des rencontres bilatérales entre la CNAMTS et les organismes nationaux d'assurance AT-MP de cinq pays, pour approfondir les échanges. Enfin, une rencontre a été organisée à la CNAMTS avec la DGUV, l'organisme d'assurance AT-MP allemand, au cours de laquelle la thématique de la prévention de la désinsertion professionnelle a été largement débattue.

Parallèlement, Eurogip a choisi le thème du maintien dans l'emploi en Europe et au Canada pour ses débats, qui se sont tenus en mars 2013. Les intervenants à cette conférence, en provenance de neuf pays (Danemark, Suisse, Allemagne, Suède, Canada, Belgique, Finlande, Islande et Grande-Bretagne), ont présenté leurs actions en matière de détection précoce des risques de désinsertion professionnelle, de réadaptation médicale et sociale des victimes, d'organisation de la gestion des cas les plus graves par les organismes d'assurance AT³⁾.

1.9. UNE CONFÉRENCE SCIENTIFIQUE SUR LES ALLERGIES PROFESSIONNELLES

L'INRS a organisé, les 4 et 5 avril 2013, avec le soutien du Partenariat pour la recherche européenne en santé et sécurité au travail (PEROSH), une conférence interdisciplinaire sur les allergies professionnelles.

Cette conférence a réuni 200 personnes, principalement des chercheurs, des experts, des préventeurs et des médecins d'horizons différents (allergologie, toxicologie, santé et sécurité du travail, surveillance biologique, éthique...), mais elle s'adressait également aux pouvoirs publics chargés de la réglementation en la matière.

Ont été traités dans ce cadre les risques liés à l'exposition professionnelle aux allergènes (effets sur la santé), la mesure du pouvoir allergène des

3) http://www.eurogip.fr/images/publications/2013/Actes_DebatsEUROGIP2013_Maintien_emploi.pdf

substances, l'évaluation du risque et les mesures de prévention collective et individuelle (captage, ventilation, équipements de protection individuelle).

La conférence a permis de partager les dernières connaissances et de débattre des besoins en recherche dans le domaine. Un compte rendu a été publié dans la revue *“Hygiène et sécurité au travail”*, consultable sur le site : www.hst.fr.

1.10. UNE JOURNÉE TECHNIQUE SUR LA PRÉVENTION DES COLLISIONS ENGINS-PIÉTONS

Le 19 novembre 2013, 287 personnes ont assisté à la manifestation organisée par l'INRS, en partenariat avec la Fédération nationale des travaux publics (FNTP) et la Fédération nationale des activités de la dépollution et de l'environnement (FNADE), sur la prévention des collisions engins-piétons.

Il s'agit d'un thème d'importance car, chaque année, des accidents graves, parfois mortels, impliquent des personnes travaillant à proximité d'engins mobiles. Ce risque concerne plusieurs secteurs d'activités : BTP, collecte des déchets, transports, logistique et manutention.

La manifestation a permis de faire le point sur les moyens de réduction des risques, notamment sur la mise en place de démarches alliant des mesures organisationnelles et techniques. Elle a également favorisé le partage de connaissances entre responsables d'entreprise, constructeurs de matériel et acteurs de la prévention sur les technologies de détection de personnes ou de visibilité au poste de conduite. Un espace d'exposition était réservé aux fabricants de dispositifs de détection.

2. L'AGENCE NATIONALE POUR L'AMÉLIORATION DES CONDITIONS DE TRAVAIL (ANACT) ET LE RÉSEAU DES AGENCES RÉGIONALES (Aract)

2.1. 2013, ANNÉE DE LA QUALITÉ DE VIE AU TRAVAIL

Au cours des dernières années, la question de la qualité de vie au travail des salariés a émergé à la faveur d'une recherche accrue de performance des entreprises en lien avec la nécessité de créer des conditions favorables à un travail de qualité.

L'importance prise par les phénomènes de stress et l'irruption des risques psychosociaux (RPS) a également joué un rôle ainsi que les difficultés rencontrées pour faire face à la multiplication des négociations dans l'entreprise (seniors, égalité, RPS...).

Les partenaires sociaux ont ainsi négocié, dans un domaine où rien ne les y contraignait, un accord national interprofessionnel (ANI), signé le 19 juin 2013 (*cf. Partie 3 - Chapitre 5*, pour une analyse plus détaillée du contenu de l'ANI).

Cet accord invite à une approche "systémique" et à l'expérimentation. Tout en proposant un cadre général pour l'action, il encourage à trouver des espaces pour l'expression des salariés dans l'entreprise et crée la possibilité de conclusion d'accords d'entreprise intégrés.

Forts de leur expérience sur le sujet, l'ANACT et le réseau des Aract ont été expressément identifiés par les signataires de l'accord "qualité de vie au travail" comme accompagnateurs des expérimentations qui vont être conduites dans les mois et années à venir dans les branches et les entreprises.

À titre d'exemple, les travaux conduits par l'ANACT au sein de la Haute autorité de santé (HAS) ont permis en 2013 d'introduire la qualité de vie au travail dans la certification des établissements de santé.

Travaux de l'ANACT au sein de la Haute autorité de santé : la certification, la qualité des soins et la qualité de vie au travail⁽⁴⁾

La qualité de vie au travail a pour objectif de concilier les modalités de l'amélioration des conditions de travail et de vie pour les salariés et la performance collective de l'entreprise. Elle s'intéresse aux conditions dans lesquelles les salariés effectuent leur travail et leur capacité à s'exprimer et à agir sur le contenu de celui-ci. Elle est un objet à part entière du dialogue social dans l'entreprise.

Les professionnels de la santé sont largement confrontés au travail morcelé, à l'interruption des tâches, à une forte sollicitation psychologique, à des évolutions technologiques et à des modifications organisationnelles qui ont un impact sur la qualité de vie au travail. Parallèlement, la littérature internationale montre un lien entre les conditions de travail et des dimensions de la qualité des soins prodigués au patient.

Considérant la relation entre conditions d'exercice du travail, bien-être des professionnels et qualité des soins, et après avoir intégré la qualité de vie au travail dans le manuel de certification des établissements de santé V2010, la Haute autorité de santé (HAS) a mené, en collaboration avec l'ANACT, des travaux afin de permettre le déploiement de cette thématique dans les établissements de santé avec comme objectifs :

- de fournir des outils aux experts-visiteurs de la HAS pour les aider à investiguer au mieux le sujet au cours des visites de certification ;
- d'identifier les enjeux du dialogue social avec les organisations syndicales ;
- de proposer des repères pour les établissements de santé.

Les travaux se sont déroulés séparément avec chacune de ces trois catégories d'acteurs. Enfin, un séminaire, organisé au mois de juillet 2013, a permis de réunir l'ensemble des parties prenantes.

En conclusion, la qualité de vie au travail doit être appréhendée comme un moyen de réinterroger l'organisation. Elle permet de répondre à un besoin de cohérence, en redonnant du sens à des initiatives multiples. Elle nécessite une prise en charge dans la politique générale des établissements de santé, d'autant qu'elle se propose de renouveler le dialogue social et de s'appuyer sur des porteurs pluriels.

En janvier 2013, le numéro de *“Travail & Changement”* a été consacré à la qualité de vie au travail : *“Les promesses de la qualité de vie au travail”*⁽⁵⁾.

4) http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1735020/fr/rapport-la-certification-la-qualite-des-soins-et-la-qualite-de-vie-au-travail-novembre-2013

5) <http://www.ANACT.fr/portail/pls/portail/docs/1/12456380.PDF>

2.2. GENRE ET CONDITIONS DE TRAVAIL

Depuis 2009, l'ANACT et le réseau des Aract développent une approche intégrée du genre et de l'égalité professionnelle aux questions de santé et de conditions de travail.

Cela s'est traduit en 2013 par les actions suivantes :

- sur l'axe intégration du genre dans les démarches d'amélioration des conditions de travail, l'ANACT a mis en place un partenariat avec la branche courrier de La Poste portant sur l'absentéisme au regard du genre. L'objectif est de comprendre pourquoi les femmes sont plus souvent absentes au travail que les hommes, comme l'attestent les enquêtes et études nationales. Ce partenariat comprend une convention de recherche financée par l'Association nationale recherche technologie (ANRT) au profit de La Poste (doctorante de l'université Lyon 2) et de l'appui de l'ANACT en matière d'intervention de terrain et de capitalisation. La confirmation des premiers travaux dans cette entreprise mixte devrait confirmer le genre comme analyseur pertinent de l'organisation de travail, au bénéfice d'une amélioration des dispositifs de prévention pour les femmes comme pour les hommes ;
- sur l'axe intégration de la santé et des conditions de travail dans les démarches d'égalité professionnelle, l'animation du projet réseau "Égalité" avec 15 Aract (dont les 9 régions "Territoires d'excellence égalité"), a permis, à partir d'une capitalisation des cas issus du projet TEMPO (Travail, Emploi, Population) de 2012, de stabiliser une approche organisationnelle de la prévention des inégalités femmes-hommes à partir des indicateurs de rémunération, de santé, de carrière et de quatre axes d'analyse (mixité, parcours, travail, temps). L'ANACT et le réseau des Aract a également construit une ingénierie de formation "Égalité". Les outils correspondants, ainsi que quatre cas pédagogiques d'analyse du rapport de situation comparée et d'identification d'actions en vue de la négociation égalité sont disponibles sur le site www.ega-pro.fr

En 2013, les Aract ont mis en ligne les réalisations suivantes :

- un outil de sensibilisation à l'égalité professionnelle femmes-hommes (Aract Poitou-Charentes) ;
- un kit d'auto-diagnostic égalité professionnelle *"J'ai fait une analyse chiffrée et après ?"* (Aract Haute-Normandie) ;
- des fiches pratiques *"Égalité professionnelle, conditions de travail et négociation sociale"* (Aract Languedoc-Roussillon).

En février-mars 2013, le deuxième numéro de *"Travail et Changement"*, intitulé *"Les conditions de travail ont-elles un sexe ?"*, a traité de cette question.

2.3. L'ORGANISATION DU TRAVAIL, TRAVAUX SUR LE LEAN MANAGEMENT ET SUR LA RELATION CLIENT (CENTRES D'APPELS)

Les méthodes d'organisation du travail représentent une préoccupation centrale des entreprises, quelle que soit leur taille. Dans le contexte de la crise, les efforts de rationalisation s'intensifient.

Depuis son origine, l'ANACT est sollicitée sur le rapport entre le déploiement de modèles d'organisation et l'amélioration ou la détérioration des conditions de travail. La capitalisation d'interventions dans les secteurs des services a conduit l'Agence à expliciter les articulations entre qualité du travail, qualité des prestations et performance. Pour un exemple récent, l'on peut se référer à la publication en 2013 de : *“La qualité des services à la personne, le travail au cœur de l'innovation organisationnelle”* aux éditions de l'ANACT, dans la collection *“Agir sur”*.

Ces travaux rencontrent les questionnements autour du *lean*. Cette méthode, inspirée d'un modèle de management japonais dans l'industrie automobile, revenant au devant de la scène et gagnant les activités de service, l'ANACT s'est engagée en 2013 dans une démarche originale.

Tirant les enseignements des interventions conduites par l'ANACT et le réseau des Aract et de la littérature abondante sur le sujet, et après consultation des partenaires sociaux et de chercheurs, elle a produit en 2013 la grille de lecture suivante, afin de décoder les enjeux du *lean*.

“Les pratiques du lean :

- *ont-elles des effets sur la santé au travail ?*
- *favorisent-elles un management au plus près du terrain ?*
- *favorisent-elles l'expression des salariés ?*
- *favorisent-elles l'épanouissement professionnel et la motivation des salariés ?*
- *améliorent-elles la performance ?*
- *le recours au lean est-il adapté à tous les contextes productifs ?”*

Les questions évoquées, qui permettent de sortir d'une opposition réductrice entre promotion et rejet, est mise au service des employeurs et des représentants des salariés, ainsi que des consultants, nombreux à se mobiliser sur le *lean*, et des pouvoirs publics. Elle est également destinée aux managers de proximité, très exposés dans le déploiement du *lean*, et plus largement des collectifs de travail, puisque souvent les démarches participatives sont évoquées dans le cadre de ce déploiement.

Un numéro de *“Travail et Changement”* est paru en 2013 sur *“Les modèles de l'organisation du travail, le lean en question”*.

Le *lean management* dans le secteur de la relation client (centres d'appels)

Le secteur des centres d'appels est connu pour ses conditions de travail difficiles compte tenu notamment de modèles de productivité toujours plus contraignants. La pression exercée par la concurrence internationale en France est forte et les restructurations sont lourdes et fréquentes. Le secteur est donc peu attractif et le maintien en emploi fragile. Pouvoirs publics et partenaires sociaux s'efforçant depuis plusieurs années de structurer la branche ont eu jusque-là recours aux plans d'aide à l'emploi et à l'appui de la formation. Aujourd'hui, ces acteurs sont également ouverts à la recherche d'alternatives organisationnelles.

L'ANACT et le réseau des Aract se sont donc engagés dans la conduite d'expérimentations en entreprise couvrant trois objectifs :

- trouver de nouvelles marges de manœuvre pour conforter l'emploi et s'appuyer sur une main-d'œuvre stabilisée, en mesure de répondre à l'évolution de la profession, notamment en termes d'exigences de services personnalisés auprès du client final ;
- délimiter de nouveaux terrains d'entente entre sous-traitants et donneurs d'ordre dans un contexte où la latitude en matière d'organisation du travail est devenue très réduite ;
- promouvoir des innovations organisationnelles qui, testées dans un environnement propice aux expérimentations, méritent d'être élargies à d'autres contextes.

Dans le cadre des expérimentations mises en œuvre sur 2013-2014, à ce stade, plusieurs constats peuvent être mis en avant :

- l'implication très concrète des donneurs d'ordre constitue en soi un facteur d'innovation. Il s'agit de s'appuyer sur leurs exigences à l'égard de leurs sous-traitants en matière de responsabilité sociale des entreprises. La qualité de vie au travail recherchée pour leurs propres salariés peut en effet être élargie à la prise en compte des conditions de travail réservées aux salariés vers lesquels une partie des activités est externalisée ;
- les dispositions testées dans les entreprises engagées dans les expérimentations tournent principalement autour de trois objets : les horaires, les collectifs de travail et l'appréciation de la qualité de service. Les marges de manœuvre relèvent alors des modes de gestion des prestataires et de la qualité de leur relation avec les donneurs d'ordre ;
- les expérimentations renouvellent les espaces de discussion (entre prestataire et donneur d'ordre, direction et représentants du personnel, management et salariés), qui, au-delà des dispositions organisationnelles prises en compte dans le cadre de ce projet, et qui peuvent être évaluées en tant que telles, diffusent de manière moins formelle au niveau des pratiques de l'ensemble des acteurs.

2.4. MALADIES CHRONIQUES ET TRAVAIL

Depuis plusieurs années déjà, l'ANACT et le réseau des Aract ont développé, sous l'impulsion de l'Aract Aquitaine, une approche organisationnelle et coopérative du maintien en activité des travailleurs atteints de maladies chroniques.

L'année 2013 a été marquée par des actions à plusieurs niveaux :

- un retour d'expérience des actions menées en entreprises a été conduit sur le sujet des impacts sur le travail des pathologies, et les actions de formation et de sensibilisation d'acteurs relais ou d'entreprises mises en place dans ce cadre ont été poursuivies ;
- la volonté d'aider les entreprises à maintenir dans l'emploi des personnes concernées plus particulièrement par les addictions ou les maladies psychiques a conduit à élargir le champ des expérimentations ;
- au niveau européen, l'ANACT et l'Aract Aquitaine ont travaillé avec le réseau ENWHP⁽⁶⁾ et les représentants de 28 pays européens sur ces thèmes. Une première traduction opérationnelle a pris la forme d'un guide à l'usage des entreprises, édité pour la France par l'ANACT, intitulé *“Promouvoir la qualité de vie au travail des personnes atteintes de maladies chroniques : un guide de bonnes pratiques”*⁽⁷⁾. 35 organisations ont été retenues pour leurs pratiques sur le territoire européen. L'ANACT travaille à la capitalisation de ces bonnes pratiques, à leur traduction et à leur diffusion sur le territoire français.

Toutes ces réalisations contribueront de manière opérationnelle, au Plan cancer 2014-2019, qui confie à l'ANACT *“le développement expérimental d'une approche organisationnelle du maintien en activité et la capitalisation et diffusion des bonnes pratiques sur le maintien des salariés atteints de maladies chroniques dans les entreprises”*.

2.5. INSERTION ET CONDITIONS DE TRAVAIL

En 2013, l'ANACT a conduit une étude action en coopération avec le département synthèses de la Délégation générale à l'emploi et à la formation professionnelle (DGEFP) sur les conditions de travail et l'efficacité des contrats aidés dans le secteur non marchand.

L'objectif de cette étude était d'examiner les modalités de rencontre entre les organisations pourvoyeuses d'emplois et les individus bénéficiaires de contrats aidés, en s'intéressant aux conditions de réalisation du travail : à quelles conditions le travail est-il facteur d'insertion et de développement de parcours professionnels ?

6) European Network for Workplace Health Promotion.

7) www.anact.fr/portail/plu/portail/docs/1/12330380.PDF

Les observations de terrain ont permis d'identifier trois grandes catégories de configurations d'usage qui transforment des contrats aidés en des contrats aidants :

- la première configuration est relative aux conditions du travail. Celles-ci s'incarnent dans trois domaines : l'exigence du projet productif, les conditions matérielles de travail et le soutien organisationnel ;
- la deuxième se situe dans les actes de médiation mettant le travail au fondement de ses processus ;
- la troisième concerne la capacité à se transformer, à orchestrer une série de transactions pour articuler projet productif et projet d'insertion.

Quatre terrains ont été étudiés à la suite d'une phase exploratoire :

- une structure spécialisée dans la restauration de sites classés ou inscrits au patrimoine de l'Unesco. Elle organise des chantiers d'insertion (200 salariés en insertion par an) dans une logique de travail qualifiant. Il s'agit d'une structure en évolution permanente pour articuler projet de production et projet d'insertion. Elle s'inscrit dans plusieurs réseaux liés à l'insertion professionnelle ou à la branche du BTP ;
- une entreprise de tri et de recyclage qui contribue à la dynamisation économique d'un territoire par l'embauche. L'exigence du projet productif est au centre du dispositif d'insertion. Une attention est portée à la qualité des conditions de travail. Le management et l'organisation du travail sont également exigeants, centrés sur l'atteinte du taux de qualité. Le parcours professionnel fait l'objet d'une grande attention, depuis l'embauche jusqu'à l'accompagnement dans la recherche d'emploi ;
- une commune qui défend une mission d'employeur "insérant" à travers un encadrement au cas par cas des salariés en insertion. Elle est attentive à la qualification de l'offre en amont du recrutement, mettant l'accent sur une volonté de concordance entre offre de travail et projet des personnes. Une association intermédiaire assure la recherche des candidats et leur suivi dans la construction des projets professionnels. Des tuteurs, agents permanents, assurent le suivi technique des candidats ;
- une fondation hospitalière, où les valeurs fondatrices d'entraide font partie de la culture d'entreprise. L'embauche de salariés en contrats aidés est pensée dans la continuité de ces valeurs. Leur nombre reste limité (moins d'une dizaine). Un suivi personnalisé est assuré par une référente en ressources humaines. Elle encadre le recrutement, la prise de poste et l'évolution des salariés. Le relai est pris par les chefs de service et les équipes pour l'acquisition des gestes professionnels.

Ces observations ont montré que l'insertion s'inscrit dans un cercle vertueux quand le contrat aidé contient la promesse :

- d'un travail producteur d'une expérience valorisable : participer à une exigence de qualité, pouvoir faire valoir ce à quoi on a participé et le "mettre en mots" ;
- de pratiques de médiation active construites sur l'articulation entre le développement des organisations et les actions de structures d'accompagnement.

2.6. LA PRÉVENTION DES RISQUES PSYCHOSOCIAUX

L'ANACT propose une offre de service complète pour évaluer les risques psychosociaux et les prendre en compte dans le document unique d'évaluation des risques.

La démarche et les outils proposés ont déjà permis à de nombreuses organisations (de la TPE à la grande entreprise, du service à l'industrie, de l'administration à la collectivité territoriale) de progresser en matière de prévention des RPS.

Un colloque *“Évaluer les risques psycho-sociaux, mettre à jour son document unique, c'est possible”*, organisé le 1^{er} octobre 2013 à Paris, a réuni 130 participants qui ont pu, dans ce cadre :

- faire le point sur la réglementation et la jurisprudence en matière de prévention des RPS ;
- découvrir les outils proposés par les pouvoirs publics pour conduire leurs actions ;
- entendre les témoignages d'entreprises du secteur privé et du secteur public qui ont mis en œuvre la démarche de l'ANACT ;
- assimiler les conditions de réussite d'une démarche de prise en compte des RPS dans le document unique ;
- bénéficier d'un "Point conseil" personnalisé avec un expert de l'ANACT et du réseau des Aract pour répondre à leurs questions.

Une nouvelle version du dossier RPS du site Internet de l'ANACT a également été mise en ligne en 2013 à la suite de la parution du nouvel ouvrage de la collection de l'ANACT *“Agir sur”* concernant la prévention des RPS. Cet ouvrage présente la méthodologie de l'ANACT et du réseau des Aract pour agir sur les causes profondes des RPS, grâce à une action sur le travail et son organisation, afin d'aider à réduire la tension entre les contraintes et les ressources nécessaires pour réaliser un travail de qualité.

En régions, de nombreuses Aract ont développé et animent un réseau de consultants autour des questions liées aux risques psychosociaux.

2.7. LE FONDS POUR L'AMÉLIORATION DES CONDITIONS DE TRAVAIL EN 2013

Le Fonds pour l'amélioration des conditions de travail (Fact) a pour objectif d'apporter une aide financière, versée sous la forme de subventions publiques, aux entreprises et aux branches professionnelles qui conçoivent et mettent en œuvre des mesures d'amélioration des conditions de travail et contribuent à une meilleure prévention des risques professionnels.

L'enveloppe budgétaire dédiée au Fact s'est élevée à près de 1,8 M€ en 2013. Cette année, 102 nouveaux projets ont été retenus pour un financement Fact total cumulé de 2,6 M€.

Les thèmes d'intervention des projets réalisés en 2013 sont les suivants :

- 10 % de ces projets visaient à prévenir les risques professionnels ;
- 32 % concernaient la prévention des RPS ;
- 22 % portaient sur les TMS ;
- 1 % des interventions concernait la problématique de la gestion des âges autour des questions d'usure et de pénibilité ;
- les autres projets traitaient de questions d'organisation du travail ou de conception de situations de travail.

83 % des projets retenus en 2013 sont des projets présentés par une entreprise. Le total de ces projets représente 40 % de l'enveloppe consommée.

9 % des projets sont des projets de branche, concernant un secteur professionnel ou une interprofession sur un territoire. Le total de ces projets représente 49 % de l'enveloppe consommée.

Enfin, les actions collectives comptent pour 8 % dans les projets retenus en 2013, soit 10 % de l'enveloppe consommée.

Si l'on inclut l'ensemble des entreprises impliquées dans des projets individuels ou des actions collectives, le soutien du Fact a bénéficié à 127 entreprises de moins de 250 salariés. 77 entreprises bénéficiaires étaient des entreprises de moins de 50 salariés, soit 60,62 %. Pour cette catégorie, 33 entreprises ont été accompagnées dans le cadre d'une action collective.

En 2013, les principaux secteurs bénéficiaires du Fact ont été :

- les services à la personne et autres activités conduites sous forme associative (15 projets) ;
- le secteur du commerce et de la distribution (12 projets) ;
- l'industrie alimentaire (9 projets) ;
- les services marchands aux entreprises et aux particuliers (9 projets) ;
- les industries diverses (8 projets).

2.8. LES PUBLICATIONS DE L'ANACT ET DU RÉSEAU DES ARACT

En 2013, un ouvrage pratique de la collection “*Agir sur*” de l'ANACT a été publié sur la prévention des risques psychosociaux. Face à ces risques, les entreprises mesurent aujourd'hui les limites des approches de prévention centrées exclusivement sur l'individu et sur les indicateurs quantitatifs.

Un autre ouvrage de cette même collection est paru en 2013 pour aider les acteurs du secteur des services à la personne à articuler qualité des conditions de travail et d'emploi et qualité des services rendus, au-delà des actions de certification et de professionnalisation. Riche des quelque 800 interventions menées par le réseau ANACT-Aract, cet ouvrage renouvelle l'approche de la qualité dans les services à la personne et préconise de développer l'innovation organisationnelle autour de trois niveaux d'environnements professionnels : les domiciles des bénéficiaires, la structure employeur et le bassin d'emploi. Il promeut la prise en compte d'un travail souvent invisible et peu reconnu, par une refondation du rôle de l'encadrement intermédiaire et par une coordination renforcée des acteurs de l'aide et du soin à domicile, y compris les financeurs (*cf. aussi supra “Mieux vieillir à domicile”*).

Le magazine “*Travail & Changement*” de l'ANACT et du réseau des Aract contribue également à une meilleure compréhension par les acteurs d'entreprise des transformations du travail ayant des effets sur les conditions de sa réalisation. En 2013, sept numéros sont parus :

- *Les promesses de la qualité de vie au travail ;*
- *Les conditions de travail ont-elles un sexe ? (2) ;*
- *Tempo, un mode d'action innovant pour faciliter les négociations ;*
- *La qualité du travail : ressort de l'insertion et des contrats aidés ;*
- *Les modèles de l'organisation du travail, le lean en question ;*
- *Le travail en 2053 ;*
- *La SNCF met le cap sur la qualité de vie au travail (numéro spécial).*

3. L'AGENCE NATIONALE DE SÉCURITÉ SANITAIRE DE L'ALIMENTATION, DE L'ENVIRONNEMENT ET DU TRAVAIL (Anses)

3.1. LES VALEURS LIMITES D'EXPOSITION PROFESSIONNELLE (VLEP)

Les valeurs limites d'exposition professionnelle (VLEP) recommandées par l'Anses sont des concentrations dans l'air d'une substance chimique que peut respirer la quasi-totalité des travailleurs pendant un temps déterminé sans risque connu, à la date de l'expertise, d'altération pour la santé. Les niveaux sont déterminés en considérant que la population des travailleurs exposée est homogène, ne comprenant ni enfants ni personnes âgées.

Les niveaux de concentration sont déterminés à partir des données scientifiques issues d'études humaines (études épidémiologiques, cliniques) ou d'études expérimentales animales (études toxicologiques).

La démarche suivie par l'Agence

Afin de proposer ces valeurs atmosphériques, l'Anses s'attache à évaluer, sur la base des informations scientifiques et techniques disponibles :

- les effets sanitaires des substances chimiques, afin de recommander les limites à retenir pour la protection de la santé des travailleurs ;
- la pertinence d'attribuer ou non une mention "peau". Cette mention est accordée aux substances pour lesquelles l'absorption cutanée conduit à une augmentation significative de l'exposition et entraîne un effet systémique ;
- les méthodes de mesure disponibles afin de déterminer celles qui sont techniquement applicables à des fins de comparaison aux VLEP préconisées.

Pour une substance donnée, trois types de valeurs limites d'exposition en milieu professionnel sont recommandées :

- une valeur limite d'exposition professionnelle - 8 heures (VLEP-8 h), qui a pour objectif de protéger, à moyen et long terme, la santé des travailleurs régulièrement exposés à l'agent chimique considéré, et ce pendant la durée d'une vie de travail. Cette limite est, sauf indication contraire, la limite de la moyenne pondérée en fonction du temps de la concentration d'un agent chimique, dans l'air de la zone de respiration d'un travailleur au cours d'une journée de travail de 8 heures ;
- une valeur limite d'exposition à court terme (VLCT-15 min), qui vise à protéger les travailleurs des effets néfastes (effets toxiques immédiats ou à court terme tels que des phénomènes d'irritation) sur la santé dus à des pics

d'exposition. Il s'agit d'une valeur limite correspondant à une exposition mesurée sur une période de référence de 15 minutes (sauf indication contraire) pendant le pic d'exposition quelle que soit sa durée ;

- une valeur plafond : il s'agit d'une concentration atmosphérique dans les lieux de travail, qui ne doit être dépassée à aucun moment de la journée. Elle concerne principalement les agents reconnus comme irritant fort ou corrosif ou pouvant causer un effet grave potentiellement irréversible, à très court terme. Des mesures analytiques spécifiques sont mises en œuvre pour mesurer cette valeur.

Ces trois types de valeurs sont exprimés soit :

- en mg/m³, c'est-à-dire en milligrammes d'agent chimique par mètre cube d'air et en ppm (parties par million), c'est-à-dire en centimètres cube d'agent chimique par mètre cube d'air, pour les gaz et les vapeurs ;
- en mg/m³ uniquement, pour les aérosols liquides et solides ;
- en fibres par cm³ (f/cm³) pour les matériaux fibreux.

Un recensement des méthodes de mesure des niveaux d'exposition disponibles

Pour toute substance étudiée, l'Anses complète le travail de construction des VLEP par un recensement des protocoles de mesure des niveaux d'exposition professionnels disponibles. Ces protocoles sont ensuite regroupés en fonction des méthodes mises en œuvre. Ces dernières sont ensuite évaluées et classées en deux catégories, en fonction de leur conformité aux exigences de performance, définies par la norme EN 482 : *“Atmosphère des lieux de travail - Exigences générales concernant les performances des modes opératoires de mesurage des agents chimiques”* :

- la catégorie 1 pour les méthodes validées : la majorité des critères de validation est satisfaite (étendue de mesure, incertitudes, sensibilité, conservation des prélèvements...) ;
- la catégorie 2 pour les méthodes indicatives : des critères majeurs de validation ne sont pas précisés dans les protocoles ou ne sont pas suffisamment explicités.

Une étude comparative et détaillée des méthodes classées en catégorie 1 est réalisée au regard des différentes données de validation et de la faisabilité technique, de manière à recommander la ou les méthodes les plus appropriées pour la mesure des concentrations à des fins de comparaison aux VLEP.

Des valeurs pour compléter les VLEP atmosphériques

L'attribution de la mention “peau” est également un élément sur lequel doit se positionner l'Agence. Elle indique la nécessité de prendre en compte

la voie cutanée lors de l'évaluation de l'exposition, afin de mettre en œuvre des mesures de prévention appropriées (port de gants, évaluation de la contamination surfacique, etc.). Cette mention alerte sur le fait que la voie d'exposition cutanée peut potentiellement entraîner des effets sanitaires, indépendamment du respect des valeurs limites atmosphériques. En effet, le cumul des deux voies d'exposition (inhalation et cutanée) peut entraîner un dépassement de la dose considérée comme n'induisant aucun effet sur la santé.

Enfin, lorsqu'elle le juge pertinent, en complément des VLEP atmosphériques, l'Anses se positionne sur des éléments pouvant être utiles pour la mise en place d'un suivi biologique des expositions par les médecins du travail par exemple l'*"expertise nécessaire à l'élaboration de valeurs limites biologiques en milieu professionnel"*.

Construction des VLEP par l'Agence

L'Agence a été missionnée, par le ministère chargé du Travail, afin d'organiser la phase d'expertise scientifique indépendante et collective nécessaire à l'élaboration de valeurs limites d'exposition professionnelle atmosphériques (VLEP) fondées sur des critères sanitaires.

Depuis 2012, l'Agence a mis en place des appels à contribution en amont et en aval de ses travaux d'expertise collective en matière de VLEP.

La phase de consultation publique menée en amont de la réalisation des travaux d'expertise a pour objectif de recueillir auprès des parties intéressées d'éventuelles données scientifiques non publiées ou qu'elles estiment utiles de porter à la connaissance de l'Anses. La nature des données attendues par cette consultation porte :

- soit sur la connaissance des effets sur la santé des substances pour lesquelles la consultation est mise en place (études non encore publiées mais susceptibles de l'être, études actuellement en cours, etc.) ;
- soit sur les méthodes de mesure mises en œuvre pour évaluer les niveaux d'exposition professionnelle à ces substances ;
- soit sur les indicateurs biologiques d'exposition mis en œuvre dans le cadre de la surveillance médicale des travailleurs.

La phase de consultation publique en aval des travaux a pour objectif de permettre aux parties intéressées de faire part de leur commentaires quant aux données scientifiques recensées et utilisées pour le travail d'expertise, d'exprimer leur position quant à l'utilisation faite, par le comité d'experts scientifiques de l'Anses en charge de l'expertise sur les VLEP (CES-VLEP), des données disponibles avant publication des rapports et des avis de l'Agence finalisés.

En 2013, plusieurs substances ont fait l'objet de travaux de l'Agence, soit dans le cadre d'une première prise en charge, soit dans le cadre d'un suivi d'expertise, soit encore dans le cadre d'un retour de consultation. Ce sont ainsi une vingtaine de substances qui sont suivies en permanence par l'Anses.

Par ailleurs, deux consultations en amont ont été lancées en 2013, l'une pour le benzène et l'autre concernant le plomb et composés. Cette dernière est liée à la saisine spécifique de l'Anses par la DGT suite aux conclusions de l'Anses dans son avis du mois de janvier 2013 quant aux effets sur la santé associés à des plombémies inférieures à 100 µg/L pour la population générale. En outre, trois consultations en aval, concernant à la fois des documents méthodologiques et les valeurs biologiques pour le styrène ainsi que le cadmium et composés, ont été réalisées en 2013.

En 2013, l'Anses a publié, mis à jour ou mis en consultation plusieurs travaux méthodologiques :

- document repère pour prévenir des effets de la co-exposition professionnelle au bruit et aux substances chimiques ;
- document repère pour l'établissement de valeurs limites applicables en milieu professionnel pour les agents chimiques ayant un effet uniquement irritant ou corrosif ;
- mise à jour du document de référence pour la construction et la mesure de valeurs limites d'exposition à des agents chimiques en milieu professionnel ;
- mise à disposition en version anglaise du document de référence pour la construction des VLEP.

L'Agence est associée, à travers la participation de l'un de ses scientifiques en tant qu'expert, aux travaux du Comité européen SCOEL (Scientific committee for occupational exposure limits to chemical agents).

Dans le cadre de cette mission, l'Agence réalise une lecture critique et se positionne régulièrement sur quelques expertises élaborées au niveau européen par le SCOEL.

La participation au SCOEL permet à l'Agence de contribuer aux travaux européens sur les VLEP et d'assurer des échanges forts et réguliers entre ces travaux européens et les travaux nationaux entrepris par l'Agence *via* le Comité d'experts scientifiques VLEP.

En 2013, l'Agence a fait une lecture critique et s'est positionnée sur huit documents⁽⁸⁾ d'expertise élaborés par le SCOEL.

8) 4-aminotoluène ; 1,3-propane sultone ; bisphénol A ; cuivre et composés inorganiques ; dichlorobenzène ; trichlorure de phosphore ; dioxyde d'azote ; monoxyde d'azote.

3.2. L'EXPOSITION AUX AGENTS CANCÉROGÈNES, MUTAGÈNES ET TOXIQUES POUR LA REPRODUCTION

La substitution des agents cancérogènes, mutagènes et toxiques pour la reproduction (CMR)

La substitution des CMR par des substances ou des procédés non dangereux ou moins dangereux est un axe majeur de prévention du risque chimique en milieu professionnel et une orientation stratégique du Plan santé au travail 2010-2014, à l'instar du premier plan.

Depuis la mise en place du site www.substitution-cmr.fr, l'accroissement des données s'est poursuivi durant toute l'année 2013, ce qui permet d'accéder dorénavant à environ 1 107 usages et 380 exemples de substitution répertoriés. Le site, animé par l'Anses, permet une exploitation améliorée des données et des exemples de substitution du terrain sur les substances prioritaires avec les Carsat dans le cadre de la convention avec la CNAMTS.

La mise à jour régulière d'actualités en lien avec la prévention des cancers d'origine professionnelle ainsi que celle des informations réglementaires relatives à l'ensemble des substances disponibles sur le site et le partenariat de l'Agence avec la CNAMTS, l'INRS et des organismes internationaux contribuent également à l'enrichissement du site, qui se traduit par une fréquentation moyenne de 15 000 connexions par mois.

La newsletter trimestrielle, qui a été initiée en 2012, se poursuit et rencontre un succès croissant, permettant une diffusion accrue de toutes les données du site auprès de nombreux acteurs de la santé au travail.

L'exposition des travailleurs aux bitumes et à leurs émissions

À la suite de signaux d'alerte quant aux effets des bitumes sur la santé des travailleurs, la Fédération nationale des salariés de la construction - Confédération générale du travail a saisi l'Anses afin d'en évaluer les risques sanitaires pour l'homme.

Les bitumes sont des résidus de raffinage du pétrole utilisés principalement pour les travaux routiers. Actuellement, ils constituent l'ingrédient principal, voire exclusif, d'un liant qui assure la cohésion d'un revêtement (routier, d'étanchéité de toiture, etc.). Par le passé, cette fonction de liant était assurée par l'emploi de goudrons et autres produits issus de la houille, progressivement remplacés par les bitumes. Si le bitume et le goudron de houille sont communément confondus dans la langue française, ce sont pourtant des substances très différentes par leurs compositions chimiques d'origine et leurs propriétés. En particulier, la teneur en hydrocarbures

aromatiques polycycliques des bitumes est considérablement inférieure à celle des produits houillers.

La consommation moyenne annuelle française de bitume est estimée à plus de 3 millions de tonnes (entre 2000 et 2010), avec une part de plus de 90 % consacrée aux applications routières (majoritairement l'entretien des voies existantes), les 10 % restants concernant les applications industrielles (activités d'étanchéité et d'isolation).

Que ce soit dans le domaine de la construction et de l'entretien des routes ou de l'étanchéité des toitures et des terrasses, les différentes utilisations des liants bitumineux peuvent induire une exposition directe des travailleurs aux bitumes et surtout à leurs émissions, lorsqu'ils sont chauffés pour leur manipulation. Les émissions ainsi produites varient grandement selon le procédé de mise en œuvre, la nature des produits utilisés, ainsi que le type de travail effectué. Elles sont composées de particules en suspension dans l'air, de vapeurs et de gaz.

L'exposition des travailleurs aux liants bitumineux et à leurs émissions implique ainsi les voies :

- respiratoire, par inhalation des émissions ;
- cutanée, par contact direct avec les produits, par dépôt des émissions sur la peau ou par contact éventuel avec les vêtements souillés ;
- orale, *via* l'ingestion de produits ou de leurs émissions (contact main-bouche, notamment).

Il existe actuellement de nombreuses limites à l'évaluation des expositions des travailleurs, liées notamment à la métrologie atmosphérique, ainsi qu'à la métrologie cutanée. En l'absence d'harmonisation aux niveaux national et international, l'Anses encourage la mise en œuvre systématique de deux méthodes dans la caractérisation de l'exposition des travailleurs aux émissions de bitumes, l'une globale, dans une démarche préventive de réduction des expositions et l'autre spécifique, dans une démarche d'investigation médicale. Par ailleurs, le benzo(a)pyrène, traceur historique du risque cancérigène mesuré dans les émissions de liants bitumineux, n'est plus le seul traceur pertinent et l'Anses formule des recommandations de recherche quant au suivi d'autres composés afin de mieux appréhender le risque sanitaire.

Le Centre international de recherche sur le cancer (CIRC) a récemment classé l'exposition aux bitumes oxydés et à leurs émissions lors des travaux d'étanchéité comme cancérigène probable pour l'homme et l'exposition aux bitumes et leurs émissions lors de la pose d'enrobés ou lors de travaux d'asphaltage comme cancérigène possible.

Au-delà du potentiel cancérigène des produits bitumineux et de leurs émissions, les études épidémiologiques ont mis en évidence l'exis-

tence d'effets respiratoires (asthmes, bronchites chroniques...) liés à une exposition des travailleurs. Des effets cardiovasculaires et immunotoxiques sont également suspectés. Pour les effets cutanés, l'Anses souligne qu'il n'est pas possible, en l'état actuel des connaissances, de tirer des conclusions définitives concernant l'existence ou non d'un risque de développer un cancer cutané chez les travailleurs exposés aux émissions de bitumes. Des données additionnelles sont également nécessaires afin d'évaluer les effets conjugués liés à une co-exposition aux émissions de bitumes et aux rayonnements solaires. L'Anses encourage le développement d'actions de recherche sur cette question.

Au regard de ces différents éléments, l'Anses conclut à l'existence d'un risque sanitaire associé à une exposition des travailleurs aux liants bitumineux et à leurs émissions. En conséquence, elle considère que les expositions professionnelles aux liants bitumineux et à leurs émissions devraient être réduites. La réduction des expositions passe prioritairement par des mesures de prévention collective et d'adaptation de l'organisation du travail. Elles visent à permettre notamment la réduction et le captage des fumées émises, la réduction d'impact de la chaleur ainsi que de la coexposition aux produits bitumineux et au rayonnement solaire.

L'Agence formule également des recommandations en matière de prévention du risque chimique, notamment l'élaboration souhaitable d'une proposition de classification harmonisée des bitumes en lien avec leurs effets respiratoires et selon les dispositions du règlement européen "CLP".

Enfin, l'Anses attire également l'attention sur une problématique nationale émergente. En effet, dans une logique de réduction des coûts, la majorité des travaux routiers concernent aujourd'hui la rénovation et l'entretien du réseau existant, impliquant la mise en œuvre d'opérations de recyclage et de rabotage des anciens revêtements routiers. L'Anses insiste donc sur l'importance de la mise en place d'une surveillance étroite des émissions potentiellement dangereuses pour les travailleurs (amiante, goudrons, etc.) générées lors de ces opérations.

Les risques liés à l'exposition au bisphénol A

Depuis 2009, l'Anses mène, à la demande des pouvoirs publics, une expertise d'ampleur sur une trentaine de substances identifiées comme toxiques pour la reproduction de catégorie 3 ou perturbateurs endocriniens pour la reproduction et la fertilité.

Dans ce cadre, après trois années de travail, l'Anses a publié en avril 2013 les résultats de l'évaluation des risques sanitaires associés au bisphénol A.

Trois autres rapports ont également été publiés :

- un état des lieux des alternatives potentielles au bisphénol A ;
- un rapport sur les incertitudes entourant les perturbateurs endocriniens ;
- une évaluation des dangers d'autres composés de la famille des bisphénols.

S'agissant de la substitution, 73 alternatives possibles au bisphénol A ont été identifiées. Cependant, il n'existe pas de substitut permettant de remplacer le bisphénol A dans toutes ses utilisations et applications industrielles. Par ailleurs, les autres bisphénols ont en partage avec le bisphénol A des propriétés oestrogéniques qui conduisent à en déconseiller l'utilisation.

L'avis rendu confirme les effets sanitaires du bisphénol A, que l'Agence avait estimés en septembre 2011, en particulier pour la femme enceinte au regard des risques potentiels pour l'enfant à naître.

Il prend en compte, pour la première fois, une estimation des expositions réelles de la population au bisphénol A par voie alimentaire, mais aussi par inhalation (*via* l'air ambiant) et par voie cutanée (au contact de produits de consommation). Il met en évidence que l'alimentation contribue à plus de 80 % de l'exposition de la population.

En outre, les travaux ont conduit à identifier d'autres situations d'exposition, notamment liées à la manipulation de papiers thermiques (tickets de caisse, reçus de cartes bancaires...), en particulier dans un cadre professionnel.

Par ailleurs, en septembre 2012, l'Anses a déposé auprès de l'Agence européenne des substances chimiques (ECHA) une proposition de classement plus sévère du bisphénol A en tant que toxique pour la reproduction. En septembre 2013, l'ECHA a mis cette proposition en consultation auprès des autres États membres, qui a été validée en 2014 par son Comité d'évaluation des risques.

3.3. LE RÉSEAU NATIONAL DE VIGILANCE ET DE PRÉVENTION DES PATHOLOGIES PROFESSIONNELLES (RNV3P)

Le Réseau national de vigilance et de prévention des pathologies professionnelles (RNV3P) est un réseau de vigilance et de prévention en santé au travail qui regroupe, depuis 2001, les 32 centres de consultation de pathologie professionnelle (CCPP) de France métropolitaine et un échantillon de 10 services de santé au travail associés au réseau (SST).

Ce réseau a pour vocation de rassembler les données de chaque consultation au sein d'une base pérenne de données nationales sur les pathologies

professionnelles (données démographiques du patient, pathologies, expositions, secteur d'activité, profession).

Il s'agit donc simultanément d'un réseau de compétence en santé au travail et d'une base de données sanitaires. Le RNV3P apporte des indications sur les pathologies et sur les expositions professionnelles. Il revient aux experts hospitalo-universitaires du réseau d'investiguer les pathologies et de faire le lien, le cas échéant, avec l'origine professionnelle (cette imputabilité "expert" est également enregistrée au sein de la base). Une force supplémentaire du RNV3P est son intrication historique et sa complémentarité avec les préventeurs, en particulier les ingénieurs des CRAM⁽⁹⁾, dont la coopération avec les CCPP est formalisée de longue date.

Les objectifs principaux du RNV3P sont, d'une part, de repérer et de décrire les situations professionnelles à risque sanitaire en France et, d'autre part, de rechercher des étiologies nouvelles et des risques émergents.

L'Anses, en tant qu'opérateur, a pour mission de coordonner toutes les activités associées au réseau et de participer aux travaux scientifiques associés, en partenariat avec la CNAMTS et l'INRS, la CCMSA⁽¹⁰⁾, l'InVS⁽¹¹⁾ et la SFMT⁽¹²⁾. Plus de 230 000 consultations concernant 130 000 patients sont enregistrées dans la base et 15 000 nouvelles consultations viennent les compléter chaque année.

Le développement et la **mise en place du nouveau système d'information (SI) du RNV3P** a beaucoup mobilisé, en 2013, les membres d'un groupe de travail dédié. L'ensemble des centres aura basculé sur le nouveau système en 2014.

En 2013, une trentaine d'exploitations ponctuelles, sous forme de requêtes, ont été réalisées sur demande. Elles permettent, en particulier, de fournir des données cliniques utiles à la réalisation des missions de l'Agence, de ses partenaires, et d'informer les acteurs de la prévention sur des situations de travail à risque. Deux types de demandes existent : la recherche de cas similaires au(x) cas observé(s) par le demandeur au sein du réseau et la demande de données quantitatives sur une thématique particulière. On peut également noter de plus en plus de demandes faites par des personnes extérieures au réseau.

Dans le contexte de la réforme de la médecine du travail et de la volonté d'améliorer la traçabilité des expositions professionnelles, le RNV3P assure l'élaboration et la maintenance d'un thésaurus des expositions professionnelles. Ce thésaurus dépasse le cadre du réseau et a été élaboré avec de nombreux représentants institutionnels de la santé au travail : des représen-

9) Caisse régionale d'Assurance maladie.

10) Caisse centrale de la mutualité sociale agricole.

11) Institut de veille sanitaire.

12) Société française de médecine du travail.

tants des CCPP, du CISME⁽¹³⁾, des services de santé au travail, des Carsat, de la CNAMTS, de la MSA, de l'INRS et de l'InVS. La version bêta du nouveau thésaurus des expositions professionnelles fait suite à un important travail collaboratif impliquant de multiples partenaires. Ce dernier est beaucoup plus complet que le précédent thésaurus "nuisances" : il comprend plus de 7 000 items et il est aujourd'hui commun à de nombreux acteurs en santé au travail. En 2013, le groupe de travail a permis l'enrichissement et la mise à jour de ce thésaurus pour l'élaboration de la version "beta-2".

Enfin, l'Agence poursuit ses réflexions sur la capacité du réseau à détecter des pathologies émergentes ou réémergentes. La diffusion de l'information vers les institutions en charge de la surveillance et de la santé au travail sera de nouveau approfondie, l'objectif étant de rendre ces informations disponibles de façon pertinente pour un renforcement de la prévention.

Enfin, le RNV3P a poursuivi sa participation au réseau européen MODERNET (*"Monitoring trends in Occupational Diseases and New and Emerging Occupational Risks Network"*), qui rassemble des experts dans le champ des pathologies professionnelles, visant à développer la vigilance en santé au travail à un niveau supra-national, en s'appuyant sur les données de pathologies issues de centres experts et sur les réseaux de surveillance nationaux, lorsqu'ils existent (*"disease first approach"*). À ce titre, l'Anses a accueilli dans ses locaux, en octobre 2013, une soixantaine de personnes pour l'une des réunions des membres du réseau européen.

3.4. LA MISE EN ŒUVRE DES RÈGLEMENTS REACH ET CLP

Les règlements REACH⁽¹⁴⁾ et CLP⁽¹⁵⁾ s'appliquent à l'ensemble des substances chimiques. Néanmoins, des adaptations ou des exemptions tiennent compte de l'existence de directives ou règlements sectoriels (cosmétiques, biocides, additifs alimentaires, etc.).

Dans le cadre de la procédure d'enregistrement du règlement REACH, les industriels doivent produire des informations sur les propriétés physico-chimiques, toxicologiques et écotoxicologiques des substances qu'ils fabriquent ou importent, ainsi que des informations sur leurs usages et les expositions humaines et environnementales qui en découlent.

Ces données servent à identifier les dangers et à évaluer les risques associés.

Sur la base de ces informations, l'Anses cible les substances chimiques pour lesquelles elle estime pertinent de réaliser des analyses, en vue

13) Centre interservices de santé et de médecine du travail en entreprise.

14) REACH : règlement sur l'enregistrement, l'évaluation, l'autorisation et les restrictions des substances chimiques ou *Registration, Evaluation, Authorization and restriction of Chemicals*.

15) CLP : règlement relatif à la classification, à l'étiquetage et à l'emballage des substances chimiques et des mélanges ou *Classification, Labelling, Packaging*.

d'engager une procédure d'évaluation et/ou des mesures de gestion des risques.

Lorsqu'un risque pour la santé humaine ou pour l'environnement est identifié et que les mesures de gestion proposées par les fabricants ou les importateurs ne sont pas suffisantes ou appropriées, l'Anses peut proposer des mesures de gestion supplémentaires dans le cadre des procédures de REACH, du règlement CLP ou dans le cadre d'autres instruments réglementaires européens. L'Agence a ensuite également la responsabilité de réaliser les dossiers dans le respect de ces réglementations.

L'année 2013 a vu la montée en puissance de la procédure d'évaluation dans le cadre du plan glissant d'action communautaire triennal (CoRAP) du règlement REACH. En effet, l'Anses a mené la finalisation des évaluations de trois substances commencées en 2012 (incluant les discussions européennes pour aboutir à une décision consensuelle endossée par l'ECHA) et l'évaluation de six substances inscrites au CoRAP pour 2013.

À la demande des tutelles, l'Anses a également pris en charge la préparation de deux dossiers de restriction d'envergure :

- le premier porte sur la restriction de l'utilisation du bisphénol A dans les papiers thermiques en raison du risque encouru par les femmes enceintes exposées à ce type de papier pour leur enfant à naître ;
- le second fait suite à l'interdiction de l'utilisation de sels d'ammonium comme ignifugeant dans les isolants à base de ouate de cellulose, suite à des dégagements d'ammoniac dans les maisons récemment isolées.

3.5. L'APPEL À PROJETS DE RECHERCHE DE L'ANSES

Ces quatre dernières années, l'appel à projets de recherche financé par l'Anses sur le thème santé-environnement-travail a permis de financer 150 projets. Parmi ces projets, 21 portaient sur des agents biologiques, 37 sur des agents chimiques (dont 15 sur des perturbateurs endocriniens et 6 sur des produits phytosanitaires), 17 sur la thématique "nanomatériaux et fibres" et 28 sur les agents physiques (radiofréquences, bruits, rayonnements ultraviolets). Sur cet ensemble, 42 couvraient la thématique santé au travail.

Au titre des appels à projets de recherche (APR) pour 2013, 296 propositions ont été reçues par l'Anses. À l'issue du processus de sélection, 37 projets ont été retenus. Ils seront soutenus financièrement pour un montant global de 5,5 millions d'euros.

Grâce à cet APR, l'Anses et ses partenaires poursuivent le travail de soutien aux communautés de recherche en santé environnement et en santé au travail engagé depuis plusieurs années et déclinent, sous forme de thèmes de recherche, les objectifs des plans nationaux.

Ainsi, parmi les projets financés en 2013 :

- 5 portaient sur les agents biologiques ;
- 9 portaient sur des agents chimiques, dont 5 explicitement sur les perturbateurs endocriniens et 2 sur les pesticides ;
- 9 concernaient sur les radiofréquences ;
- 3 concernaient les nanoparticules ;
- 1 traitait de la question des risques sanitaires par les sciences humaines et sociales ;
- 13 concernaient les thématiques santé-travail, en santé-travail et santé-environnement.

3.6. LES ACTIVITÉS EUROPÉENNES ET INTERNATIONALES

L'Agence renforce ses liens avec **l'Organisation mondiale de la santé** dans le domaine de la santé au travail en contribuant à ses travaux à différents niveaux. Le Directeur général de l'Anses s'est rendu au siège de l'OMS à Genève en mars 2013 pour rencontrer les équipes de sa direction sécurité sanitaire et environnement et échanger sur les programmes de travail respectifs en santé-travail, santé-environnement, sécurité sanitaire des aliments et zoonoses.

L'Anses a participé en octobre 2013 à la réunion du réseau européen des Centres collaborateurs de l'OMS en santé-travail, lors de laquelle des échanges ont eu lieu sur les priorités de l'OMS et de ses partenaires et les activités conjointes qui sont ou seront mises en place.

Dans le domaine des nanomatériaux, l'Agence poursuit sa participation au projet, WHO NANO, conduit par l'OMS, pour le développement de lignes directrices sur la protection des travailleurs des risques potentiels liés aux nanomatériaux manufacturés.

Une délégation de l'Agence s'est rendue en avril 2013 à Bilbao (Espagne) pour rencontrer **l'EU-OSHA** (Agence européenne pour la santé et la sécurité au travail). Ce fut l'occasion pour chacune des agences de présenter ses missions et ses actions et d'échanger sur ses sujets prioritaires en santé au travail. Les discussions ont permis d'identifier plusieurs pistes pour de futures collaborations, qui permettront de renforcer les relations entre les deux agences et promouvoir la santé des travailleurs en France et en Europe. L'Anses a ainsi participé en octobre 2013 au colloque *“Ensemble pour la prévention des risques professionnels”* organisé en France avec l'appui de l'EU-OSHA et au niveau européen sur les priorités dans la recherche en santé et en sécurité au travail pour les années 2013 à 2020.

En mars 2013, une délégation de l'Anses s'est déplacée en Suisse afin de rencontrer les équipes de **l'Institut universitaire romand de santé au**

travail (IST), avec lequel l'Agence a établi des collaborations de longue date, formalisées dans le cadre d'un accord de partenariat. Affilié aux universités de Lausanne et de Genève, l'IST est une fondation de droit privé, dont les missions sont l'enseignement, la recherche, l'expertise et le conseil dans le domaine de la santé au travail.

En mai 2013, une délégation de l'Anses a rencontré, dans ses locaux de Dortmund, **l'Institut fédéral pour la santé et la sécurité au travail (BAuA)**. Le BAuA est un institut de recherche gouvernemental, placé au sein du ministère fédéral allemand du travail et des affaires sociales, employant plus de 700 personnes sur quatre sites géographiques avec un budget total en 2012 d'environ 60 millions d'euros. Dans le champ de la santé et de la sécurité au travail, le BAuA assure de multiples missions, notamment de conseil auprès des pouvoirs publics, de recherche, de prévention, et de diffusion de l'information. La délégation a été accueillie par les représentants de plusieurs divisions du BAuA, traitant de divers sujets en santé-travail. La rencontre a été l'occasion de présenter les missions et les actions de chaque agence ainsi que d'échanger sur de nombreux sujets prioritaires pour les deux agences, tels que les substances chimiques (REACH, substitution CMR), les nanomatériaux, les pathologies professionnelles, les horaires atypiques, les agents biologiques et la santé des agriculteurs, ou encore les priorités pour la recherche en santé-travail. Les discussions ont permis d'identifier plusieurs pistes pour de futurs échanges et collaborations, qui permettront de renforcer les relations existantes entre les deux agences.

Dans la continuité des échanges entrepris depuis plusieurs années, l'Agence poursuit et renforce ses collaborations avec des organismes étrangers particulièrement actifs en santé-travail. Les relations fortes que l'Agence maintient avec ces organismes se traduisent par des échanges de différentes natures, notamment des conventions de recherche et développement, ainsi que la participation de scientifiques issus de ces organismes en tant qu'experts dans des Groupes de travail et Comités d'experts spécialisés de l'Agence ou encore grâce à des consultations auprès de ces organismes sur des sujets spécifiques de travail. À titre d'exemple, en 2013, une consultation ciblée a été lancée pour identifier d'éventuels travaux en cours sur les travailleurs en milieu hyperbare. Les contributions d'acteurs particulièrement actifs sur les VLEP ont été recherchées, comme le Conseil de santé des Pays-Bas sur le benzène, ou encore le NIOSH lors des consultations en aval des expertises en matière de VLEP sur le styrène et le cadmium.

4. L'INSTITUT DE VEILLE SANITAIRE (InVS) - DÉPARTEMENT SANTÉ-TRAVAIL

4.1. LA CONVENTION AVEC LA DGT ET LA DGS

Une convention cadre pour 2013-2014 a été signée entre l'InVS, la DGT et la DGS. Elle précise les principaux domaines d'intervention de l'InVS.

Contribuer au pilotage de l'objectif 2 du Plan santé travail (PST) 2010-2014, "développer les outils de connaissance et de suivi", relevant de la compétence de l'InVS

1. Action n° 5 du PST : améliorer la connaissance sur les expositions professionnelles, leur répartition et leur évolution ;
2. Action n° 6 du PST : améliorer la connaissance sur les pathologies en lien avec le travail ;
3. Action n° 7 du PST : développer la veille sanitaire :
 - a) Produire des indicateurs en santé-travail ;
 - b) Évaluer des expositions professionnelles (exploitation de données biométriologiques, notamment sur les plombémies, matrices emplois/exposition, matrices cultures/exposition, bases de données, dont maintenance de la base Ev@lutil, etc.) ;
 - c) Pratiquer la surveillance par le suivi de cohortes (expositions multi-risques, risques émergents, dont risques liés aux nanoparticules, amiante, etc.) ;
 - d) Améliorer la connaissance des cancers d'origine professionnelle ;
 - e) Améliorer la connaissance des pathologies liées à l'amiante ;
 - f) Assurer la surveillance des troubles musculo-squelettiques ;
 - g) Développer la connaissance des liens entre santé mentale et travail ;
 - h) Contribuer au développement de l'outil centralisateur des accidents du travail et des maladies professionnelles inter-régimes de sécurité sociale.

Mettre au point un dispositif régionalisé de surveillance des maladies susceptibles d'être d'origine professionnelle

Il s'agit de la mise en œuvre du programme de surveillance des maladies à caractère professionnel.

Favoriser la culture du signalement pour les pathologies susceptibles d'être d'origine professionnelle

Il s'agit du déploiement des Groupes alerte santé travail.

4.2. LES ACTIVITÉS DE SURVEILLANCE ÉPIDÉMIOLOGIQUE ET DE VEILLE SANITAIRE DANS LE CHAMP DES RISQUES PROFESSIONNELS

En 2013, l'InVS, et plus particulièrement son département santé-travail, a poursuivi ses activités de surveillance épidémiologique et de veille sanitaire dans le champ des risques professionnels, avec notamment les faits marquants suivants.

Biosurveillance : surveillance de l'imprégnation des travailleurs au plomb

L'introduction de plomb dans l'organisme perturbe un grand nombre de voies métaboliques et de processus physiologiques à l'origine d'effets toxiques principalement au niveau des systèmes nerveux, hématopoïétique, cardiovasculaire mais également au niveau des reins, des poumons et de la thyroïde.

Le plomb est classé en catégorie 2A (probablement cancérigène pour l'homme) par le CIRC et en substance toxique pour la reproduction de catégorie 1 par l'Union européenne.

Environ 130 000 travailleurs sont potentiellement exposés à cette substance en France. Ils font l'objet d'une surveillance médicale particulière dans le cadre de leur activité professionnelle, avec des dosages réguliers de la plombémie. Toutefois, aucune donnée sur les résultats de ces dosages n'est disponible à l'échelle nationale ou populationnelle.

La DGT ainsi que la DGS, *via* le Comité technique plomb, avaient souhaité que soit mis en place un système de centralisation des plombémies professionnelles.

Ce projet s'est inscrit dans l'action 9.2 du Plan cancer 2009-2013, *“Développer des travaux à partir de cohortes existantes ou en cours de constitution – étudier la faisabilité du suivi d'indicateurs biologiques d'exposition des travailleurs notamment des femmes”*. L'exploitation des plombémies professionnelles pour estimer l'imprégnation au plomb des travailleurs, correspondait à l'action 37 *“Étudier les modalités d'utilisation des indicateurs biologiques d'exposition en milieu professionnel et en population générale”* du premier Plan national santé environnement (PNSE) 2004-2008 et s'est intégrée au Plan Biosurveillance préconisé par le PNSE 2 2009-2012 et le Grenelle de l'environnement.

Les objectifs de ce projet sont de :

- suivre l'imprégnation au plomb des travailleurs, à partir des plombémies réalisées en médecine du travail, avec un intérêt particulier pour l'imprégnation des femmes ;

- proposer des recommandations pour la surveillance des travailleurs des secteurs d'activité où les plombémies sont les plus élevées ;
- développer des méthodes d'évaluation des expositions professionnelles, en standardisant le recueil des plombémies professionnelles en médecine du travail ;
- connaître, en vue de la révision de l'arrêté du 15 septembre 1988, la proportion de femmes exposées professionnellement au plomb et ainsi évaluer l'intérêt de fixer des valeurs limites biologiques différentes entre les hommes et les femmes, en prenant également en compte les femmes en âge de procréer.

Ce projet, qui a couvert deux départements pour la phase pilote, Île-de-France et Nord - Pas de Calais, a vocation à réaliser à terme une couverture nationale. L'étude pilote a été lancée à l'automne 2012.

L'année 2013 a été consacrée à la poursuite de l'étude de faisabilité. L'ensemble des médecins du travail, soit environ 2 300 médecins du travail, ont été sollicités pour y participer. Une fiche de suivi, comprenant notamment des informations sur le salarié, son activité professionnelle et le résultat du dosage, doit être adressée à l'InVS pour chaque prescription d'un dosage de plombémie. Ces données anonymées sont exploitées à des fins statistiques. Afin d'estimer l'exhaustivité du système, des listings des dosages de plombémie réalisés chez des adultes ont été demandés aux laboratoires agréés pour le dosage des plombémies des zones pilotes. Afin de mieux sensibiliser les médecins du travail à l'intérêt de cette centralisation, plusieurs réunions de restitution des premiers résultats ont été organisées en 2013.

Le tableau suivant présente quelques résultats préliminaires issus de l'étude de faisabilité. Début 2014, environ 1 600 fiches avaient été reçues, dont 1 300 fiches déjà enregistrées (dont 96 % concernaient des hommes et 4 % des femmes) et correspondant à environ 1 200 salariés. L'âge moyen de ces salariés était de 41 ans. Le tableau suivant permet de comparer quelques résultats préliminaires de cette étude pilote à ceux observés dans l'Étude nationale nutrition santé (ENNS) 2006-2007.

	Plombémies professionnelles	Population générale adultes (ENNS 2006-07)
Plombémie moyenne	83,6 µg/L (♂ = 89,9 µg/L et ♀ = 37,6 µg/L)	26 µg/L (♂ = 30 µg/L et ♀ = 22,1 µg/L)
% plombémies > 100 µg/L	50 % 13 ♂ > 400 µg/L (1,1 %) 1 ♀ > 300 µg/L (1,9 %)	1,7 %

♂ : homme ♀ : femme

L'année 2014 sera consacrée à l'analyse des données de cette étude pilote et à la rédaction d'un rapport de faisabilité. La pertinence et les modalités envisageables pour une extension nationale seront alors discutées.

Le programme de surveillance en santé mentale en lien avec le travail

En 2013, plusieurs actions ont été mises en œuvre par l'InVS en matière de RPS :

- une étude de mise en place d'un dispositif multi-sources de surveillance des suicides en lien avec le travail ;
- une étude des suicides chez les exploitants agricoles affiliés à la MSA ;
- la participation de l'InVS à une nouvelle entité, l'Observatoire national des suicides.

Système multi-sources de surveillance des suicides en lien avec le travail : étude exploratoire

En France, la question des suicides en lien avec le travail est soulevée avec une acuité particulière depuis plusieurs années. Ce phénomène semble s'être amplifié, sans qu'il soit possible, pour l'instant, de le quantifier. L'objectif de cette étude exploratoire est de tester l'utilisation de sources de données existantes françaises (système multi-sources) pour estimer la fréquence des suicides liés au travail et pour les décrire.

L'objectif initial de ce projet était de mettre en place, dans un premier temps, un système d'enregistrement exhaustif des suicides survenant sur le lieu de travail et, dans un second temps, un système d'enregistrement des suicides en lien avec l'activité professionnelle.

L'étude a été conduite en deux étapes : une exploration des sources de données disponibles et pertinentes pour une telle surveillance, puis une étude pilote à l'échelle d'une région.

Six sources de données potentiellement utilisables ont été identifiées, dont quatre considérées comme majeures : les données de mortalité du Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès (CépiDc), les données de réparation au titre des accidents du travail des régimes de Sécurité sociale, les rapports des structures médico-légales et les signalements de l'Inspection du travail.

L'exploration des données et l'étude pilote ont montré que l'accès à ces sources était plus ou moins facile, qu'aucune source n'était exhaustive, et que chacune d'entre elles présentaient des limites différentes (population couverte, absence de centralisation et d'informatisation des données, sous-déclaration...).

Néanmoins, malgré ces limites et ces difficultés, la mise en place d'un système de surveillance pourrait être envisageable. De plus, l'une des sources, les instituts médico-légaux, paraît être particulièrement incontournable. Cependant, le recours à cette source d'information nécessiterait le

développement d'un système d'enregistrement informatique des données, ce qui n'est pas le cas aujourd'hui.

Le rapport de cette étude exploratoire a été publié en octobre 2013.

Étude des suicides chez les exploitants agricoles affiliés à la Mutualité sociale agricole (MSA)

Un excès de risque de décès par suicide a été observé chez les agriculteurs dans plusieurs études françaises et internationales. Dans ce contexte, l'InVS et la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole (CCMSA) se sont associés afin de produire des indicateurs réguliers de mortalité par suicide dans la population des agriculteurs.

Dans un premier temps, la population étudiée est limitée aux chefs d'exploitation et à leurs conjoints collaborateurs, en activité professionnelle.

L'étude porte sur les années 2007, 2008 et 2009. La population étudiée comporte en moyenne 500 164 personnes par an dont 68 % d'hommes et 32 % de femmes.

Durant les trois années, 2 769 décès ont été observés chez les hommes et 997 chez les femmes. Parmi ces décès, l'on a observé 417 suicides chez les hommes (respectivement 130, 146 et 141 en 2007, 2008 et 2009) et 68 chez les femmes (respectivement 19, 27 et 22 en 2007, 2008 et 2009).

Les suicides représentent, sur l'ensemble de la période étudiée, la troisième cause de décès de cette population. La comparaison de la mortalité par suicide des agriculteurs exploitants à celle des hommes du même âge dans la population générale française montre un excès de suicides de 28 % en 2008 et de 22 % en 2009. Cet excès est surtout marqué dans les classes d'âge de 45 à 64 ans et dans les secteurs des filières d'élevage bovins-lait et bovins-viande qui présentent, en 2008 et en 2009, les surmortalités par suicide les plus élevées.

Ces résultats préliminaires ont confirmé la nécessité de poursuivre la surveillance dans cette population.

Ce premier rapport sur la mortalité par suicide des exploitants agricoles, sur la période 2007-2009, en collaboration avec la MSA, a été publié en octobre 2013. La réception par l'InVS des données de la MSA relatives à la période ultérieure, soit 2010-2011, est prévue début 2014 et l'analyse de ces données devrait être réalisée au cours de l'année 2014.

L'Observatoire national des suicides (ONS)

L'Observatoire national des suicides a été créé par décret et lancé le 10 septembre 2013 par la ministre des Affaires sociales et de la Santé, qui le préside. Cet observatoire est rattaché à la Direction de la recherche, de

l'évaluation, des études et des statistiques (DREES). Il s'agit à la fois d'un instrument de connaissance et d'un instrument d'aide à la décision.

En effet, cet observatoire a pour missions :

- de coordonner les différents producteurs de données et d'améliorer le suivi des suicides et des tentatives de suicides ;
- d'améliorer les connaissances sur les facteurs de risque et les mécanismes conduisant aux suicides et aux tentatives de suicides afin d'améliorer la prévention ;
- de promouvoir et de valoriser les dispositifs de collecte, de suivi et d'alerte sur le suicide en participant à la diffusion des résultats et en facilitant l'accès aux bases de données ;
- d'évaluer l'effet des politiques publiques en matière de prévention du suicide et des tentatives de suicides ;
- de produire des recommandations, notamment en matière de prévention.

L'ONS est composé de deux groupes de travail : le groupe "Recherche" piloté par la DREES, et le groupe "Surveillance", piloté par l'InVS. Dans le cadre des travaux conduits par ces deux groupes, la question des suicides en lien avec le travail est régulièrement abordée.

Les réseaux de médecins du travail

La surveillance des Maladies à caractère professionnel

En 2003, le programme de surveillance des Maladies à caractère professionnel (Réseau MCP) a poursuivi son activité, qui avait débuté dès l'année 2002.

En 2013, 13 régions ont participé au programme : Alsace, Aquitaine, Auvergne, Bretagne, Centre, Franche-Comté, Limousin, Lorraine, Midi-Pyrénées, Nord - Pas de Calais, Pays de la Loire, Picardie et Poitou-Charentes.

L'objectif est de recueillir, grâce à un protocole standard, les MCP rencontrées en médecine du travail sur des périodes de 15 jours, deux fois par an.

Des prévalences des pathologies, par sexe, par secteur d'activité et par catégorie sociale sont estimées chaque année au niveau régional et au niveau national. Plusieurs plaquettes de présentation des résultats régionaux de quinzaines de 2011 ou de 2012 ont été éditées en 2013, résultats qui concernaient les régions suivantes : Alsace, Aquitaine, Bretagne, Centre, Franche-Comté, Île-de-France, Limousin, Midi-Pyrénées, Pays de la Loire, Picardie et Poitou-Charentes. Il est à noter que les régions PACA et Île-de-France n'ont pas contribué au programme en 2013, faute de moyens.

En juin 2013, l'InVS a publié les résultats d'une étude spécifique, consacrée à la sous-déclaration des troubles musculo-squelettiques (TMS), étude réalisée à partir des données 2009 du programme MCP, dans dix régions françaises.

La surveillance des troubles musculo-squelettiques

Le laboratoire d'ergonomie et d'épidémiologie en santé au travail (LEEST) de l'université d'Angers, dirigé par le Professeur Yves Roquelaure, est depuis février 2007 une unité associée à l'InVS. Cette unité associée est chargée, en partenariat avec le département santé-travail de l'InVS, de mettre en œuvre une surveillance périodique des TMS dans les Pays de la Loire, en population générale et en entreprises, de développer des méthodes de surveillance épidémiologique des TMS et de conduire des travaux de recherche sur les TMS.

Concernant la cohorte "Cosali", les 3 710 salariés inclus au cours de la phase pilote entre 2002 et 2004 (volet "surveillance des salariés en entreprise") ont été réinterrogés par auto-questionnaire et revus pour un certain nombre d'entre eux par leur médecin du travail entre 2007 et 2009.

Ce suivi, baptisé cohorte "Cosali" (COhorte SALariés LIgériens), a produit des résultats sur le devenir médical et socioprofessionnel des salariés.

Cette étude a en particulier montré que, comparés aux salariés asymptomatiques lors de la phase pilote, les salariés ayant présenté des TMS étaient deux fois plus souvent en inactivité professionnelle, et les salariés qui avaient présenté un TMS du membre supérieur étaient trois fois plus souvent en invalidité.

Ces résultats, qui montrent l'impact des TMS dans la sortie prématurée de l'activité professionnelle, sont parus dans plusieurs publications dont, une dans une revue internationale à comité de lecture en 2013.

Le programme TMS inclut une surveillance de pathologies traceuses en population générale. Ainsi, l'expérimentation de la surveillance de la hernie discale opérée en lien avec l'activité professionnelle conduite dans le département de la Loire-Atlantique s'est révélée positive. Son extension à l'ensemble des départements des Pays de la Loire a débuté en 2009. En 2010, plus de 3 000 questionnaires ont été envoyés aux patients opérés en 2007-2008, avec un taux de réponse très satisfaisant de 67 %.

Les analyses des données ont été réalisées en 2012-2013. Des premiers résultats ont été présentés au congrès international PREMUS en 2013. Un article est en préparation.

Cette étude permet, grâce à des effectifs importants de sujets, de fournir, pour cette pathologie traceuse des rachialgies, des fractions

de risque attribuables au travail, par secteur d'activité et par catégorie socioprofessionnelle.

L'autre pathologie surveillée dans le cadre de ce volet en population générale est le syndrome du canal carpien opéré, traceur des TMS du membre supérieur.

Les études de la phase pilote ont fait l'objet de nombreuses publications et communication. Elles ont permis de mettre au point un protocole allégé, qui nécessite l'accord des équipes chirurgicales mais ne mobilise pas leur temps de travail.

Cette surveillance, étendue à l'ensemble de la région des Pays de la Loire, devrait ainsi pouvoir se répéter périodiquement. Elle permettra de répondre, avec des effectifs plus importants de sujets, davantage représentatifs de la population opérée d'un syndrome du canal carpien, à la question du poids de l'activité professionnelle dans la survenue de cette pathologie.

La surveillance des expositions professionnelles

Le portail EXP-PRO

L'évaluation des expositions professionnelles est un aspect central en épidémiologie des risques professionnels, qu'il s'agisse de surveillance ou de mise en évidence de facteurs de risque dans le cadre de recherches épidémiologiques.

Concernant l'évaluation des expositions d'origine professionnelle, le portail EXP-PRO, dédié aux outils spécifiques d'évaluation des expositions professionnelles et de codage des professions, a été mis en ligne au début de l'année 2012 (<http://www.exppro.fr>).

Ce portail a pour objectif de mettre à disposition de divers types de professionnels de santé, de la prévention ou de la réparation des maladies professionnelles (médecins du travail, préventeurs en santé et sécurité au travail, médecins généralistes, etc.), les outils spécifiques de l'évaluation de l'exposition professionnelle développés par le Département santé au travail (DST) de l'InVS et ses partenaires. Ces outils se composent :

- des matrices emplois-expositions élaborées dans le cadre du programme Matgéné (19 nuisances pour lesquelles l'évaluation est historisée depuis 1950) ;
- des matrices Sumex2, élaborées par l'InVS à partir des données de SUMER 2003 (92 nuisances évaluées pour l'année 2003) ;
- des bases de données documentaires sur l'exposition aux fibres d'amiante et aux fibres minérales artificielles (programme Ev@lutil) ;
- de l'outil d'aide au codage des professions et des secteurs d'activité (CAPS), qui propose une aide au codage pour différentes nomenclatures

nationales (PCS/NAF) et internationales (CITP/CITI) des emplois (http://www.invs.sante.fr/surveillance/codage_emplois/default.htm) ;

- des tables de passage entre nomenclatures pour les professions et les secteurs d'activité.

La base Ev@lutil

Le programme Ev@lutil est constitué par un ensemble de bases de données accessibles sur Internet, relatives à l'évaluation et à la caractérisation des expositions professionnelles aux fibres d'amiante et aux fibres minérales artificielles (FMA). La responsabilité scientifique d'Ev@lutil est partagée avec le Laboratoire santé travail environnement (LSTE) de l'Institut de santé publique, d'épidémiologie et de développement (Isped) de l'université Bordeaux Segalen.

En 2013, la base Ev@lutil, en accès libre sur Internet, notamment depuis le portail EXP-PRO, en français et en anglais, a continué à intéresser majoritairement les médecins du travail, les hygiénistes industriels et les professionnels du désamiantage. Actuellement, les bases documentaires sont composées, d'une part, de 752 dossiers pour l'amiante, soit 2 486 documents regroupant 2 651 métrologies et 184 dossiers, et, d'autre part de 940 documents et de 2 447 métrologies pour les FMA. En 2012, les données amiante analysées en META (microscopie électronique à transmission analytique) de la campagne de prélèvement du ministère chargé du Travail avaient été récupérées en vue de leur enregistrement en 2013 (près de 300 prélèvements).

Concernant les matrices emplois-expositions fibres élaborées dans le cadre du programme Matgéné de l'InVS, elles permettent de consulter l'exposition moyenne à ces nuisances pour tous les emplois possibles. Pour les Fibres Céramiques Réfractaires, 165 655 emplois-périodes ont été évalués comme exposés, environ 200 000 pour les laines minérales, et plus d'un million pour l'amiante.

En collaboration avec le Credim⁽¹⁶⁾ du Centre Inserm⁽¹⁷⁾ U897 de l'Isped de l'université de Bordeaux Segalen, la restructuration de la page d'accueil a été poursuivie en vue de l'extension aux particules nanométriques.

Le développement de la base documentaire relative aux particules nanométriques manufacturées (nanomatériaux) et émises non intentionnellement (particules ultrafines) est en cours de finalisation. Parallèlement, l'analyse des dossiers concernant les particules nanométriques manufacturées et non intentionnelles a été poursuivie.

Ev@lutil sera la première base de données française sur Internet à cibler les expositions professionnelles aux particules nanométriques, non intentionnelles et manufacturées. Les premiers documents relatifs à cette thématique

16) Centre de recherche et développement en informatique médicale.

17) Institut national de la santé et de la recherche médicale.

ont déjà été mis en ligne, l'alimentation de cette base de données se poursuivra au cours de l'année 2014 et ce d'autant plus que les publications sur l'exposition aux particules nanométriques deviennent nombreuses.

Le programme Matgéné

Le programme Matgéné s'est inscrit dans le développement de méthodologies et la mise en place d'outils structurants pour développer la connaissance et la surveillance des risques professionnels (axe 4.1 du Contrat d'objectifs et de performance de l'InVS). Il est également inscrit dans l'axe 1, objectif 2, action 5 du deuxième Plan santé au travail.

Le programme Matgéné a pour objectif de développer des matrices emplois expositions (MEE), associant à l'ensemble des emplois et activités français depuis les années 1950 des indices d'exposition (probabilité et niveau) pour chaque emploi, à une période donnée, à un certain nombre de facteurs de risques pour la santé. Ces MEE sont des outils spécifiquement adaptés à la situation française, actuelle et passée, et incluent une évaluation semi-quantifiée des niveaux d'exposition moyens (repérés en référence aux Valeurs limites d'exposition) rencontrés dans la population de travailleurs d'un métier ou d'un secteur donné, à une époque donnée. Chaque MEE réalisée est consacrée à une nuisance professionnelle, qui peut être de nature chimique, biologique, physique ou de type contraintes organisationnelles.

Ces outils, appliqués à des données professionnelles de la population française (recensements, échantillons d'histoires professionnelles, etc.) permettent de suivre les risques professionnels grâce à divers indicateurs : prévalence d'exposition à un produit donné, par région, tranche d'âge, secteur d'activité, dans une population spécifique, évaluation des parts de pathologies attribuables à cette exposition, etc. Ces outils sont immédiatement mis à disposition dans un portail spécifique dédié, le portail Internet Exp-Pro.

Chaque matrice réalisée s'accompagne d'un guide technique décrivant les paramètres de l'exposition professionnelle à la nuisance d'intérêt et les modalités d'élaboration de la matrice. Les données de prévalence sont synthétisées dans une plaquette. Les matrices et chacun des documents d'accompagnement sont consultables gratuitement par chacun, professionnels de terrain, préventeurs, chercheurs, etc., sur le portail Internet Exp-Pro <http://www.exppro.fr>

En 2013, a été élaborée une matrice d'exposition aux solvants oxygénés (hors éthers de glycol). En pratique, cinq matrices en version CITP x NAF et en version PCS x NAF spécifiques des alcools, des cétones et esters, de l'éthylène glycol, de l'éther diéthylique et du THF, ainsi qu'une matrice concernant l'évaluation à au moins l'un de ces solvants, ont été construites et validées.

Des prévalences d'exposition dans la population des travailleurs en France, en 2007 et sur l'ensemble de leurs carrières professionnelles, sont présentées dans les documents d'accompagnement de ces matrices. Ces documents (guide technique et plaquette), en cours de finalisation, devraient être publiés au cours de l'année 2014.

Une matrice d'exposition aux particules ultrafines est en cours de réalisation, en collaboration avec l'Essat⁽¹⁸⁾, équipe associée en santé travail entre l'InVS et le Laboratoire santé travail environnement de l'Isped⁽¹⁹⁾ de l'université de Bordeaux.

De plus, une matrice d'exposition au bruit est en cours de construction, en collaboration avec l'Umrestte (Unité mixte de recherche épidémiologique et de surveillance en transport, travail et environnement) entre l'université Claude Bernard de Lyon et l'Institut français des sciences et technologies des transports, de l'aménagement et des réseaux (Ifsttar).

Le programme Matphyto

Les produits phytosanitaires représentent un groupe de produits extrêmement diversifiés en type de substances, type de risques pour la santé, type d'utilisation en fonction des cultures et des époques.

Le développement d'outils fins d'aide à la connaissance des produits phytosanitaires utilisés dans l'agriculture passe donc par la création de matrices cultures-expositions spécifiques incluant, au-delà de la seule connaissance des intitulés de métiers agricoles, les cultures pratiquées, les régions et une historisation très précise due à la mise sur le marché intensive et continue de nouvelles molécules de pesticides à partir des années 1970.

Le programme Matphyto de l'InVS a pour objectif de développer, pour chacune des principales cultures agricoles françaises, des matrices cultures-expositions qui décrivent l'utilisation des grands types de produits phytosanitaires (herbicides, insecticides, fongicides, etc.), déclinés par grandes familles chimiques (phytohormones de synthèse, organophosphorés, etc.) et en un certain nombre de produits présentant un risque particulier (DDT, arsénite de sodium, etc.).

Concernant les matrices, les indicateurs d'exposition des matrices maïs, pommes de terre et céréales à paille ont été recueillis. Leur mise en forme pour une publication est en cours.

Ces matrices permettront un apport de connaissances sur l'utilisation rétrospective des pesticides en milieu agricole et sa mise en lien avec certaines pathologies. Elles seront utilisées en interne pour l'évaluation des expositions aux pesticides dans le programme "Coset" (*cf. infra*), et pour

18) École supérieure privée des sciences appliquées et de la technologie privée de Gabès.

19) Institut de santé publique, d'épidémiologie et de développement.

l'estimation des prévalences d'exposition dans la population agricole. Elles seront aussi un outil d'aide à la reconstitution des expositions passées par les médecins du travail.

En collaboration avec l'Association de coordination technique agricole (Acta), qui est l'organisme à la tête du réseau des Instituts techniques agricoles, un index historique par usage des substances actives phytosanitaires homologuées en France depuis 1961 a été réalisé. Cette base de données était inexistante en France. Plus de 1 000 substances actives, fongicides, insecticides ou herbicides, ont été traitées. Plus d'un millier de fiches synthétiques par substance, une base de données et son interface informatique, ont été réalisées. Les données, disponibles en interne, seront mises en ligne gratuitement. Elles seront accessibles à l'ensemble de la communauté scientifique (épidémiologistes, médecins, agronomes, etc.) et au public (associations de victimes, agriculteurs, salariés, etc.).

D'autre part, une réflexion sur l'application des matrices sur des échantillons de population ainsi que dans un système d'information géographique en lien avec des données populationnelles, est engagée. Enfin, l'InVS a participé à l'expertise collective Inserm "*Pesticides et santé*", dont les résultats ont été présentés à l'Assemblée nationale le 13 juin 2013 et dont les conclusions ont été reprises par les scientifiques et les médias. Le département santé-travail participe également au groupe de travail de l'Anses "Travailleurs agricoles et pesticides".

L'outil centralisateur AT-MP

L'outil centralisateur national des AT-MP permettra, une fois qu'il sera en fonctionnement :

- la production régulière d'indicateurs nationaux de surveillance des accidents du travail et des accidents de trajet domicile travail, tous régimes de Sécurité sociale confondus ;
- la mise en forme des fichiers de données sur les accidents du travail que la France doit transmettre à Eurostat.

S'agissant des maladies professionnelles, les données de réparation doivent être distinguées des données de surveillance, afin notamment de tenir compte des phénomènes de sous-déclaration (cf. les travaux de la commission Diricq).

Au 1^{er} semestre 2013, le DST a communiqué à la DGS des informations nécessaires à la prise de décisions sur le dossier (en particulier, une note sur les données optimales à intégrer dans l'outil centralisateur et une note sur la proposition d'un plan d'actions pour la construction de l'outil centralisateur). En milieu d'année, des ébauches de solution sur le financement de l'outil sont apparues, qui ouvrent la voie à la construction effective de l'outil centra-

lisateur. Aucune décision n'a été prise sur le sujet par les pouvoirs publics en 2013. En l'absence d'un outil centralisateur, un nouveau jeu de données AT-MP issu des trois régimes a été collecté (données 2008 à 2012 du régime général), afin de permettre transitoirement la production de données sur les accidents de travail.

Enfin, un rapport sur la mise au point d'indicateurs nationaux sur les accidents de circulation liés au travail a été finalisé en 2013, avec une mise en ligne effective au début de l'année 2014.

Le programme Coset

Le programme Coset (Cohorte pour la surveillance épidémiologique en lien avec le travail) mis en œuvre par le département santé-travail, se poursuit. En 2013, les analyses de l'étude pilote Coset-MSA ont été poursuivies comme prévu, et l'extension nationale de la cohorte, prévue en 2014, a été préparée.

Pour la partie de ce programme concernant les affiliés au Régime social des indépendants (RSI), l'activité en 2013 a consisté en la collecte et la saisie des questionnaires de l'étude pilote cohorte-RSI et en la constitution de la base de données de cette étude. Les actions en partenariat étroit avec l'équipe de la cohorte Constances s'est poursuivi en 2013.

Ce programme permettra dans les prochaines années un suivi longitudinal des travailleurs. (cf. le site <http://www.coset.fr>).

Les Groupes d'alerte en santé travail (Gast)

La mise en place des dispositifs des Groupes d'alerte en santé travail (Gast), permet de favoriser la culture du signalement pour les pathologies susceptibles d'être d'origine professionnelle, de proposer une méthode permettant une réponse concertée et collégiale entre les différentes institutions et de contribuer au repérage d'éventuels risques émergents.

Il s'agit d'organiser la réponse aux signalements par la mise en œuvre d'un dispositif, définissant les procédures permettant à tous les acteurs concernés de partager l'information, *via* les cellules de veille, d'alerte, et de gestion sanitaire des Agences régionales de santé (ARS), points focaux de réception des signaux. Ces acteurs sont les médecins inspecteurs régionaux du travail des DIRECCTE, les médecins des Consultations de pathologies professionnelles (CPP), les cellules de l'InVS en région, et le Département santé travail de l'InVS.

Ce dispositif est installé dans huit régions : Aquitaine, Auvergne, Basse-Normandie, Languedoc-Roussillon, Lorraine, Midi-Pyrénées, Nord - Pas de Calais et Pays de la Loire. En 2013, une nouvelle région a bénéficié de ce dispositif, la Basse-Normandie.

5. L'INSTITUT DE RADIOPROTECTION ET DE SÛRETÉ NUCLÉAIRE (IRSN)

5.1. LA CONVENTION AVEC LA DGT

Compte tenu de la spécificité des risques liés aux rayonnements ionisants et de l'expertise requise pour garantir la pertinence technique des mesures de prévention des risques professionnels dans ce domaine, que ce soit en situation normale ou en cas d'urgence radiologique, le ministère chargé du Travail s'appuie sur les compétences de l'IRSN en matière de radioprotection.

Les missions de concours et d'appui technique apportées au ministère chargé du Travail ainsi que les travaux et expertises correspondants sont définis dans une convention établie entre la Direction générale du travail (DGT) et l'Institut.

Elle couvre notamment les domaines suivants :

1. Concours technique en application de dispositions du Code du travail :

- surveillance radiologique de l'exposition des travailleurs, incluant la gestion et l'exploitation du système d'information de l'exposition des travailleurs aux rayonnements ionisants (SISERI) ;
- dans un cadre interministériel, gestion et exploitation de l'inventaire des sources de rayonnements ionisants relatives aux mouvements des sources radioactives à l'aide de l'outil SIGIS ;
- organisation de l'examen du certificat d'aptitude à manipuler des appareils de radiologie industrielle (CAMARI) ;
- élaboration d'un rapport relatif à la radioprotection des travailleurs, notamment pour ce qui concerne leur exposition aux rayonnements ionisants ;
- élaboration d'avis sur les arrêtés d'application du Code du travail.

2. Appui technique :

- définition de doctrines en matière de radioprotection des travailleurs, notamment à destination de l'Inspection du travail ;
- élaboration de textes normatifs et de leurs circulaires ou guides d'application ;
- définition de doctrines relatives aux situations d'accident, d'urgence radiologique ou de situations post-accidentelles et d'appui opérationnel ;
- réalisation d'une veille en matière de radioprotection des travailleurs, notamment par la mise en œuvre d'un processus de retour d'expérience issu notamment des événements radiologiques déclarés en France et à l'étranger.

3. Information ou formation concernant :

- la radioprotection des travailleurs auprès des membres des commissions paritaires consultatives chargées des questions relatives à la prévention des risques professionnels ;
- les travaux internationaux et nationaux auxquels participe l'IRSN dans le domaine de la radioprotection des travailleurs auprès des instances ou des services compétents.

L'IRSN intervient également dans le dispositif d'agrément des organismes de dosimétrie et dans la mise en place d'un nouveau service d'évaluation dosimétrique (SIEVERTPN) dédié aux personnels navigants.

La convention entre la DGT et l'IRSN est actuellement en cours de renouvellement pour la période 2014-2018.

5.2. LE BILAN DES ACTIVITÉS DE L'IRSN EN 2013

L'inventaire des sources de rayonnements ionisants (SIGIS)

Dans le cadre de ses missions de veille permanente en radioprotection, l'IRSN gère un système d'information dénommé SIGIS, à partir duquel est extrait périodiquement un état des déclarations ou des autorisations de détention des sources radioactives sur le territoire national.

Ces données, utiles aux inspecteurs du travail pour l'exercice de leur mission de contrôle, sont transmises une fois par an aux directeurs régionaux des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi.

Depuis janvier 2012, l'IRSN s'est engagé dans un projet de rénovation de SIGIS. La nouvelle version du système d'information SIGIS sera mise en production au cours de l'année 2014.

Elle intégrera, comme prévu, un accès pour les inspecteurs du travail aux données de SIGIS *via* l'application en ligne. Cette connexion permettra d'obtenir des listes synthétiques de dossiers sous format .pdf dans une zone géographique donnée (par département, groupe de départements, région, etc.).

Système d'information de la surveillance de l'exposition aux rayonnements ionisants (SISERI)

L'exposition aux rayonnements ionisants peut être évaluée individuellement tout au long de la vie professionnelle.

Ainsi, le Code du travail dispose que tout travailleur susceptible d'être exposé aux rayonnements ionisants bénéficie d'une surveillance dosimétrique adaptée.

Celle-ci s'effectue par la mesure des doses individuelles externes et, le cas échéant, par l'évaluation des doses internes.

Le ministère chargé du Travail a chargé l'IRSN de centraliser, consolider et conserver l'ensemble des données individuelles relatives à la surveillance dosimétrique des travailleurs. À cette fin, l'IRSN exploite, depuis sa mise en service le 15 février 2005, le système d'information de la surveillance de l'exposition aux rayonnements ionisants (SISERI), conformément aux dispositions réglementaires prévues par le Code du travail.

Ce système permet de mieux appréhender la réalité de l'exposition des travailleurs par des analyses statistiques et de veiller au respect des limites réglementaires de dose. Il met également à disposition des principaux acteurs de la radioprotection dans les entreprises, personnes compétentes en radioprotection (PCR) et médecins du travail, les résultats de la surveillance dosimétrique individuelle auxquels ils peuvent accéder, selon les termes de la réglementation.

Au cours de l'année 2012, 2,2 millions de valeurs de dosimétrie passive et 9,8 millions de valeurs de dosimétrie opérationnelle ont été enregistrées dans SISERI, respectivement par les laboratoires de dosimétrie externe et par les PCR d'établissements ayant signé le protocole d'accès à SISERI avec l'IRSN. La progression du nombre de personnes ayant une clé d'accès au système est régulière depuis sa mise en service et près de 5 600 PCR et 3 000 MDT avaient accès à SISERI à la fin de l'année 2012.

Depuis le début de l'année 2013, SISERI fait l'objet d'un chantier d'évolutions fonctionnelles majeures afin de répondre à l'intégralité des nouvelles fonctions qui lui sont assignées par l'arrêté du 17 juillet 2013 relatif à la carte de suivi médical et au suivi dosimétrique des travailleurs exposés aux rayonnements ionisants, dont l'entrée en vigueur est fixée au 1^{er} juillet 2014. Elles s'inscrivent dans le cadre du Plan Santé au travail 2010-2014 (objectif n° 2, action n° 5) et visent à élargir l'utilisation et la pertinence de la base de données SISERI pour des études statistiques et épidémiologiques, notamment par l'enregistrement systématique, en association avec les données dosimétriques, d'informations sur l'activité du travailleur et son statut d'emploi, notamment.

SISERI deviendra, au terme de ces évolutions, un outil beaucoup plus performant pour la connaissance des expositions professionnelles aux rayonnements ionisants.

Le Certificat d'aptitude à la manipulation d'appareils de radiologie industrielle (CAMARI)

L'examen du CAMARI (Certificat d'aptitude à la manipulation d'appareils de radiologie industrielle) est organisé depuis 2008 par l'IRSN dans le cadre

de son appui technique au ministère chargé du Travail. En 2012, l'effectif des candidats a connu un accroissement important. En effet, si le nombre de candidats aux épreuves écrites⁽²⁰⁾ n'est qu'en légère augmentation, celui des candidats aux épreuves orales⁽¹⁴⁾ initiales ou de renouvellement est en forte croissance (+ 35 % entre 2011 et 2012). Ainsi, en 2012, l'IRSN a accueilli 786 candidats (dont 367 pour un oral) et a délivré 435 certificats.

Le taux de réussite est en augmentation par rapport à l'année précédente, avec en particulier une progression très significative pour les écrits option gammagraphie (+ 19 %), avec un taux record de 81 % de réussite.

Cette augmentation révèle une amélioration de la préparation des candidats aux épreuves même s'il reste encore des progrès à accomplir, notamment, pour l'écrit. L'on relève globalement une meilleure prise de conscience des risques encourus. Comme les années précédentes, le taux d'échec à cette épreuve écrite reste fortement lié à la qualité de la formation dispensée aux candidats par les organismes de formation mais aussi à la motivation de ces candidats. Trop de candidats s'inscrivent encore à plusieurs options alors qu'ils ne sont réellement intéressés que par une seule.

Un retour d'expérience de ces quatre premières années d'organisation du CAMARI a été effectué début 2013, réunissant tous les acteurs concernés (autorités, donneurs d'ordre, opérateurs de la radiographie industrielle, organismes de formation et IRSN), afin d'initier une réflexion sur une meilleure adaptation du contenu de l'examen ainsi que sur d'éventuelles évolutions du contexte réglementaire.

L'IRSN poursuivra ses efforts d'adaptation des moyens consacrés à l'examen CAMARI pour en assurer la pérennité et la qualité, notamment en augmentant le nombre de personnes susceptibles de participer aux jurys des épreuves orales. Il faut noter qu'une augmentation des tarifs de l'examen, découlant directement des coûts de sa mise en œuvre, a pris effet au 1^{er} janvier 2013.

L'intervention dans le dispositif d'agrément des organismes de dosimétrie

Les mesures individuelles de l'exposition des travailleurs sont assurées par les laboratoires de l'IRSN ou par des organismes de dosimétrie agréés par l'Autorité de sûreté nucléaire (ASN). Conformément aux dispositions du Code du travail, l'IRSN assure deux missions importantes dans le processus d'agrément de ces organismes :

- émettre un avis sur l'adéquation des matériels et des méthodes de dosimétrie de ces organismes pour la surveillance individuelle des travailleurs ;

²⁰⁾ Les épreuves écrites et orales de l'examen du CAMARI sont précisées dans l'arrêté du 21 décembre 2007 définissant les modalités de formation et de délivrance du certificat d'aptitude à manipuler les appareils de radiologie industrielle (CAMARI).

- organiser régulièrement des inter-comparaisons avec ceux-ci pour vérifier la qualité des mesures.

Ces deux actions permettent *in fine* à l'ASN de se prononcer sur les demandes d'agrément des organismes et contribuent à garantir la qualité des données d'exposition recueillies ultérieurement dans le système SISERI. Au cours des trois premiers trimestres de 2013, l'IRSN a rendu 14 avis ou compléments d'avis.

S'agissant des exercices d'inter-comparaisons, une intercomparaison des mesures anthroporadiométriques du corps entier concernant les installations des services de santé au travail d'EDF (centrales nucléaires) a été mise en place par l'Institut en 2013, et une inter-comparaison concernant les mesures anthroporadiométriques pulmonaires est actuellement en cours.

Une inter-comparaison concernant des analyses radiotoxicologiques est organisée chaque année. En 2013, l'inter-comparaison a mobilisé onze participants, parmi lesquels le SPRA, les services de santé au travail du CEA, du CEA-DAM, d'AREVA et d'EDF. Elle a porté sur le dosage du tritium, du carbone 14 et des actinides dans des échantillons urinaires. Concernant la dosimétrie externe passive, une inter-comparaison a également été menée entre la fin de l'année 2012 et le début de l'année 2013. Neuf laboratoires (parmi lesquels AREVA, le CNRS, LANDAUER EUROPE) y ont participé et plus de 300 dosimètres (poitrine et extrémités) ont été irradiés avec des rayonnements photons, bêtas et neutrons, au sein des installations de référence de Fontenay-aux-Roses et de Cadarache.

La dosimétrie des personnels navigants

L'IRSN met actuellement en place un nouveau service d'évaluation dosimétrique SIEVERTPN dédié aux personnels navigants.

Depuis 2001, l'IRSN propose aux compagnies aériennes un système informatisé d'évaluation, par vol, de l'exposition au rayonnement cosmique dans les transports aériens (SIEVERT). Ce système fournit une information dosimétrique par vol, les compagnies aériennes ayant la charge de renseigner la présence des personnels navigants sur chaque vol afin d'attribuer une dose individuelle pour répondre aux obligations réglementaires et permettre d'alimenter le registre national SISERI.

Un nouveau service SIEVERTPN permettra aux personnels navigants de bénéficier des mêmes procédures de surveillance que celles mises en œuvre pour les autres travailleurs exposés aux rayonnements ionisants, conformément aux dispositions réglementaires (arrêté du 17 juillet 2013 relatif à la carte de suivi médical et au suivi dosimétrique des travailleurs exposés aux rayonnements ionisants). En pratique, le calcul sera entièrement effectué au travers de l'application SIEVERTPN (moyennant la connaissance des

données de vol et de présence du personnel fournies par les compagnies aériennes), interfacée avec l'application SISERI pour la transmission des données dosimétriques individuelles.

SIEVERTPN sera disponible à partir de juillet 2014.

L'élaboration et l'aménagement des textes réglementaires

L'Institut a délivré en 2013 un avis sur le projet d'arrêté relatif aux modalités de formation de la personne compétente en radioprotection et de certification des organismes de formation, ainsi qu'un avis relatif à la prise en charge, au titre de la réglementation des accidents du travail, des salariés exposés à des rayonnements ionisants au cours d'une mission à l'étranger.

5.3. LE BILAN DES EXPOSITIONS DES TRAVAILLEURS

La présentation au Conseil d'orientation sur les conditions de travail (COCT)

Chaque année, le bilan annuel de la surveillance des expositions professionnelles aux rayonnements ionisants, dont les principaux résultats pour l'année 2012 sont décrits ci-après, est présenté par l'Institut à la Commission spécialisée n° 2 du COCT.

Le bilan des expositions des travailleurs en 2012

L'IRSN est réglementairement en charge d'établir un bilan annuel de l'exposition des travailleurs aux rayonnements ionisants. Ce bilan porte sur l'ensemble des travailleurs des secteurs d'activités civiles soumises à un régime d'autorisation ou de déclaration en application du Code de la santé publique (domaine nucléaire, industrie non nucléaire, applications médicales et vétérinaires, recherche) et du secteur de la défense. Il porte également sur les personnels navigants, exposés en vol aux rayonnements cosmiques, et sur les travailleurs exposés à la radioactivité naturelle renforcée.

Les principaux éléments de ce bilan sont rapportés ci-dessous, le rapport complet étant disponible sur le site Internet de l'Institut⁽²¹⁾.

Bilan de la surveillance de l'exposition externe des travailleurs des secteurs d'activités civiles ou militaires soumises à un régime d'autorisation ou de déclaration

Le bilan 2012 a été établi à partir des bilans synthétiques fournis à l'IRSN par son propre laboratoire de dosimétrie externe passive et par les laboratoires de dosimétrie agréés.

21) <http://www.irsn.org>

Il porte sur les effectifs des travailleurs surveillés dans les différents secteurs d'activité professionnelle sur les doses collectives⁽²²⁾ et les doses individuelles moyennes⁽²³⁾ correspondantes ainsi que sur la répartition des travailleurs par classe de dose. L'effectif surveillé par chaque laboratoire inclut tout porteur d'au moins un dosimètre entre le 1^{er} janvier et le 31 décembre 2012.

En 2012, 354 665 travailleurs ont fait l'objet d'un suivi. Cet effectif a augmenté de 2,8 % par rapport à 2011, ce qui confirme les tendances observées les années précédentes (+ 7,3 % en 2005, + 1,5 % en 2006, + 5,7 % en 2007, + 4,3 % en 2008, + 4,1 % en 2009, + 3,6 % en 2010 et + 4,0 % en 2011).

Dans le même temps, la dose collective est passée à 62,35 homme.Sv, soit une baisse de 2,9 % par rapport à l'année précédente. Cette tendance est variable d'une année sur l'autre (+ 9,1 % en 2007, + 4,9 % en 2008, + 10,2 % en 2009, - 5,0 % en 2010 et + 2,9 % en 2011), traduisant principalement des différences d'activité dans le domaine nucléaire liées aux calendriers de mise en œuvre de travaux de grande ampleur sur les installations.

En 2012, 3,9 % des travailleurs, tous secteurs confondus, ont reçu des doses individuelles supérieures à 1 mSv. Cette proportion est stable par rapport à 2011 (4,1 %). La part des effectifs pour lesquels la dose annuelle est supérieure au seuil d'enregistrement est de 20,6 %, ce qui est également proche de celle observée en 2011 (21,3 %).

Le tableau 1 ci-après détaille ces données pour les grands domaines d'activité professionnelle, en indiquant également la dose individuelle moyenne et la répartition des effectifs par classe de dose, dont l'effectif ayant dépassé la limite annuelle réglementaire.

22) La dose collective est la somme des doses individuelles reçues par un groupe de personnes. À titre d'exemple, la dose collective de 10 personnes ayant reçu chacune 1 mSv est égale à 10 homme.mSv.

23) Les doses individuelles moyennes (= dose collective / effectif surveillé) calculées pour chaque secteur doivent être comparées avec prudence du fait de la grande diversité des effectifs surveillés.

Bilan synthétique des doses externes passives – 2012 et 2011

Domaine d'activité	Effectif surveillé		Dose collective (homme.Sv)		Dose individuelle moyenne sur l'effectif total ^(a) (mSv)		Dose individuelle moyenne sur l'effectif exposé ^(b) (mSv)	
	2012	2011	2012	2011	2012	2011	2012	2011
Utilisations médicales et vétérinaires	220 638	214 432	18,28	20,51	0,08	0,1	0,49	0,54
Nucléaire	70 456	68 334	25,01	25,12	0,35	0,37	1,16	1,18
Usages industriels	34 597	32 190	17,52	16,87	0,5	0,52	1,54	1,6
Recherche ^(c)	14 620	14 601	0,46	0,67	0,03	0,05	0,33	0,47
Autres ^(d)	14 354	14 421	1,08	1,08	0,08	0,07	0,62	0,61
Total	354 665	343 988	62,35	64,24	0,18	0,19	0,85	0,88

Répartition des effectifs par classes de dose												
Domaine d'activité	< seuil		du seuil à 1 mSv		de 1 à 6 mSv		De 6 à 15 mSv		de 15 à 20 mSv		> 20 mSv	
	2012	2011	2012	2011	2012	2011	2012	2011	2012	2011	2012	2011
Utilisations médicales et vétérinaires	183 609	176 230	33 933	34 643	2 819	3 168	254	367	11	16	12	8
Nucléaire	48 918	47 050	14 881	14 773	5 912	5 767	740	749	4	4	1	1
Usages industriels	23 240	21 669	7 398	6 821	3 144	2 932	808	757	6	9	1	2
Recherche ^(c)	13 231	13 170	1 343	1 371	44	58	2	1	0	0	0	1
Autres ^(d)	12 623	12 601	1 494	1 625	227	181	9	13	1	1	0	0
Total	281 621	270 720	59 049	59 233	12 146	12 106	1 813	1 887	22	30	14	12

(a) Dose individuelle moyenne sur l'effectif total = dose collective / effectif total surveillé.

(b) Dose individuelle moyenne sur l'effectif exposé = dose collective / effectif surveillé pour lequel la dose est supérieure au seuil d'enregistrement.

(c) Le domaine de la recherche inclut la recherche médicale, les activités au sein des installations de recherche liées au nucléaire, la recherche (autre que médicale et nucléaire) et l'enseignement.

(d) La catégorie "Autres" regroupe les secteurs d'activité suivants : la gestion des situations de crise, l'inspection et le contrôle, les activités à l'étranger, les activités de transports de sources dont l'utilisation n'est pas précisée ainsi que les activités non classées d'après la nomenclature figurant dans l'arrêté du 17 juillet 2013, relatif à la carte de suivi médical et au suivi dosimétrique des travailleurs exposés aux rayonnements ionisants. Le secteur des activités à l'étranger n'est encore que peu identifié en termes de classification des travailleurs, avec la difficulté supplémentaire dans le cadre du bilan annuel que les activités à l'étranger sont souvent conduites une partie seulement de l'année.

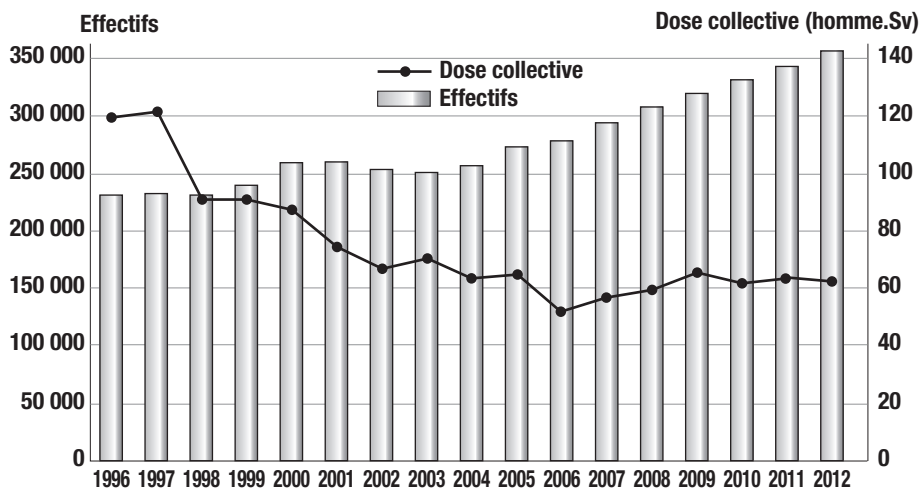
Le nombre total de dépassements au 15 octobre 2013 s'élève à 12.

Dans le domaine médical et vétérinaire, qui regroupe près des deux tiers des effectifs surveillés (62 %), la dose individuelle moyenne, calculée sur l'effectif exposé⁽²⁴⁾, est faible (0,49 mSv en 2012). Les travailleurs du nucléaire et de l'industrie non nucléaire, qui représentent un peu moins d'un tiers des effectifs suivis, reçoivent les doses individuelles moyennes les plus élevées (respectivement 1,16 mSv et 1,54 mSv en 2012). Dans le domaine de la recherche, les doses individuelles restent en moyenne inférieures à 0,5 mSv.

24) L'effectif exposé correspond au nombre de travailleurs pour lesquels au moins une dose supérieure au seuil d'enregistrement des dosimètres a été enregistrée. La réglementation impose un seuil d'enregistrement maximal de 0,1 mSv.

L'analyse par secteur d'activité au sein des domaines est présentée de façon détaillée dans le rapport IRSN/2013-008 disponible sur le site Internet de l'Institut : www.irsn.fr

Évolution des effectifs surveillés et de la dose collective de 1996 à 2012



Entre 1996 et 2012, l'effectif total surveillé est passé de 230 385 à 354 665 travailleurs. Au cours de la même période, la dose collective baisse très nettement jusqu'en 2006, pour ré-augmenter de 2007 à 2012, évolution liée à une augmentation de l'effectif suivi, plus marquée sur cette période (figure 2).

Bilan de la surveillance de l'exposition interne des travailleurs des secteurs d'activités civiles ou militaires soumises à un régime d'autorisation ou de déclaration

En fonction de leur activité, les travailleurs bénéficient également d'une surveillance de l'exposition interne : en 2012, près de 350 000 examens (analyses radiotoxicologiques ou examens anthroporadiométriques) ont été réalisés dans le cadre de la surveillance de routine et plus de 11 000 examens ont été réalisés dans le cadre de la surveillance spéciale. Sur les 358 travailleurs pour lesquels une estimation dosimétrique a été réalisée, pour 11 d'entre eux, la dose efficace engagée a été supérieure à 1 mSv. La valeur maximale calculée est de 4 mSv.

Dépassements des limites annuelles réglementaires dans les secteurs d'activités civiles ou militaires soumises à un régime d'autorisation ou de déclaration

Des valeurs limites d'exposition sont fixées par le Code du travail. Ainsi, la somme des doses efficaces reçues par un travailleur par exposition externe et interne ne doit pas dépasser 20 mSv sur douze mois consécutifs. Des limites de doses équivalentes sont également fixées pour différentes parties du corps : l'exposition sur douze mois consécutifs des extrémités (mains, avant-bras, pieds et chevilles) ne doit pas dépasser 500 mSv, celle de la peau également 500 mSv pour toute surface de 1 cm² et celle du cristallin 150 mSv.

Des dépassements des limites réglementaires ont été constatés pour l'année 2012. Le bilan au 15 octobre 2013 est de 12 cas pour la dose efficace (tous liés à une exposition externe) et d'un cas pour la dose aux extrémités, soit un total de 13 dépassements⁽²⁵⁾. Ces dépassements se répartissent entre le domaine médical (12 cas sur 14, dont celui concernant les extrémités) et le secteur nucléaire (1 cas).

En cas de dépassement d'une valeur limite de dose, les mesures à prendre sont précisées par les articles R. 4451-77 à R. 4451-81 du Code du travail. L'enquête menée par le médecin du travail et l'information de l'IRSN du déclenchement et des conclusions de cette enquête (conduisant au maintien, à la modification ou à l'annulation de la dose) permettent à l'Institut de consolider les données enregistrées dans SISERI.

Dosimétrie des personnels navigants

Conformément à l'arrêté du 8 décembre 2003, les compagnies aériennes françaises sont tenues de surveiller l'exposition aux rayonnements cosmiques de leurs personnels navigants. Le calcul des doses de rayonnement cosmique reçues lors des vols en fonction des routes empruntées est réalisé par les compagnies aériennes grâce à l'outil SIEVERT⁽²⁶⁾.

En 2012, le bilan a porté sur 20 823 travailleurs des compagnies Air France, Régional, Air Calédonie International et Unijet. Il apparaît que ces personnels ont reçu en 2012 une dose collective de 38,6 homme.Sv, soit une dose efficace annuelle moyenne de 1,9 mSv, avec une dose efficace individuelle maximale égale à 4,4 mSv. La proportion d'individus ayant une dose supérieure à 1 mSv est de 81 % (à l'identique de l'année 2011).

25) La différence entre le nombre cas de dépassement des limites réglementaires annuelles indiqué ici et celui publié dans le rapport IRSN/2012-007 est due à 4 annulations intervenues depuis le 30 juin 2012, date de publication de ce rapport.

26) www.sievert-system.org

Exposition des travailleurs aux matériaux ou au radon d'origine géologique

L'analyse des évaluations théoriques de cette exposition réalisées par les exploitants indique que 15 % environ des doses efficaces individuelles calculées pour les travailleurs sont supérieures à la limite de 1 mSv/an, confortant le bien-fondé des dispositions réglementaires introduites pour ces activités. Les activités de traitement de certains minerais (étain, aluminium, cuivre, titane, niobium, bismuth et thorium) et de production ou d'utilisation de composés contenant du thorium sont potentiellement les plus exposantes pour les travailleurs.

Le bilan de l'exposition interne établi par l'organisme agréé pour la surveillance individuelle de ces travailleurs porte en 2012 sur 220 travailleurs. La dose individuelle moyenne calculée sur l'effectif exposé est évaluée à 0,28 mSv et la dose maximale est inférieure à 6 mSv.

Toutefois, ce bilan ne peut pas être considéré comme exhaustif pour les expositions au radon d'origine géologique. En effet, d'après les rapports de dépistage du radon sur les lieux de travail reçus par l'IRSN, la concentration en radon observée dans certains de ces lieux nécessite la mise en œuvre d'une surveillance individuelle, dont les résultats ne sont pas connus.

6. L'ORGANISME PROFESSIONNEL DE PRÉVENTION DU BÂTIMENT ET DES TRAVAUX PUBLICS (OPPBTP)

6.1. LE PORTAIL DE LA PRÉVENTION POUR LE BTP

L'OPPBTP a lancé en 2012 un portail de services interactifs pour accompagner les professionnels du BTP dans la prévention des risques professionnels au quotidien.

Le site www.preventionbtp.fr, portail de la prévention, a confirmé son succès avec une fréquentation quatre fois plus importante en 2013 par rapport à 2012, s'élevant à plus de 630 400 visites en 2013.

Les entreprises ont plébiscité les thématiques chargées de prévention, pénibilité et amiante (notamment la rubrique droit et les fiches accidents). Parmi les documents les plus téléchargés, l'on compte les fiches prévention, les ouvrages (comme le *PP-SPS*, "*Pénibilité au travail, comment agir ?*", "*Signalisation temporaire*"), ainsi que les fiches pratiques. Le site est, entre autres, le vecteur d'une documentation et d'ouvrages efficaces et appréciés.

En 2013, 90 nouveaux documents ont été édités et mis en ligne : quatre guides, vingt affiches, des nouveaux mémentos ainsi que cinquante nouvelles fiches prévention, notamment sur les thèmes de la pénibilité et de la dimension économique de la prévention.

Plus de 18 000 entreprises ont créé un compte "e-prévention" en 2013, 3 604 ont élaboré leur plan d'action *via* le site et près de 7 000 ont déjà finalisé leur document unique d'évaluation des risques en ligne.

Les entreprises du BTP se sont approprié les outils de prévention offerts par preventionbtp.fr. Elles ont également pu apprécier la version multi-compte, lancée fin 2013, permettant à un utilisateur d'administrer plusieurs entreprises ou bien à une entreprise d'être gérée par plusieurs utilisateurs.

www.preventionbtp.fr en chiffres

- **633 386** visites (environ 53 000 visites par mois) ;
- **445 549** visiteurs uniques (environ 37 000 visiteurs uniques par mois) ;
- **177 784** téléchargements (environ 15 000 par mois).

6.2. LA DIMENSION ÉCONOMIQUE DE LA PRÉVENTION

En 2013, l'OPPBTP a initié de nouvelles notions dans la réflexion des entreprises en matière d'approche et de gestion de la prévention : performance, simplification et culture du dialogue interne.

Passer de l'évitement des coûts à l'espérance des gains

L'étude sur la dimension économique de la prévention (Dimeco), menée en 2012 auprès de 101 entreprises volontaires, a permis d'évaluer qu'un euro dépensé en matière de prévention génère un retour sur investissement moyen de 2,19 euros.

La prévention des risques professionnels et l'amélioration des conditions de travail sont ainsi identifiées comme rentables, voire comme facteurs de performance des entreprises.

Étude de l'OPPBTP sur l'approche économique de la prévention

La prévention des risques est un enjeu majeur pour améliorer la sécurité et la santé des travailleurs du BTP. Cependant, elle est généralement perçue comme un coût net pour les entreprises, ceci d'autant plus en période de crise. Comment dans ce cas les convaincre d'agir en ce domaine au-delà des exigences morales et légales ?

Convaincu que la prévention ne peut se faire durablement au détriment des intérêts économiques légitimes de l'entreprise et que les seules motivations réglementaires ou sociales ne peuvent y suffire, l'OPPBTP a voulu aller plus loin dans la compréhension des impacts économiques de la prévention et les mesurer concrètement.

Une étude microéconomique, menée pendant 2 ans, à partir de 2010, auprès de 27 entreprises couvrant 90 % des métiers du secteur, a porté sur 101 cas d'actions de prévention et a abouti à des analyses minutieuses, valorisées de façon comptable et validées par les entreprises rencontrées.

Cette première étude révèle déjà que la prévention a un impact économique chiffrable et qu'elle s'avère souvent rentable. Sur les 101 cas étudiés, 93 génèrent plus de gains que de coûts, ce qui donne un rendement moyen (gains/coûts) de 2,19. Ainsi, globalement, pour 100 euros dépensés dans une action en faveur de la prévention, l'entreprise retire 219 euros de gains, soit un bénéfice net de 119 euros.

Ces résultats sont d'autant plus probants dans les TPE, où le rendement global est supérieur à 3.

Le temps moyen de retour sur investissement est égal à une année et demie pour des actions de prévention dont la durée moyenne est de 5,2 ans.

La prévention est donc à la portée de toutes les entreprises, en particulier des TPE, avec des moyens mesurés et sans trop pénaliser la trésorerie. En effet, un quart des actions coûtent moins de 5 000 euros et présentent un rendement 10 fois supérieur à

la moyenne. Enfin, l'étude démontre que les actions réduisant la pénibilité présentent de meilleurs résultats que les autres et deviennent des facteurs de performance.

Cette étude, qui n'a pas d'équivalent en Europe, a été présentée pour la première fois aux premières rencontres économiques de la construction, en décembre 2012, à l'Institut du monde Arabe, en partenariat avec *"Le Moniteur"*. Elle a déjà fait l'objet de plus de 30 conférences et a été présentée lors des salons Préventica, au congrès de santé au travail BTP et dans des réunions publiques organisées dans toute la France. L'étude a trouvé un écho très positif au Luxembourg où elle a été présentée, sur invitation de l'Institut luxembourgeois de sécurité au travail. Présentée à l'OSHA, l'Agence européenne pour la Santé et la sécurité au travail en mars dernier, elle a fait l'objet d'une communication au XX^e Congrès mondial de la santé et sécurité au travail qui s'est tenu à Francfort en août 2014.

L'OPPBTP se fixe comme objectif de continuer à démontrer, dans les prochaines années, que la prévention des risques professionnels est aussi un argument économique, qu'elle est le plus souvent chiffrable et rentable et qu'elle contribue à la performance globale des entreprises du BTP.

Ce travail de développement et d'approfondissement se fera également en association avec les grandes écoles et le monde universitaire, intéressés par ces travaux.

Références :

101 cas d'actions de prévention analysées dans le cadre de l'étude *"Une approche économique de la prévention"* – OPPBTP, mars 2013.

<http://www.preventionbtp.fr/Documentation/Publications/Etude-economique-101-cas>

L'appropriation sur le terrain

Afin que les entreprises puissent bénéficier de son enseignement et y adhèrent, l'étude Dimeco a été présentée à l'ensemble du personnel de l'OPPBTP lors de sa convention interne. Par ailleurs, le chef du projet a fait le tour des 18 agences de l'Organisme, dans lesquelles des correspondants dédiés ont été nommés.

L'OPPBTP a déployé de nombreux outils de communication pour promouvoir l'étude Dimeco auprès des entreprises et des organismes professionnels et institutionnels :

- une présentation modélisée ;
- un film de 11 minutes, *"Le dossier de l'OPPBTP"*, qui explique la méthode et reprend les cas concrets, facilitant ainsi l'action en entreprise ;
- un ouvrage présentant 101 cas d'actions de prévention ;
- des ressources sur www.preventionbtp.fr, qui permettent aux entreprises de trouver facilement des exemples qui les concernent et de s'inspirer des actions mises en place.

Les entreprises ont également pu assister à plus de 25 colloques et tables rondes mis en place avec les organisations professionnelles dans les salons comme Preventica ou Batimat. Au total, ce sont plus de 800 entreprises qui ont ainsi été sensibilisées en France.

**ACTIONS
PRIORITAIRES
ET
STRUCTURANTES
POUR 2013**

LA RÉFORME DE LA MÉDECINE DU TRAVAIL

1. Premiers éléments de bilan de la réforme de la médecine du travail	503
1.1. Les enjeux de gouvernance	504
1.2. Les nouveaux enjeux liés à la politique d'agrément	513
1.3. Le projet pluriannuel de service, un document pivot pour l'agrément et la contractualisation et un élément central pour la gestion du SSTI	522
1.4. La contractualisation, un nouveau levier d'action partagé	531
1.5. La mise en œuvre effective de la pluridisciplinarité, enjeu majeur de la réforme et condition de sa réussite	543
2. Les services de santé au travail interentreprises dans le BTP	556
2.1. La réforme de la médecine du travail a été l'occasion de créer des partenariats renforcés entre les SST et l'OPPBTP	556
2.2. Les CPOM, un cadre fédérateur pour la contractualisation menée par l'OPPBTP	556
2.3. Quelques exemples de mises en œuvre concrètes	557
3. Un premier bilan de la réforme de la médecine du travail en agriculture	558
3.1. La nouvelle organisation des services de santé et de sécurité au travail au sein des caisses de la MSA	558
3.2. Les modalités de gestion paritaire du service interentreprises	560
3.3. La collaboration en région, un levier d'action à renforcer	562

LA RÉFORME DE LA MÉDECINE DU TRAVAIL

1. PREMIERS ÉLÉMENTS DE BILAN DE LA RÉFORME DE LA MÉDECINE DU TRAVAIL

La feuille de route sociale issue de la Grande conférence sociale de juin 2013 avait prévu qu'un premier bilan de la réforme des services de santé au travail soit engagé à l'automne 2013 dans le cadre du Conseil d'orientation sur les conditions de travail (COCT), ce bilan devait notamment porter sur le mode de gouvernance des services, la montée en puissance des équipes pluridisciplinaires, l'agrément des services et la contractualisation.

Élaborés par la Direction générale du travail (DGT) selon une méthode, discutée lors du comité permanent du COCT du 20 septembre 2013, les premiers éléments préparatoires pour un bilan partagé de la réforme de la médecine du travail ont été présentés lors du comité permanent du 28 février 2014 et de la commission spécialisée n° 5 du COCT du 30 avril 2014.

Les éléments statistiques présentés dans ce chapitre sont issus d'un sondage réalisé par la DGT auprès des Directions régionales des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi (DIRECCTE). L'ensemble des DIRECCTE de France métropolitaine y ont répondu soit un taux de réponse de 89 % (86 % pour les services de santé au travail – SST – et 97 % pour les services de santé au travail interentreprises – SSTI).

Le taux de réponse variant selon les questions, il sera précisé chaque fois que cela est nécessaire. Ce sondage par questionnaire a en outre été complété des remontées avec 4 SSTI et une analyse documentaire des statuts et règlements intérieurs des CPOM et des décisions d'agrément de certains SST.

1.1. LES ENJEUX DE GOUVERNANCE

Renforcer la gouvernance régionale de la santé au travail et l'implication des partenaires sociaux

L'une des ambitions de la réforme de la médecine du travail issue de la loi du 20 juillet 2011 était d'établir les conditions d'un meilleur pilotage de la politique de santé au travail au niveau régional, en assurant la cohérence des actions menées par les différents acteurs institutionnels, notamment grâce à la contractualisation et en impliquant davantage les partenaires sociaux au niveau du Comité régional de prévention des risques professionnels (CRPRP).

C'est pourquoi la consultation des CRPRP a été prévue, dans une formation restreinte composée des collèges des représentants des administrations de l'État et des représentants des organisations d'employeurs et de salariés représentatives au niveau national, avant toute conclusion d'un Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM). Les CRPRP sont également informés annuellement de la politique régionale, menée par la Direction régionale des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi (DIRECCTE) en matière d'agrément.

Une redynamisation des Comités régionaux de prévention des risques professionnels

Au vu des éléments de bilan quantitatifs et qualitatifs, les CRPRP ont connu une activité importante depuis la loi du 20 juillet 2011 pour constituer l'instance privilégiée d'échanges et d'informations mais aussi de pilotage de la politique régionale de santé au travail. Dans les 23 régions qui ont répondu au questionnaire, 61 réunions dédiées à la réforme de la médecine du travail ont été organisées. 19 DIRECCTE (soit 84 %) ont organisé au moins une réunion sur le déploiement de la réforme de la médecine du travail, 14 (soit 64 %) sur la politique régionale d'agrément et 10 sur la contractualisation alors même que peu de CPOM ont encore été signés, ce qui témoigne d'une volonté d'information et d'association des partenaires sociaux le plus en amont possible.

Une évolution marginale de la composition des CRPRP

La réforme a tout d'abord introduit une règle de déport (article D. 4622-44 du Code du travail), qui prévoit une non-participation à la formation restreinte du CRPRP lorsqu'un conflit d'intérêts existe. C'est un gage et un facteur d'objectivité de cette formation. Ainsi, 18 CRPRP (sur les 23 régions ayant répondu) ont vu leur composition modifiée, en particulier pour les représentants des organisations patronales, qui étaient souvent présidents

ou directeurs de service et mandataires comme en Provence - Alpes - Côte d'Azur, Île-de-France ou Lorraine.

Ensuite, la réforme a impliqué une évolution de la composition du CRPRP pour permettre une participation de la Caisse d'assurance retraite et de santé au travail (Carsat) aux réunions de cette formation restreinte lorsqu'elle est consultée sur les CPOM dans 13 régions⁽¹⁾ (sur les 27 ayant répondu, soit un taux de 57 %) et bien souvent lorsqu'elle est informée de la politique régionale d'agrément. Ainsi, en Languedoc-Roussillon, la Carsat participe aux réunions du CRPRP relatives aux CPOM, après accord des membres.

Enfin, l'Agence régionale de santé peut participer de plein droit au sein du collège des départements ministériels au CRPRP, ce qui permet alors de recueillir son avis sur les CPOM comme prévu par l'article L. 4622-10 du Code du travail. C'est par exemple le cas dans le Nord - Pas-de-Calais ou en Languedoc-Roussillon.

Une information plus large et un appui à la mise en œuvre de la réforme

Certaines DIRECCTE ont, par ailleurs, choisi d'informer l'ensemble des partenaires sociaux régionaux concernés par la réforme de la médecine du travail, qu'ils soient membres du CRPRP, administrateurs d'un service ou membres d'une instance de contrôle ou de surveillance, voire, plus largement, toutes les parties prenantes de la réforme.

Modifier la gouvernance des services de santé au travail interentreprises pour renforcer la qualité du pilotage et du contrôle par les partenaires sociaux

Un conseil d'administration désormais paritaire

Le conseil d'administration (CA) doit être composé à parts égales de représentants des employeurs, désignés par les entreprises adhérentes, après avis des organisations professionnelles d'employeurs représentatives au plan national interprofessionnel ou professionnel, et de représentants des salariés des entreprises adhérents, désignés par les organisations syndicales représentatives au niveau national et interprofessionnel. Ainsi, 95 % des services de santé au travail interentreprises (SSTI⁽²⁾) ont modifié leurs statuts pour se mettre en conformité.

S'agissant des représentants des organisations syndicales de salariés, la question des critères de représentativité à prendre en compte pour répartir les sièges au CA se pose assez fréquemment. Certaines organisations syndi-

1) Ce chiffre ne prend en compte que les réponses positives à la question "La Carsat a-t-elle participé au CRPRP ?", les absences de réponse étant considérées comme négatives.

2) Sur un échantillon de 245 SSTI ayant répondu ce qui représente un taux de réponse de 84 %.

cales demandent une prise en compte d'une représentativité appréciée au niveau régional, plutôt qu'au niveau national.

Cette question se pose dans une moindre mesure pour les représentants des employeurs même si, dans certaines régions, des déséquilibres entre organisations patronales ont été soulevés.

On peut aussi noter que certains services adoptent, dans leurs statuts ou dans le règlement intérieur du CA, des critères de répartition des sièges en fonction du secteur d'activité de l'entreprise adhérente, de son secteur géographique ou encore de sa taille. Ainsi, l'Association pour la santé au travail (ASTE 91) prévoit que "certaines candidatures (de représentants des employeurs au conseil d'administration) font l'objet d'un soutien du CA sur la base des critères suivants, considérés comme représentatifs des entreprises adhérentes : secteur d'activité représenté ; taille de l'entreprise et cotisation à jour".

De même, l'Association santé travail 62-59 (AST 62-59) dans le Pas-de-Calais cherche à maintenir dans le collège employeurs de son CA un double équilibre entre secteur d'activité et secteur géographique, ce qui permet aussi d'assurer une représentation des anciens services fusionnés même si ce n'est plus prévu dans les nouveaux statuts et règlement intérieur, adoptés suite à la réforme en novembre 2012.

On assiste, par ailleurs, à une augmentation du nombre d'administrateurs au sein des CA, qui sont en général composés de dix représentants employeurs et de dix représentants salariés comme pour l'AST 62-59 dans le Pas-de-Calais, l'ASMT à Tarbes, ou encore le Groupement des employeurs pour la santé au travail 05 (GEST 05). L'ASTE 91 a, en revanche, fait le choix d'un CA resserré, composé de dix membres uniquement afin de garantir son opérationnalité alors que son CA comptait, avant le 1^{er} juillet 2012, quinze administrateurs employeurs. La taille du service et son étendue géographique n'apparaissent pas être des facteurs déterminants de ces différences.

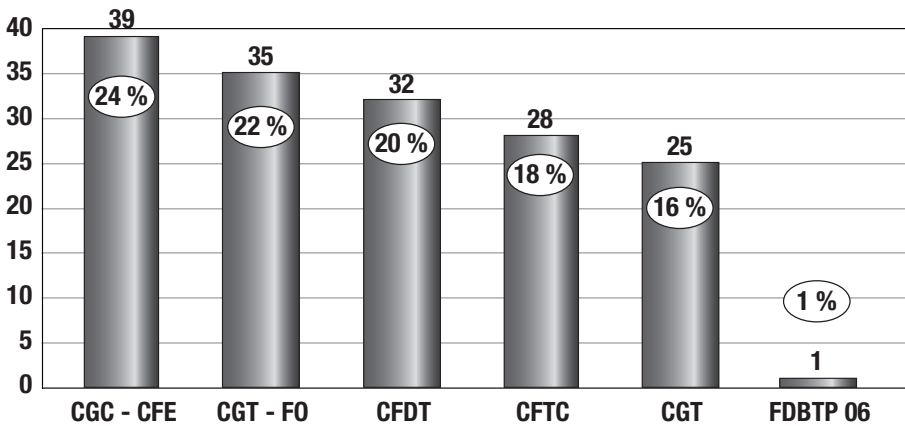
En région Rhône-Alpes, par exemple, la CGT et la CFDT ont adressé à la DIRECCTE une demande pour que les sièges laissés vacants par les autres organisations syndicales soient attribués aux organisations syndicales présentes en application d'une clause, régulièrement présente dans les statuts, relative à la perte de qualité de membre du conseil d'administration consécutivement à des absences répétées.

En Île-de-France, des accords ont été conclus entre organisations syndicales et direction du service de santé au travail interentreprises pour définir une répartition des sièges au sein des différentes instances qui permette de pallier les difficultés rencontrées par certains syndicats pour pourvoir tous les postes.

Dans 92 % des services de santé au travail interentreprises, le président du service est en activité au sein d'une entreprise adhérente, contre 8 % de présidents à la retraite.

Sur les 204 services de santé au travail interentreprises analysés, 85 % ont désigné un trésorier parmi les représentants des salariés ainsi répartis en fonction des organisations syndicales, sachant que, pour quatorze services, un trésorier a été désigné sans que l'appartenance syndicale ait été précisée.

Représentation des organisations syndicales élues pour le poste de trésorier d'un SSTI



Sur un échantillon de 160 SSTI soit un taux de réponse de 58 %.

Des difficultés ont été rencontrées dans 22 % des cas. Par exemple, en Midi-Pyrénées, deux services ont vu naître un désaccord autour de la désignation, du rôle et des moyens confiés au trésorier pour exercer sa mission.

Dans 15 % des services, il n'y a pas eu de désignation de trésorier salarié sans qu'il ne soit possible de se prononcer avec certitude sur les raisons de cette carence et le caractère conjoncturel ou structurel du défaut de candidature de la part des représentants des salariés. Ainsi, selon la DIRECCTE du Centre, certaines organisations syndicales sont réticentes à présenter des candidats au poste de trésorier en raison de l'investissement et de la compétence demandés ainsi que de la responsabilité inhérente à cette fonction.

Même si la plupart des SSTI déclarent être en conformité avec les nouvelles modalités de gouvernance paritaire, certaines pratiques ont été soulignées. Ainsi, sur les quatre services rencontrés, tous ont mis en place un bureau sans fonction exécutive ; mais seul un service, celui d'Arras, a veillé au respect du paritarisme en son sein. C'est aussi le cas en Midi-Pyrénées où seul un service sur les dix-sept SSTI s'est doté d'un bureau paritaire,

ou en Lorraine puisque dix des onze SSTI ont créé des bureaux purement patronaux ou avec le seul trésorier comme représentant des organisations syndicales, de sorte que la DIRECCTE examine, avec vigilance, les statuts au moment de la demande de renouvellement d'agrément.

Ces pratiques invitent donc à faire preuve de vigilance sur la répartition des compétences entre instances (conseil d'administration, assemblée générale non paritaire ou bureau non nécessairement paritaire) et les déplacements de centre de gravité qui pourraient remettre en question la réalité du paritarisme de gestion dans les SSTI.

Le comité interentreprises ou la commission de contrôle, instance de surveillance

En vertu des articles L. 4622-12 et D. 4622-33, la commission de contrôle doit être composée pour un tiers de représentants des employeurs et pour deux tiers de représentants des salariés, issus des entreprises adhérentes au SST. Son président est élu parmi les représentants des salariés et son secrétaire parmi les représentants des employeurs. Cette instance de surveillance est consultée sur l'organisation et le fonctionnement du SSTI.

Selon un accord entre organisations syndicales et le président du service, conclu le 4 septembre 2012, la commission de contrôle de l'ASTE 91 se compose de neuf membres dont trois sièges pour les représentants des employeurs et six sièges pour les représentants des salariés, ce qui permet à chaque organisation représentative au niveau interprofessionnel national d'avoir un siège, le sixième siège étant tournant tous les trois ans entre les trois organisations syndicales les plus représentatives dans le département de l'Essonne (FO, CFDT et CGT). Cette particularité a été soulignée par la DIRECCTE Île-de-France et pose question, même si elle résulte d'un accord entre organisations syndicales qui peut être révisé à tout moment. À ces membres délibératifs s'ajoutent des délégués consultatifs qui viennent éclairer et nourrir les échanges : quatre médecins du travail, élus par leurs pairs et comprenant le médecin coordonnateur et le secrétaire de la commission médico-technique, une infirmière et un intervenant en prévention des risques professionnels. La commission de contrôle se réunit au moins quatre fois par an : en avril pour examiner le bilan d'activité et de prévention du service, en mai pour étudier les résultats de l'exercice N-1, en septembre pour débattre des propositions d'orientation et en novembre pour approuver le budget prévisionnel de l'année N+1 avec la détermination des cotisations. Les réunions de mai et de novembre précèdent des conseils d'administration.

En ce qui concerne le GEST 05, la composition de la commission de contrôle a été discutée lors du conseil d'administration du 20 décembre 2012 suite à un accord du 16 juillet 2012 relatif à la répartition des sièges entre organisations syndicales. Elle compte douze membres, dont quatre repré-

sentants employeurs et huit représentants salariés (2 CFDT, 2 CGT, 2 FO, 1 CFE-CGC et 1 CFTC). Le principe d'une journée de formation pour tous ses membres a été acté en avril 2013.

La commission de contrôle de l'AST 62-59 est, quant à elle, composée de neuf membres, dont trois désignés par les organisations syndicales d'employeurs (1 Medef, 1 CGPME et 1 UPA) et six par les organisations syndicales (2 FO dont président, 1 CFDT, 1 CGT, 1 CFDT et 1 CFE-CGC). Elle se réunit au moins trois fois par an. L'articulation entre les différentes instances est la suivante : réunion du bureau puis du CA dans les 15 jours et de la commission de contrôle 15 jours plus tard.

La commission médico-technique, instance professionnelle et organe de consultation, consacrée par la loi du 20 juillet 2011

La commission médico-technique (CMT) est dédiée aux échanges professionnels entre les médecins du travail et les autres membres de l'équipe pluridisciplinaire de santé au travail, en présence du président du SSTI ou de son représentant. En vertu de l'article D. 4622-29 du Code du travail, l'ensemble des métiers composant l'équipe pluridisciplinaire doit y être représenté : président du SSTI ou son représentant, médecins du travail, intervenants en prévention des risques professionnels (IPRP), infirmiers, assistants en santé au travail et professionnels recrutés après avis des médecins du travail.

Composition

Dans la majorité des services de santé au travail, la CMT s'est mise en place sans difficulté selon une composition conforme à la réglementation. Sur un échantillon de 189 SSTI, on compte 12 % de SSTI n'ayant pas une commission médico-technique conforme à l'exigence de l'article D. 4622-30 du Code du travail, 86 % ayant une CMT conforme et 2 % aucune CMT.

Parmi les principales difficultés posées par la composition de cette commission, il faut d'abord souligner la non représentation de tous les métiers de l'équipe pluridisciplinaire, en particulier les secrétaires médicales qui ont souvent été exclues selon une interprétation erronée de la réglementation en vigueur. Or, les secrétaires médicales font partie des assistants de service de santé au travail au même titre que les assistants en santé au travail ou les assistants de l'équipe pluridisciplinaire pour reprendre la terminologie de la convention collective nationale des services de santé au travail interentreprises.

Ainsi, la CMT de l'ASMT 65 réunit le président du service ou la directrice, les deux médecins délégués de secteur, les trois infirmiers et trois IPRP, sans secrétaire médicale alors qu'elles sont présentes dans le service. Son secrétariat est assuré par la mise à disposition de la secrétaire de direction.

Celle de l'ASTE 91 se compose du président du service, de quatre médecins délégués (pour 20 médecins du travail), choisis par leurs pairs, dont le médecin coordonnateur, d'une déléguée des IPRP (pour 5 IPRP), d'une déléguée des AST (pour 5), d'une déléguée des secrétaires médicales (pour 20), d'une assistante sociale et d'une infirmière déléguée (pour 9).

Enfin, en Midi-Pyrénées, deux services interentreprises ont adopté une composition avec davantage de représentants de la direction du service de santé au travail, ce qui est contraire à l'esprit des textes.

La deuxième difficulté concerne les modalités de représentation des acteurs et d'élection qui sont fixées par le règlement intérieur. Elles peuvent se traduire par une sous-représentation en valeur absolue des médecins du travail par rapport aux autres membres de l'équipe pluridisciplinaire.

Or, certains acteurs (médecins inspecteurs du travail, syndicat national des professionnels de la santé au travail – SNPST, CFE-CGC) soulignent les risques de mise en cause de l'indépendance des médecins du travail et d'une démedicalisation de la CMT, qui seraient préjudiciables à la qualité du service rendu aux entreprises adhérentes et aux salariés, notamment en cas de décisions pouvant avoir des conséquences sur des pratiques médicales prises à la majorité des présents mais sans référence à des connaissances médicales avérées et nonobstant une éventuelle opposition des médecins du travail.

Il semblerait, par ailleurs, que, dans certains services, en particulier d'Île-de-France, les modalités de désignation des médecins introduisent une confusion entre les médecins, délégués de secteur, les médecins coordonnateurs et ceux qui siègent en tant que délégués des médecins à la CMT. Ces fonctions ne sont pas nécessairement liées.

Les postes de président et de secrétaire de la CMT ainsi que leurs modalités de désignation sont fixés par le règlement intérieur de la CMT. Dans 57 % des cas, la présidence est assurée par le directeur, dans 31 % par le président et dans 13 % par d'autres membres, en particulier médecin du travail (sur un échantillon de 144 services). Ainsi, le GEST 05 a confié la présidence de la CMT au président du service ou à sa directrice et le secrétariat à un médecin délégué.

Si la présidence de la CMT par le président ou le directeur du service permet de faire le lien entre les échanges professionnels, leur traduction et implication en termes de fonctionnement du service et les enjeux budgétaires, certaines pratiques invitent à faire preuve de vigilance quant aux modalités concrètes d'animation de ces réunions pour éviter qu'elles ne deviennent une simple chambre d'enregistrement des décisions prises ailleurs et qu'elles puissent pleinement jouer leur rôle d'instance professionnelle de dialogue.

Fonctionnement et missions

L'analyse d'un échantillon de règlements intérieurs de CMT témoigne du respect des missions confiées par la réglementation à cette instance, en particulier en matière d'échanges et de propositions sur les priorités du service et les actions à caractère pluridisciplinaire. Les modalités d'adoption des avis insistent souvent sur la recherche d'un consensus avant d'en venir au vote à la majorité des membres présents ou représentés lorsque les divergences sont persistantes.

Par ailleurs, les membres de la commission ont une fonction d'information ascendante et descendante vis-à-vis de leurs collègues. Par exemple, l'article 5 du règlement intérieur de la CMT de l'AST 62-59 prévoit explicitement que *“chacun des membres doit informer les personnes qu'il représente des travaux et des réflexions de la CMT [et que] chacun des membres doit également recueillir l'avis des professionnels qu'il représente, afin de pouvoir formuler des propositions nourries par l'expression des acteurs de terrain”*. Des réunions préparatoires dans chacun des secteurs ainsi qu'une réunion pré-CMT sont aussi prévues pour permettre des échanges riches et centrés sur les points de l'ordre du jour.

Force est de constater que, dans les quatre services rencontrés, les réunions de la CMT ont essentiellement été consacrées à l'élaboration du projet pluriannuel de service depuis l'entrée en vigueur de la réforme au 1^{er} juillet 2012, à un rythme plus soutenu que les trois réunions annuelles obligatoires prévues par le Code du travail et que les réunions prévues par leur règlement intérieur.

Au-delà de l'élaboration du projet pluriannuel de service, les CMT de ces quatre services ont discuté et validé les protocoles de coopération entre membres de l'équipe pluridisciplinaire de santé au travail, que leur utilisation soit ensuite générale et obligatoire ou recommandée et soumise à l'appréciation de chacun.

Améliorer les relations entre entreprise adhérente et SSTI

La réforme de la médecine du travail vise, dans le respect des principes découlant de la liberté d'association, à améliorer la transparence financière des services et la qualité des relations contractuelles entre l'entreprise adhérente et le service de santé au travail interentreprises, fondées sur le contrat d'association entouré de garanties réglementaires.

Les droits et obligations réciproques du service de santé au travail et de ses adhérents sont définis dans les statuts et le règlement intérieur, qui précisent généralement que les entreprises adhérentes doivent s'acquitter de leur cotisation, transmettre au service des informations, telles que le nombre de salariés de chacune des catégories de surveillance médicale

ou le recours à des intervenants en prévention des risques professionnels enregistrés, respecter les prescriptions légales en matière de santé au travail, accepter les priorités arrêtées par le projet pluriannuel de service et le CPOM et permettre à l'équipe pluridisciplinaire d'accéder librement aux lieux de travail.

De son côté, le service s'engage à mettre à disposition des entreprises adhérentes les moyens dont il dispose pour éviter toute altération de la santé des travailleurs du fait de leur travail dans le cadre de la réglementation en vigueur. La prestation délivrée par le service peut être précisée comme dans le règlement intérieur du GEST 05, qui établit une distinction entre les contreparties mutualisées à l'adhésion et les autres prestations complémentaires telles que les formations, le recours à un conseiller du travail ou à une assistante sociale. Au titre des contreparties mutualisées figurent les actions sur le milieu de travail conformément à l'article R. 4624-1 du Code du travail, le suivi individuel de l'état de santé, en précisant bien qu'une modulation de la périodicité peut être accordée par la DIRECCTE dans le cadre de l'agrément, les rapports, études et travaux de recherche dont la fiche d'entreprise et le dossier médical en santé au travail, ainsi que les prestations collectives.

Au-delà des éléments figurant dans les statuts et règlement intérieur des services, il convient de souligner, à la lumière des échanges avec les quatre services rencontrés, l'effort important de communication à destination des entreprises adhérentes. Celui-ci a pu porter sur les enjeux de la réforme de la médecine du travail, pour faciliter son appropriation par les employeurs, ou sur l'offre de service proposée au moment de l'adhésion. Ainsi, l'ASMT 65 a adressé une lettre à chacune des entreprises adhérentes pour leur expliquer les changements introduits par la réforme de la médecine du travail et envisage de recourir à des encarts dans la presse spécialisée et dans les bulletins des chambres consulaires. Les services, notamment l'ASTE 91, l'ASMT 65 ou l'AST 62-59, proposent aussi, grâce à la pluridisciplinarité et aux assistants de service de santé au travail, une visite de premier contact aux nouveaux adhérents pendant laquelle leur sont présentées les prestations du service et qui peut, comme à l'ASTE 91, conditionner la finalisation de l'adhésion.

Pour autant, la mise en œuvre des contrats d'adhésion qui permettent d'indiquer les droits et devoirs de l'employeur et du service de santé au travail est loin d'être généralisée et systématique, comme le soulignent certaines DIRECCTE.

La question des cotisations à la charge de l'employeur et de leurs contreparties, avec le mode de présentation de cette cotisation *per capita*, reste posée. La circulaire de la DGT du 9 novembre 2012 a réaffirmé le principe d'une cotisation *per capita*, en s'appuyant notamment sur l'article L. 4622-6 du Code du travail, qui précise que "*les dépenses afférentes aux services*

de santé au travail sont à la charge des employeurs [et que] dans le cas de services communs à plusieurs entreprises, ces frais sont répartis proportionnellement au nombre de salariés”, et sur les constats de la Cour des comptes dans son rapport public thématique de novembre 2012.

Sur les quatre services rencontrés, deux services assoient leurs cotisations sur la masse salariale des entreprises adhérentes et n'envisagent pas, pour l'instant, de modifier ces règles de calcul. Il convient de souligner que, dans une décision du 30 juin 2014, le Conseil d'État a jugé que le coût de l'adhésion à un SST devait être calculé selon l'effectif de chaque entreprise adhérente.

L'enjeu est aussi celui de l'appropriation par les employeurs du sens de leur cotisation, qui ne couvre pas seulement le coût des visites médicales réglementaires, mais aussi l'accompagnement pour mettre en place une véritable politique de prévention des risques professionnels reposant certes sur un suivi individuel de l'état de santé de leurs salariés, mais aussi sur des actions en milieu de travail et des actions collectives menées par l'équipe pluridisciplinaire animée et coordonnée par le médecin du travail.

1.2. LES NOUVEAUX ENJEUX LIÉS À LA POLITIQUE D'AGRÈMENT

L'agrément des services de santé au travail, prévu par les articles D. 4622-48 à D. 4622-53 du Code du travail, constitue l'expression de la mission régalienne de l'administration, qui atteste ainsi de la conformité des services aux dispositions du titre II du livre sixième de la quatrième partie du Code du travail. Désormais, il fixe aussi l'effectif maximum de salariés suivis par l'équipe pluridisciplinaire, le nombre de médecins du travail par secteur et la périodicité des examens médicaux. Ainsi, au-delà de la conformité aux obligations légales relatives à la médecine du travail, l'agrément doit permettre de prendre en compte les caractéristiques des salariés suivis par chaque service de santé au travail à partir de leur appartenance à telle entreprise, à tel secteur d'activité et de leur exposition à tel risque professionnel, pour définir le meilleur suivi individuel de leur état de santé au regard aussi des moyens proposés par le service. Il contribue enfin à inscrire, en articulation étroite avec le CPOM et le projet pluriannuel de service pour les SSTI, l'action des services dans une stratégie régionale de santé au travail tout en tenant compte des enjeux nationaux et de l'impératif d'égalité de traitement des salariés.

Au 31 décembre 2013, selon les remontées d'information des DIRECCTE, il y avait 1 033 services de santé au travail en France, dont 277 services de santé au travail interentreprises et 756 services autonomes (14 services autonomes pour une unité économique et sociale – UES, 22 services autonomes de groupe et 87 services autonomes inter-établissements), qui ne sont pas tous agréés.

Depuis le 1^{er} juillet 2012, 183 décisions d'agrément ont été prises par les DIRECCTE, dont 112 pour des services de santé au travail autonomes et 71 pour des services interentreprises. Ces données chiffrées n'intègrent pas l'agrément des services de santé au travail de La Poste, qui font l'objet d'un décret spécifique dérogeant au droit commun.

Renforcer la politique régionale d'agrément

La réforme issue de la loi du 20 juillet 2011 et des deux décrets du 30 janvier 2012 donne une impulsion nouvelle à la politique régionale d'agrément en lui fixant des objectifs ambitieux afin de renforcer le pilotage des services de santé au travail et leur inscription dans une dynamique régionale.

Pour définir leur politique régionale d'agrément, certaines DIRECCTE, comme en Provence - Alpes - Côte d'Azur ou en Champagne-Ardenne, se sont appuyées sur un diagnostic territorial régional des besoins en santé au travail et sur une cartographie précise des services de santé au travail interentreprises et autonomes. Cette étape apparaît particulièrement importante pour garantir la qualité et la cohérence des critères qui seront définis pour accorder des agréments et définir leur contenu.

La politique régionale d'agrément doit permettre de veiller au respect des équilibres suivants :

- garantir la qualité des prestations offertes et leur conformité avec les exigences réglementaires ainsi que les conditions de mise en œuvre effective des politiques publiques en santé au travail ;
- assurer une offre en santé au travail lisible, accessible, de qualité, prenant en compte les particularités territoriales et les enjeux prioritaires de santé au travail qui en découlent, notamment en direction des TPE et des PME et en veillant à une affectation des ressources en temps médical cohérente avec ces enjeux au sein de chaque service et entre les différents services.

C'est pourquoi certaines DIRECCTE encouragent la poursuite des rapprochements entre SSTI, à l'œuvre depuis quelques années comme dans le Nord - Pas-de-Calais ou en Languedoc-Roussillon. Cette dernière région compte plusieurs SSTI de petite taille (fonctionnant parfois avec seulement deux médecins du travail), qui n'ont pas la taille critique suffisante pour répondre aux exigences de pluridisciplinarité et qui pourraient se regrouper, y compris au niveau interrégional, pour assurer par exemple le suivi des salariés des installations nucléaires de base.

La DIRECCTE Champagne-Ardenne a, quant à elle, invité les services de santé au travail, les partenaires sociaux ainsi que les entreprises adhérentes à étudier les possibilités de rapprochement entre services, tant au sein d'un

même département qu'entre deux départements, tout en précisant que l'État n'avait pas vocation à se substituer aux employeurs dans cette démarche et que les demandes d'agrément seraient donc étudiées sur la base du périmètre géographique et professionnel contenu dans le dossier de renouvellement. Cette politique de regroupement doit permettre aux services d'atteindre une taille critique (bonne allocation des ressources médicales dans un contexte contraint), d'améliorer la qualité des services rendus aux entreprises adhérentes en contrepartie du versement d'une cotisation et de garantir une égalité de traitement.

En Provence - Alpes - Côte d'Azur, cet objectif de juste couverture territoriale par les services de santé au travail doit permettre de concilier la proximité et la capacité de se doter des ressources pluridisciplinaires nécessaires aux enjeux de la réforme dans toute la région. Il fait l'objet d'une concertation avec les unités territoriales de la DIRECCTE et le CRPRP. Les fusions sont clairement encouragées, en s'appuyant sur les réflexions menées par les présidents des SSTI, en particulier dans les départements des Bouches-du-Rhône (5 SSTI) et du Vaucluse (4 SSTI), avec deux fusions en cours en 2013. Il se donne aussi à voir dans l'exigence rappelée aux services de santé au travail autonomes de mieux prendre en charge certains effectifs salariés (intérimaires et sous-traitants), ce que nous retrouvons en Île-de-France par exemple.

Toutefois, peu de décisions d'agrément comportent une modification des secteurs géographiques professionnels ou interprofessionnels, ce qui témoigne de la volonté des DIRECCTE de laisser l'initiative des fusions ou rapprochements de services aux présidents et directeurs de services ainsi qu'aux administrateurs, conformément au principe de liberté d'association.

La politique régionale d'agrément doit être présentée chaque année au CRPRP, ce qui a été le cas pour 64 % des DIRECCTE. Lors de sa réunion du 20 septembre 2012, le CRPRP de Bretagne a, par exemple, été consulté sur la définition des principaux points pris en compte pour la délivrance de l'agrément :

- gouvernance conforme aux dispositions réglementaires ;
- sectorisation (pertinence, temps de déplacement, etc.) ;
- actions en milieu de travail et pluridisciplinarité ;
- priorité donnée aux TPE/PME ;
- effectifs salariés par équipe pluridisciplinaire et périodicité ;
- veille et alerte ;
- professionnalisation des acteurs ;
- locaux adéquats.

En Languedoc-Roussillon, l'information a davantage porté sur les critères à respecter pour bénéficier d'une modulation de la périodicité des examens médicaux, à savoir le respect des recommandations de bonnes pratiques

labellisées par la Haute autorité de santé, des recommandations émises par les sociétés savantes, de celles du Conseil national de l'ordre des médecins ou encore de l'existence de protocoles infirmiers de qualité en complément des actions en milieu de travail.

En Champagne-Ardenne, des repères pour l'élaboration et l'examen des agréments ont été définis et présentés aux membres du CRPRP et aux services de santé au travail, qui portaient sur le calendrier, avec un objectif de finalisation des projets pluriannuels de service et de dépôt des dossiers de renouvellement d'agrément, le cas échéant, au 1^{er} avril 2013, sur la durée de ces agréments (pouvant être de deux ans en cas d'agrément conditionnel pour un service ne respectant pas les prescriptions du Code du travail ou inférieure à cinq ans pendant la phase de montée en puissance de la réforme), sur la modulation de la périodicité des examens médicaux et sur l'effectif maximal de travailleurs suivis par l'équipe pluridisciplinaire.

Enfin, la DIRECCTE Provence - Alpes - Côte d'Azur a identifié six points de vigilance pour l'instruction des demandes d'agrément, qui contribuent à répondre aux besoins régionaux spécifiques, aux enjeux de la réforme, à la nécessaire harmonisation des compétences et des moyens des services ainsi qu'aux priorités définies dans le Plan régional de santé au travail 2010-2014 (PRST 2) :

- une couverture équilibrée du territoire régional ;
- une mise en place des gouvernances paritaires en portant une attention particulière aux nouveaux statuts et règlements intérieurs, à la formation des membres et aux temps dédié au trésorier du CA et au président de la commission de contrôle ;
- la qualité des projets de services et des CPOM ;
- une cohérence des moyens humains du service pour assurer le suivi des effectifs salariés, y compris par rapport aux autres services de la région ;
- des actions de prévention détaillées, répondant aux enjeux de la prévention primaire et s'inscrivant dans les CPOM ;
- les préalables à remplir pour obtenir une modulation de la périodicité des visites médicales.

Les principaux points saillants des décisions d'agrément

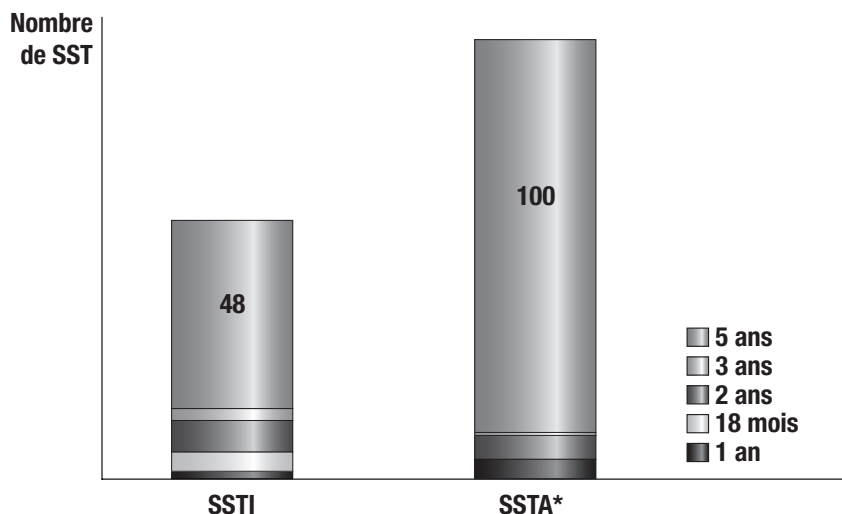
L'agrément doit permettre, notamment par la mobilisation de deux nouveaux leviers détaillés ci-dessous, d'améliorer la qualité du service rendu aux entreprises adhérentes et à leurs salariés.

La durée des agréments accordés depuis le 1^{er} juillet 2012

Concernant les services de santé au travail interentreprises, les 66 décisions d'agrément accordées analysées se caractérisent par une durée d'agrément variant de un an à cinq ans pour permettre aux services de se mettre en

conformité avec la nouvelle réglementation. Elle est essentiellement de trois ans ou de cinq ans pour les services de santé au travail autonomes (112 décisions d'agrément).

Répartition des agréments accordés depuis le 1^{er} juillet 2012 par durée



Sur un échantillon de 178 SST soit un taux de réponse de 97 %

*Services de santé et sécurité au travail autonomes.

La modulation des visites périodiques, un levier qui semble faiblement mobilisé

Si le principe de la périodicité de vingt-quatre mois pour les examens médicaux demeure, la réforme issue de la loi du 20 juillet 2011 et de ses deux décrets d'application du 30 janvier 2012 autorise une modulation de cette périodicité, dans le cadre de l'agrément accordé par la DIRECCTE, sous réserve d'assurer un suivi adéquat de la santé du salarié, de mettre en place des contreparties (entretiens infirmiers et actions pluridisciplinaires annuelles) et de tenir compte des recommandations de bonnes pratiques lorsqu'elles existent. Cette possibilité est ouverte aux services de santé au travail interentreprises comme autonomes.

Parmi les trente-sept services de santé au travail autonomes dont la décision d'agrément ou de refus d'agrément⁽³⁾ a pu être analysée, seuls six ont demandé une modulation de la périodicité des examens médicaux. Force est donc de constater que peu de services autonomes se sont saisis de cette opportunité, ce qui s'explique probablement par leurs ressources disponibles en temps médical, qui leur permettent d'assurer un suivi individuel de l'état de santé de leurs salariés sans modulation.

3) Compte tenu des spécificités réglementaires qui leur sont applicables, les services de santé au travail autonomes de La Poste ne sont pas retenus dans notre analyse alors même qu'ils ont fait l'objet de décision d'agrément dans le courant de l'année 2012.

Concernant les services de santé au travail interentreprises, sur les soixante-et-onze agréments accordés depuis le 1^{er} juillet 2012, soixante-deux décisions d'agrément, prononcées par seize DIRECCTE ont été analysées. Trente-six décisions d'agrément accordent une modulation de la périodicité des visites médicales alors que treize décisions les refusent et que les dix-neuf autres ne mentionnent rien⁽⁴⁾.

Les modulations accordées à l'espacement des examens médicaux par les DIRECCTE se traduisent, dans la grande majorité des cas, par une périodicité uniforme qui distingue deux cas de figure :

- celui des salariés en surveillance médicale renforcée, avec des examens médicaux tous les 24 mois dans dix décisions (soit 16 %), tous les 36 mois dans un cas et tous les 48 mois dans cinq décisions (soit 8 %) ;
- celui des autres salariés, avec des examens médicaux tous les 48 mois dans quinze décisions (soit 24 %), tous les 36 mois dans deux décisions, tous les 60 mois dans une décision et tous les 72 mois dans trois décisions.

Le GEST 05 jouit, par exemple, d'une dérogation à la périodicité des examens médicaux pour la surveillance médicale simple qui est portée à 48 mois pour l'ensemble des salariés (hors intérimaires) des entreprises du département des Hautes-Alpes, étant donné qu'ils bénéficieront, entre ces examens médicaux et dans le respect des dispositions des articles R. 4623-14 et R. 4623-31 du Code du travail, d'entretiens infirmiers et que cette dérogation *“est de nature à optimiser l'utilisation de la ressource médicale disponible au sein des équipes pluridisciplinaires constituées, et par là même, de permettre le renforcement de l'action pluridisciplinaire dans les entreprises telle que définie dans le projet pluriannuel du service”*. La décision d'agrément précise, par ailleurs, l'interdiction de déroger à la périodicité des examens médicaux pour certaines catégories de salariés : salariés bénéficiant d'une surveillance médicale renforcée, travailleurs de nuit, salariés nécessitant un suivi post-expositionnel conformément aux recommandations de la Haute autorité de santé (HAS), salariés affectés au transport de personnel, salariés affectés au transport sur route de matières dangereuses ; salariés affectés à la conduite de levage et de charges ou de personnes, salariés affectés à la conduite de véhicules poids lourds. Cette décision d'agrément propose une périodicité pour les visites médicales alors que la demande du GEST 05 n'est pas aussi précise, que ce soit dans son projet pluriannuel de service ou dans sa demande d'agrément. Le service avance des pistes pour réfléchir à une modulation en fonction des branches professionnelles (et non de la catégorie surveillance médicale renforcée – SMR), de l'âge, de la pénibilité ou du niveau de prévention dans l'entreprise et les met en perspective avec les ressources humaines et matérielles disponibles.

4) Le total de ces décisions dépasse 62, car six d'entre elles contiennent à la fois des dispositions d'acceptation et de refus.

Concernant l'ASTE 91, la définition de la modulation de la périodicité des visites médicales repose sur un échange entre le service, à partir de la demande initiale formulée dans son projet pluriannuel de service, et la DIRECCTE. En s'appuyant sur les ressources médicales et pluridisciplinaires disponibles ainsi que sur la mise en place des entretiens infirmiers, la DIRECCTE a autorisé, dans sa décision d'agrément, des dérogations :

- pour les salariés non soumis à une surveillance médicale renforcée : un examen médical périodique au moins tous les quatre ans avec un entretien infirmier au moins tous les trois ans et la mise en place d'actions pluridisciplinaires annuelles ;
- pour les salariés soumis à une surveillance médicale renforcée liée au bruit : un examen médical périodique au moins tous les quatre ans avec la réalisation d'un examen de nature médicale tous les deux ans et un entretien infirmier dans l'intervalle.

La lettre d'accompagnement précise, par ailleurs, que pour les salariés relevant d'un autre type de surveillance médicale renforcée, il n'y a pas de dérogation, les examens périodiques devant donc intervenir au maximum tous les vingt-quatre mois.

Certaines demandes des services de santé au travail ont été rejetées pour non conformité de la réglementation applicable, en particulier sur le travail de nuit ou sur les visites d'embauche, comme pour l'ASMT 65. Dans le cadre de son projet pluriannuel, ce service a formalisé une demande précise d'adaptation de la périodicité des visites médicales et de la visite d'embauche des salariés en CDD, à partir d'un diagnostic des ressources médicales disponibles et du volume que représentent ces visites périodiques et d'embauche, en détaillant selon deux périodes.

Pour la période 2013-2016, le SSTI a demandé :

- pour les salariés en surveillance médicale renforcée : une visite par le médecin du travail ou le collaborateur médecin tous les quatre ans avec un entretien infirmier à l'issue des deux ans ;
- pour les salariés en surveillance médicale simple : une visite par le médecin du travail ou le collaborateur médecin tous les cinq ans avec un entretien infirmier à deux ans et demi ;
- pour les travailleurs de nuit : un entretien infirmier ou une action de prévention par l'infirmier une fois par an et une visite par le médecin du travail une fois par an ;
- pour les salariés en surveillance médicale simple et en CDD de moins de 45 jours, en faisant le parallèle avec les saisonniers de moins de 45 jours : organisation d'actions de formation et de prévention qui dispenseraient de la visite d'embauche.

À partir de 2017, compte tenu des projections en termes de ressources médicales (- 1 équivalent temps plein – ETP), le SSTI a proposé :

- pour les salariés en surveillance médicale renforcée : un entretien infirmier tous les deux ans ;
- pour les salariés en surveillance médicale simple : un entretien infirmier tous les trois ans ;
- pour les travailleurs de nuit : un entretien infirmier ou une action de prévention par l'infirmier une fois par an et une visite par le médecin du travail une fois par an ;
- pour les salariés en surveillance médicale simple et en CDD de moins de 45 jours, en faisant le parallèle avec les saisonniers de moins de 45 jours : organisation d'actions de formation et de prévention qui dispenseraient de la visite d'embauche.

La DIRECCTE, dans sa décision d'agrément, en se fondant sur la qualité du projet pluriannuel de service, les modalités d'organisation et de fonctionnement du service, les moyens dont il dispose, et notamment la composition des deux équipes pluridisciplinaires et la mise en place des entretiens infirmiers et des actions pluridisciplinaires, a accordé une dérogation à la périodicité des seules visites médicales périodiques de quatre ans avec entretien infirmier intermédiaire pour les salariés bénéficiant d'une surveillance médicale renforcée et de cinq ans avec un entretien infirmier intermédiaire pour les salariés ne bénéficiant pas d'une surveillance médicale renforcée.

Les quatre services rencontrés ont aussi fait part des difficultés qu'ils allaient rencontrer à plus ou moins court terme, compte tenu des départs en retraite prévisibles de leurs médecins du travail et des difficultés de recrutement, pour remplir toutes leurs obligations légales en matière de suivi individuel de l'état de santé des salariés. Cette préoccupation est souvent partagée par les membres de l'équipe pluridisciplinaire et les partenaires sociaux du service. Ces difficultés sont aussi relevées par certaines DIRECCTE.

Enfin, au vu des décisions d'agrément prises par les DIRECCTE, il semble que la modulation de la périodicité des examens médicaux périodiques ne soit pas encore véritablement appréciée au cas par cas et de manière fine pour tenir compte des expositions réelles aux risques professionnels et des caractéristiques de la population suivie ainsi que des priorités, de l'organisation et des moyens de chaque service pour la catégorie de salariés qui bénéficierait d'une telle modulation. Cette modulation apparaît au mieux pensée au niveau d'un service de santé au travail, voire d'une des deux grandes catégories de salariés (soumis à une surveillance médicale renforcée ou non). Certains acteurs, en particulier les médecins du travail, vont même encore plus loin en posant la question de la définition de la périodicité

des examens médicaux par l'État, alors qu'elle relèverait davantage d'une pratique professionnelle, comme pour les autres spécialités médicales.

L'appropriation de ce nouvel outil par les différents acteurs (équipe pluridisciplinaire, dont médecin du travail, direction du service, gouvernance du service et DIRECCTE), collectivement et individuellement, doit encore être approfondie. Il est donc difficile, à ce stade, d'apprécier finement en quelle mesure cet assouplissement ouvert par la réforme de 2011 permet de répondre aux enjeux de démographie médicale qui se poseront à court terme.

Plus largement, la question du temps passé à répondre aux obligations réglementaires que constituent les visites d'embauche et les examens périodiques, malgré la pluridisciplinarité et la modulation de la périodicité, est souvent perçue comme un frein au redéploiement des actions du médecin du travail vers des visites médicales à forte valeur ajoutée en termes de suivi individuel de l'état de santé des salariés et de prévention, et vers des actions en milieu de travail. Les DIRECCTE, comme certains SSTI à travers leur projet pluriannuel de service et le Centre interservices de santé et de médecine du travail en entreprise (CISME), ou encore certains représentants syndicaux (SNPST, CFE-CGC), insistent sur l'importance de garantir l'accès aux médecins du travail pour les visites à la demande ou les visites de pré-reprise et de reprise par comparaison aux visites réglementaires obligatoires.

L'effectif maximal suivi par équipe pluridisciplinaire

L'agrément doit désormais fixer l'effectif maximum de salariés suivis par médecin du travail dans les services autonomes et par équipe pluridisciplinaire dans les services interentreprises afin d'améliorer la qualité du service rendu aux entreprises adhérentes et à leurs salariés. Il s'agit de conférer davantage de souplesse au service pour son organisation interne.

Les décisions d'agrément des SSTI indiquent dans 52 % des cas un effectif maximal de salariés que peut suivre une équipe pluridisciplinaire, sans que sa composition soit nécessairement explicitée.

Certaines DIRECCTE ont fixé un seuil unique pour tous les services de leur région, comme en Champagne-Ardenne, avec un effectif maximal de salariés suivis à 4 000 afin de prendre en compte, notamment, la problématique des travailleurs exposés à la pénibilité.

Concernant le GEST 05, la DIRECCTE Provence - Alpes - Côte d'Azur a fixé un effectif maximal de travailleurs suivis par équipe pluridisciplinaire de santé au travail à 10 000, en rappelant que cette équipe doit être composée de plusieurs médecins du travail, d'au moins un infirmier en santé au travail, d'une assistante en santé au travail et d'un intervenant en prévention des

risques professionnels, et qu'elle est aidée par les spécialistes du service de santé au travail (psychologue, ergonome, etc.).

À partir de l'analyse de 62 décisions d'agrément, les tendances suivantes se dégagent en termes d'effectifs maximum suivis par équipe pluridisciplinaire :

Seuil de salariés maximum suivis par équipe pluridisciplinaire

Seuil des salariés	Nombre de SST	Part des SST
De 3 300 à 5 000 salariés	22	52 %
De 5 001 à 10 000 salariés	8	19 %
De 10 001 à 20 000 salariés	4	10 %
De 20 001 à 30 000 salariés	1	2 %
De 30 001 à 60 000 salariés	7	17 %

Il semble d'autant plus difficile de fixer un effectif maximal de salariés suivis par équipe pluridisciplinaire, cohérent au sein d'une région et entre les régions, que leur composition témoigne d'une grande variété et d'une disparité dans l'organisation, le nombre de personnes et les compétences.

Les pratiques et le contenu des décisions d'agrément sur la modulation de la périodicité des examens médicaux périodiques sont donc différents d'une région à l'autre et d'un service à l'autre pour tenir compte notamment des réalités territoriales, des ressources médicales et pluridisciplinaires, des choix organisationnels et des particularités des entreprises et salariés suivis. Les éléments disponibles ne permettent pas à ce stade de vérifier si cette hétérogénéité constatée par plusieurs acteurs est uniquement le reflet de situations différenciées des salariés et des entreprises, ou si celle-ci traduit des distorsions de traitement de situations identiques, ce qui est plus problématique.

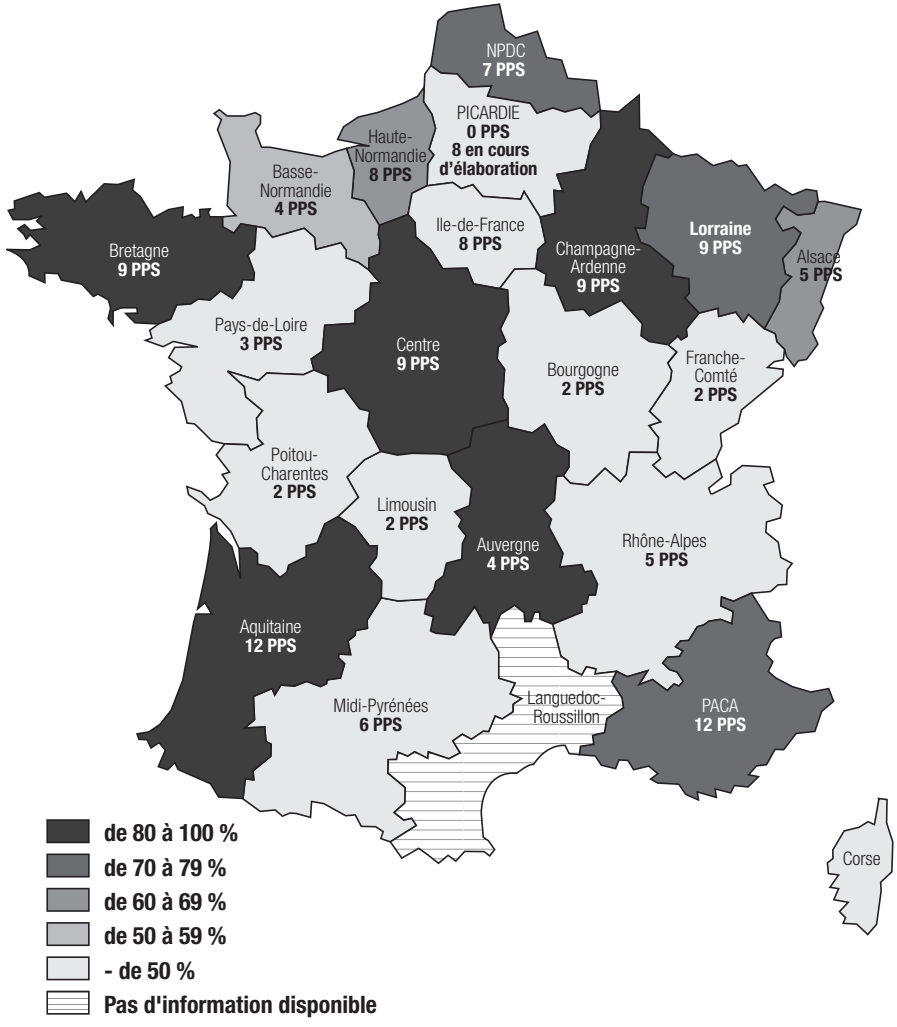
1.3. LE PROJET PLURIANNUEL DE SERVICE, UN DOCUMENT PIVOT POUR L'AGRÉMENT ET LA CONTRACTUALISATION ET UN ÉLÉMENT CENTRAL POUR LA GESTION DU SSTI

La loi du 20 juillet 2011 a généralisé le projet pluriannuel de service, élaboré au sein de la CMT puis approuvé par le CA avant d'être mis en œuvre par le service de santé au travail. Il constitue un document structurant, véritable support d'un dialogue constructif sur les objectifs et les priorités partagés du service ainsi que sur les modes d'action et de fonctionnement. C'est donc un cadre d'action commun pour tous les acteurs du service de santé au travail (directeur, équipe pluridisciplinaire dans toutes ses composantes), un repère pour les entreprises adhérentes et un document pivot pour les pouvoirs publics et le service dans la démarche de contractualisation et d'agrément.

119 projets pluriannuels de service ont été adoptés, ce qui porte la proportion de services ayant finalisé ce document à 44 % depuis la réforme issue de la loi du 20 juillet 2011.

La répartition géographique est la suivante.

Taux de SST ayant réalisé un projet pluriannuel de service



En région Midi-Pyrénées par exemple, sur dix-sept SSTI, onze disposent d'un projet pluriannuel de service abouti ou en voie de finalisation alors que seuls 25 % des SSTI n'ont pas encore initié cette dynamique ou qu'ils l'ont fait sans en informer la DIRECCTE. C'est surtout le cas des services dont l'agrément arrive à échéance à partir de 2015. Selon la DIRECCTE, les

SSTI de tailles petite ou moyenne ont réussi à élaborer des projets cohérents plus rapidement et surtout des projets qui semblent réellement mettre en mouvement les divers professionnels autour de priorités et d'objectifs partagés, quand les gros services rencontrent plus de difficultés.

Le projet pluriannuel de service, une pratique reconnue et généralisée par la loi du 20 juillet 2011 qui répond à des objectifs ambitieux

Le projet pluriannuel de service doit d'abord permettre de positionner le service dans son environnement, qu'il s'agisse des entreprises adhérentes (employeurs et salariés) ou des autres acteurs de la santé au travail, en rendant plus visibles et lisibles les actions menées. Construit dans une logique pluriannuelle, il tend à devenir un outil de programmation qui aide le service à entrer dans une logique d'anticipation et de conception d'une stratégie cohérente, et non plus seulement d'actions juxtaposées. Enfin, c'est un document qui peut contribuer à fédérer les équipes pluridisciplinaires, voire l'ensemble du personnel.

Un document pivot entre l'agrément et la contractualisation

Le CPOM, l'agrément et le projet pluriannuel de service sont des leviers d'action pour la politique régionale de santé au travail qui répondent à des logiques différentes mais qui doivent s'articuler au mieux dans la mesure où ils interagissent étroitement. Ce projet, en partant des objectifs en matière de prévention fondés sur des éléments de diagnostics locaux, définit les priorités d'action du service, qui s'inscrivent aussi dans un environnement institutionnel régional.

Dans un objectif de cohérence entre ces trois documents, en particulier dans la phase de montée en puissance de la réforme, qui ne permet pas d'établir une chronologie stricte, l'accent a été mis sur les échanges entre le service, la DIRECCTE et la Carsat à toutes les étapes. Comme précisé par la circulaire du 9 novembre 2012, ces échanges peuvent avoir lieu en amont ou au cours de l'élaboration du projet pluriannuel de service et, en tout état de cause, avant son adoption définitive par le CA.

Ainsi, en région Rhône-Alpes ou Auvergne, la DIRECCTE et la Carsat ont rencontré, ensemble, toutes les CMT des SSTI avec, éventuellement, la participation de membres du CA, pour les sensibiliser et les impliquer dans l'élaboration de leur projet pluriannuel et sa mise en œuvre.

En région Provence - Alpes - Côte d'Azur, l'ensemble des projets de service finalisés a été présenté au cours d'une réunion de travail associant la DIRECCTE, la direction des SSTI, parfois accompagnée de l'équipe projet dédiée, et la Carsat.

Un document structurant pour fédérer le service et donner corps à la pluridisciplinarité

Pour l'AST 62-59, au-delà d'une obligation réglementaire, le projet de service est l'occasion, d'une part, de rendre lisible l'existant en le consolidant dans un cadre formalisé et, d'autre part, de dynamiser et d'impliquer les équipes pluridisciplinaires autour de besoins communs dans l'objectif de développer des méthodologies d'intervention harmonisées. Ce projet est donc conçu comme un outil mobilisateur et fédérateur, qui crée une dynamique interne grâce à une démarche d'élaboration participative et engageante (cf. infra), qui a vocation à être un document de référence pour donner des repères aux équipes dans l'exercice de leur activité en posant des principes d'action et des orientations stratégiques, et qui est, par nature, évolutif en fonction des demandes, des besoins émergents et des pratiques.

C'est aussi une appréciation partagée par les DIRECCTE qui estiment, comme en Midi-Pyrénées, que *“ce travail de réflexion autour des missions du service, lorsqu'il est déroulé dans un climat serein de confiance mutuelle entre professionnels et de dialogue social de qualité dans le service, a permis de souder et motiver les équipes en clarifiant le sens du travail effectué et à venir”*.

Néanmoins, il peut être difficile, en particulier pour les médecins du travail de la CMT, de se rendre disponibles pour s'engager dans la démarche d'élaboration du projet pluriannuel, de sorte que certains projets peuvent davantage être le fruit de la direction du service, de médecins coordonnateurs ou référents, ou d'autres composantes de la pluridisciplinarité, plus disponibles.

Des modalités d'élaboration variées

Une pluralité d'acteurs impliqués dans l'élaboration du projet pluriannuel de service, qui dépasse bien souvent la commission médico-technique

L'AST 62-59 a choisi une organisation en mode projet pour élaborer son projet pluriannuel de service, afin d'impliquer l'ensemble des équipes pluridisciplinaires et du personnel du service. Il s'agit d'abord de créer une dynamique de projet qui repose sur une gouvernance formalisée, avec plusieurs instances de pilotage :

- l'équipe projet restreinte (quatre personnes), composée du directeur opérationnel du service, du médecin référent pour le projet de service (désigné par la direction du service) et des deux chargées de projet, a pour mission de proposer une démarche systématiquement discutée en comité stratégique et validée en CMT : elle a donc exclusivement un

rôle de pilotage du processus d'élaboration du projet pluriannuel, sans intervention sur son contenu ;

- le comité stratégique (treize personnes), composé de membres issus de la CMT sur la base du volontariat (cinq médecins du travail, une diététicienne addictologue, une toxicologue industrielle et une infirmière), du médecin référent pour la pluridisciplinarité et de l'équipe projet : il prépare les échanges qui auront lieu en CMT en formulant des objectifs, en définissant des méthodes, des outils ainsi que des priorités et en identifiant aussi les limites, les contraintes et les conditions de réussite. Toutes ces productions sont soumises à la CMT pour avis et validation ;
- la CMT (quinze personnes) élabore le projet pluriannuel de service à partir des propositions discutées en comité stratégique ;
- le CA se prononce sur les orientations prises par la CMT dans la perspective de définir les moyens nécessaires à leur mise en œuvre.

Afin d'impliquer l'ensemble des équipes et de créer une dynamique collective et participative de proximité, des réunions sont organisées par catégorie de personnels ou de fonctions occupées dans le service, afin de diffuser des informations sur les grandes orientations du projet, mais aussi de recueillir leurs représentations et avis. Dans ce cadre, les médecins délégués de secteur ont un rôle essentiel à jouer en tant que pilotes, fédérateurs pour leur secteur et interfaces entre la CMT et leur secteur (dans une double logique ascendante et descendante).

Pour nourrir plus précisément les axes prioritaires du projet pluriannuel, l'AST 62-59 s'appuie sur des groupes de travail thématiques qui pouvaient exister avant et qui ont vocation à produire des fiches actions types. Ces dernières comportent des éléments de contexte (enjeux, objectifs), un descriptif synthétique de l'action, un calendrier prévisionnel de mise en œuvre, une identification des acteurs concernés, des éléments d'évaluation (indicateurs, outils, résultats attendus) et des éléments de communication.

Aussi efficace que soit cette organisation en mode projet, elle pose néanmoins question, non seulement en terme de transférabilité dans d'autres services de santé au travail interentreprises (de taille plus modeste ou moins familiers des démarches de projets) mais aussi par rapport aux missions de la CMT et à son articulation avec les autres instances de pilotage. Le projet pluriannuel de service doit être élaboré, conformément à la réglementation, par la CMT.

L'ASTE 91 a engagé, dès le mois de décembre 2011, des réflexions en CMT, a sensibilisé l'ensemble de son personnel et l'a formé sur le projet de service et sur la démarche collective. À l'issue d'un séminaire réunissant l'ensemble du personnel, et après analyse des besoins, des groupes de travail ont été constitués sur la base du volontariat (entre cinq et dix personnes avec une représentation de tous les métiers). Ces groupes préparent les travaux

de la CMT en recueillant d'abord les données nécessaires, avec une réflexion particulière sur les indicateurs, puis en approfondissant certains thèmes. La CMT s'est réunie mensuellement pour examiner les résultats et propositions des groupes de travail avant de les soumettre à l'avis de la commission de contrôle et à l'approbation du CA. Pour accompagner cette démarche structurante, le service a recruté un chargé de mission, avec une expérience de l'élaboration de conventions d'objectifs et de gestion au sein de la mutualité sociale agricole.

Pour l'ASMT 65, la commission médico-technique a décidé d'installer un comité de pilotage (Copil) du projet de service en mars 2012, composé de la directrice du service, du médecin coordonnateur, d'une secrétaire médicale, d'une infirmière, d'un médecin du travail, d'un intervenant en prévention des risques professionnels et d'une secrétaire, pour ouvrir l'élaboration du projet pluriannuel de service aux composantes non pluridisciplinaires du service. Ce Copil a d'abord travaillé sur les indicateurs utiles et disponibles pour analyser les besoins, en matière de santé au travail des salariés et de prévention dans les entreprises adhérentes d'une part, et de sensibilisation des employeurs et des salariés d'autre part. Puis il a réalisé les états des lieux de l'environnement et des ressources nécessaires à l'élaboration du projet pluriannuel. Les réflexions de ce Copil ont été nourries par des ateliers avec l'ensemble du personnel sur les indicateurs et sur les valeurs (en associant les membres du CA). En mars 2013, une CMT élargie a arrêté les grandes orientations thématiques du projet pluriannuel de service, qui ont fait l'objet d'une présentation au CA et à la commission de contrôle en avril.

L'élaboration du projet pluriannuel de service du GEST 05 a associé tous les professionnels du service, soit par leur implication dans le groupe projet de service ou dans le groupe de pilotage de la démarche de progrès en santé au travail, soit par leur participation aux groupes de travail thématiques ou à la CMT (réunions ordinaires ou élargies). Installé à l'initiative de la CMT, le groupe projet de service avait pour mission de piloter la démarche en définissant la méthode de travail (thèmes à traiter, choix des métiers à intégrer, délais à respecter, etc.), en répartissant les missions sur les différentes instances, en faisant participer les groupes existants à l'élaboration et à la mise en œuvre des actions prioritaires et en suivant l'avancement du projet. Il était aussi le garant du respect des objectifs et responsable de la prise de décisions nécessaires au bon déroulement du projet. Il était composé d'un représentant de chaque métier et accompagné par un consultant externe. L'avancement des travaux de ce groupe a été présenté à chaque CMT et au moins une fois par an à l'ensemble du service. Il faut toutefois noter que, si la méthode de décision au sein de ce groupe projet de service insistait prioritairement sur la recherche de consensus, elle prévoyait une voix prépondérante pour la direction du service en cas de blocage ce qui peut poser des questions. Une fois le projet pluriannuel

de service adopté par la CMT, il a été présenté au CA qui l'a approuvé à l'unanimité.

Plus largement, en Provence - Alpes - Côte d'Azur où une étude a été conduite par questionnaire, adressé en avril 2013 par la DIRECCTE aux seize SSTI⁵⁾, les tendances suivantes se dégagent :

- la CMT et les membres volontaires du personnel (en groupe de travail ou non) sont les acteurs principaux de la conception et de l'élaboration du projet pluriannuel de service ;
- la CMT joue bien un rôle moteur et central, en intervenant en amont et en aval des travaux des différents groupes de travail thématiques qui ont pu être créés, pour structurer les réflexions, en assurer le suivi, les enrichir et les valider techniquement ;
- le CA est souvent simplement informé au terme du processus d'élaboration du projet pluriannuel de service, même s'il peut être impliqué en amont sur l'architecture du projet ;
- la commission de contrôle et les autres instances représentatives du personnel du service de santé au travail sont sollicitées pour information et, le cas échéant, consultées au terme du processus.

Force est de souligner la diversité des pratiques et des choix faits en matière organisationnelle pour élaborer le projet pluriannuel de service alors même qu'il est réglementairement prévu que son élaboration se fasse dans le cadre de la CMT. Ceci plaide pour des échanges entre services de santé au travail interentreprises, avec le cas échéant les autres acteurs institutionnels régionaux (DIRECCTE, Carsat) pour identifier des bonnes pratiques et ouvrir des perspectives à l'ensemble des services.

Le diagnostic des besoins en santé et en prévention, une étape incontournable du projet pluriannuel de service

À partir de l'analyse d'un échantillon de projets pluriannuels de service, il apparaît que le diagnostic des besoins en santé au travail et en prévention des entreprises, des employeurs et des salariés est une étape incontournable de l'élaboration du projet qui conditionne, en partie, sa qualité.

Ce diagnostic des besoins doit placer le SSTI en capacité d'identifier les problématiques principales auxquelles les médecins sont confrontés, les problèmes de santé contractés par les salariés du fait de leur travail, l'état de santé attendu pour que les salariés puissent exercer leur métier, l'état de la prévention des entreprises au sein du secteur, les besoins en matière de prévention au sein du secteur et des différentes entreprises, ainsi que les écarts de représentation entre le salarié, l'employeur et le médecin du travail concernant les risques.

5) 9 SSTI ont répondu.

Pour ce faire, ces diagnostics doivent se nourrir des connaissances plurielles portées par les professionnels de terrain que sont les médecins du travail (pour leur vision médicale spécialisée de l'impact des risques identifiés sur la santé des salariés), mais aussi par les intervenants en prévention des risques professionnels et les autres membres de l'équipe pluridisciplinaire, et les mettre en perspective avec les données régionales disponibles en matière de santé au travail, telles que les statistiques de sinistralité de la sécurité sociale ou de santé publique.

En Midi-Pyrénées comme en Provence - Alpes - Côte d'Azur, par exemple, l'élaboration de ce diagnostic territorial des besoins en santé au travail constitue une vraie difficulté pour les services d'autant que leur système d'information ne permet pas toujours une exploitation collective aisée des données collectées en termes de risques présents dans les entreprises ou de suivi de l'état de santé. Les logiciels existants répondent avant tout au besoin de recueil de données pour renseigner les rapports administratifs et financiers ou les rapports d'activité des médecins du travail. De plus, peu d'indicateurs pertinents sont disponibles.

Force est donc de constater, comme l'a déjà souligné la Cour des comptes dans son rapport public thématique de novembre 2012, que, même si ces données existent, elles sont insuffisamment structurées, de sorte que la connaissance de l'état de santé des populations au travail et des besoins de prévention des entreprises peuvent apparaître trop intuitives, trop peu formalisées ou dans des formes qui ne permettent pas l'agrégation, le partage ou la mutualisation, ou encore l'exploitation.

C'est pourquoi il est fréquent de voir un axe du projet pluriannuel de service ou du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens porté sur le recueil statistique et le diagnostic partagé, avec l'expression d'un besoin d'harmonisation des pratiques.

Le besoin d'un outillage méthodologique

Au-delà des difficultés pour élaborer un diagnostic territorial fin des besoins en santé au travail et en prévention des risques professionnels au niveau de leurs secteurs géographiques et professionnels, les SSTI manifestent un besoin d'outillage méthodologique, notamment sur la conduite de projet, voire sur des thématiques plus précises. La rédaction d'un projet pluriannuel de service mobilise, en effet, de nouvelles compétences qu'il faut développer et de nouveaux repères professionnels qu'il convient d'acquérir.

Ainsi, la DIRECCTE Midi-Pyrénées évoque un "désarroi méthodologique" de la part de la quasi-totalité des SSTI, qu'il s'agisse de la direction ou des membres de l'équipe pluridisciplinaire, ce qui a pu se traduire par le recours à des consultants externes avec des résultats plutôt positifs, notamment quant à l'apport de références méthodologiques qui pouvaient faire défaut.

La DIRECCTE, en particulier les médecins inspecteurs du travail, a aussi apporté un appui aux SSTI dans leur démarche d'élaboration des projets pluriannuels de service grâce à des actions de formation conjointe avec l'IREPS (Instance régionale d'éducation et de prévention pour la santé) consacrées au diagnostic des besoins en santé au travail pour cinq SSTI, grâce à la mise en place d'une commission régionale épidémiologique qui traite régulièrement des questions relatives à l'utilisation des indicateurs quantitatifs en santé au travail, voire grâce à des réponses plus ponctuelles sur des demandes spécifiques pour quatre SSTI.

Certains SSTI ont choisi de recourir à des consultants externes, notamment pour qu'ils leur apportent des compétences et des références méthodologiques en termes de conduite de projet. Ainsi, en Alsace, sept des huit services ont fait appel à un intervenant extérieur commun, après avis favorable de leur CMT, pour les aider méthodologiquement, ce qui a été suivi de très près par l'inspection du travail. En Provence - Alpes - Côte d'Azur, six SSTI ont été assistés par des consultants, soit en amont, soit pendant la conception de leur projet pluriannuel de service, pour les aider à organiser les données ou à mettre en forme et à dépouiller le questionnaire adressé aux entreprises adhérentes, pour analyser les besoins, pour les accompagner dans l'élaboration et la formalisation du projet ou encore pour leur apporter des repères en matière de gestion prévisionnelle des emplois et des compétences et de formation des personnels.

Ce recours à des consultants externes ne doit toutefois pas conduire à priver la CMT de ses marges de manœuvre et de propositions en matière d'élaboration du projet pluriannuel de service, mais bien l'outiller et l'accompagner dans une démarche nouvelle.

D'autres services ont proposé des actions de formation de type méthodologique (gestion ou animation de projet, communication, conduite de réunion) aux membres de la commission médico-technique, aux chefs de projets, aux responsables de groupe de travail ou aux référents identifiés, voire à l'ensemble du personnel. L'ASTE 91 comme l'ASMT 65 ont ainsi commencé par former l'ensemble de leur personnel et plus particulièrement des chefs de projet ou responsables de groupe de travail aux enjeux du projet pluriannuel de service, avec une attention particulière portée à la question des indicateurs et à la conduite de projet, avant de se lancer dans la démarche.

Analyse succincte du contenu des projets pluriannuels de service

Selon l'étude conduite par la DIRECCTE Provence - Alpes - Côte d'Azur auprès des seize SSTI de la région, leurs projets pluriannuels de service comportent d'abord une partie de données descriptives (analyse du contexte

de la santé au travail sur les territoires d'intervention, référence aux orientations et priorités régionales et aux données mobilisables, présentation du service, de ses missions, des compétences, de l'organisation et des moyens disponibles) puis des éléments prospectifs (enjeux, priorités et objectifs ; actions à mettre en œuvre ; évolution des ressources, des compétences et des moyens envisagés ; mobilisation dans le cadre des dynamiques de projet régionales) et enfin des informations relatives au suivi et au pilotage du projet (modalités de communication interne et externe ; indicateurs pour chaque action ; organe de suivi et de pilotage ; dispositif d'évaluation avec parfois des modalités de réactualisation du projet).

En Midi-Pyrénées, certains SSTI ont rencontré des difficultés pour proposer dans leur projet pluriannuel de service des actions à destination des entreprises, le document restant très centré sur les changements d'organisation internes, propres au service. C'est pourquoi la DIRECCTE s'est montrée particulièrement vigilante pour que ces SSTI s'engagent sur des actions pluridisciplinaires déployées dans les entreprises. D'autres DIRECCTE ont souligné, quant à elles, le contenu trop confus de certains projets qui témoignait parfois de la nouveauté de l'exercice.

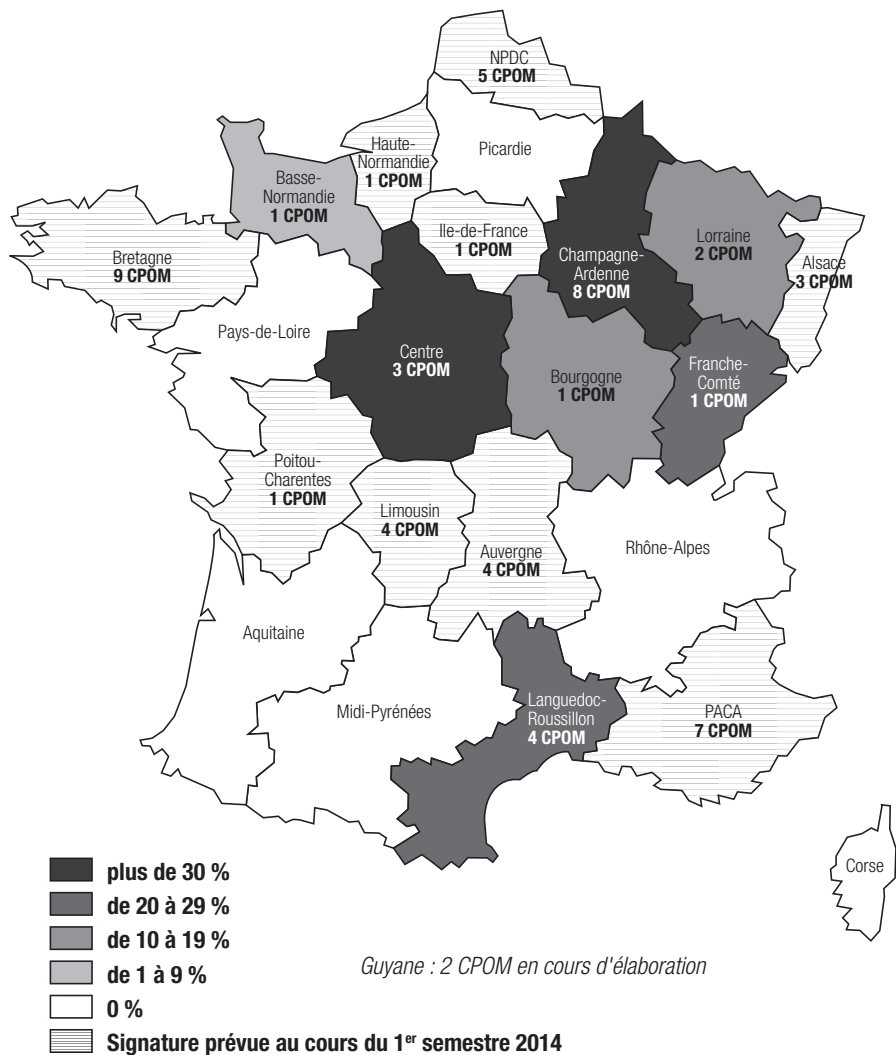
1.4. LA CONTRACTUALISATION, UN NOUVEAU LEVIER D'ACTION PARTAGÉ

Innovation majeure de la loi du 20 juillet 2011, le Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) est conclu, pour une période maximale de cinq ans, entre le service de santé au travail interentreprises, la DIRECCTE et la Caisse (Carsat), après avis du CRPRP (dans une formation restreinte) et de l'agence régionale de santé.

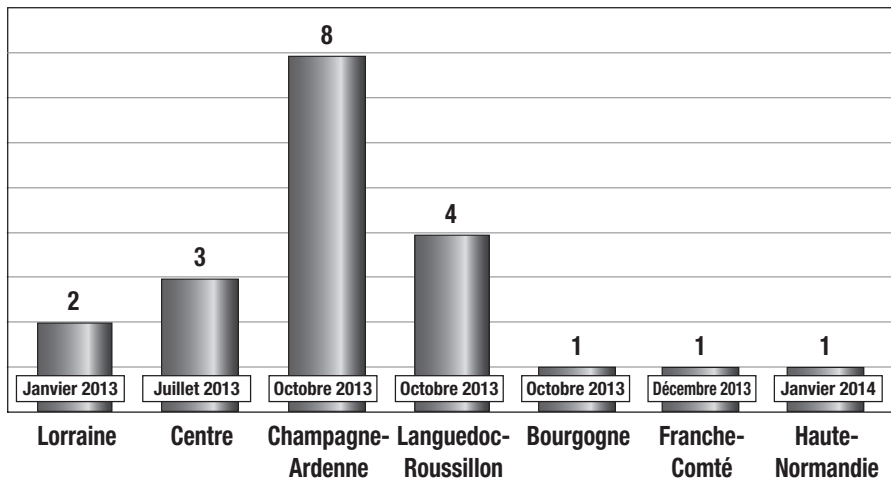
Le CPOM est obligatoire pour chaque SSTI agréé, y compris pour ceux agréés antérieurement à la réforme et dont l'agrément perdure au-delà du 1^{er} juillet 2012. Il s'agit avant tout d'une démarche volontaire qui lie trois parties prenantes, avec pour objectif d'aboutir à un consensus partagé et ambitieux, pour mettre en œuvre les priorités d'action du projet pluriannuel de service, en cohérence avec les objectifs régionaux de santé au travail et de prévention, définis notamment dans le cadre du plan régional santé au travail (PRST) et de la déclinaison territoriale de la Convention d'objectifs et de gestion (COG) de la branche AT-MP de l'assurance maladie.

Au 31 décembre 2013, seuls dix-neuf CPOM ont été signés dans six régions. Mais la dynamique régionale autour de la contractualisation existe, puisqu'il n'y en avait que cinq au 30 juin 2013 (deux en Lorraine et trois dans la région Centre), qu'un dernier a été signé le 29 janvier 2014 en Basse-Normandie et qu'une trentaine devrait être finalisée dans le courant du premier semestre 2014.

Taux de SST ayant signé un CPOM



Chronologie des CPOM signés



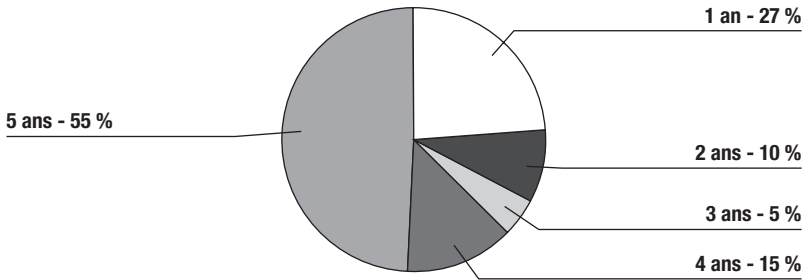
Selon la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS), qui a réalisé une enquête auprès des caisses régionales de sécurité sociale, dans onze des dix-neuf caisses ayant répondu, le calendrier de négociation des CPOM est lié au renouvellement de l'agrément des SSTI.

Cette articulation entre agrément, CPOM et projet pluriannuel de service n'est, en effet, pas figée de manière univoque par les textes réglementaires, en particulier dans la phase de montée en puissance et d'appropriation de la réforme du 20 juillet 2011, de sorte que leur élaboration doit se faire en cohérence, dans une temporalité adaptée aux enjeux propres à chaque situation.

On constate ainsi que sur les vingt CPOM signés au 31 janvier 2014, onze l'ont été avec des services agréés depuis le 1^{er} juillet 2012 et neuf avec des SSTI bénéficiant d'agréments antérieurs à la réforme.

La durée des CPOM varie de un à cinq ans, avec une majorité de CPOM de cinq ans (56 %).

Durée des CPOM signés



Construire des partenariats étroits pour assurer une meilleure synergie entre les interventions d'acteurs complémentaires

Afin de répondre à cet objectif ambitieux et d'éviter la multiplication et la juxtaposition des priorités, le CPOM doit faire l'objet d'un dialogue régulier et approfondi entre les trois parties contractantes pour parvenir à un consensus.

Une collaboration entre DIRECCTE, Caisse et SSTI aux formes variées

Pour accompagner la mise en œuvre de la démarche de contractualisation, la qualité et la fréquence des échanges entre la DIRECCTE et la Carsat, mais aussi entre la DIRECCTE, la Carsat et le service sont essentielles. Même s'il est encore trop tôt pour dresser un premier bilan, compte tenu notamment du nombre limité de CPOM signés, certaines tendances peuvent être dégagées.

Le partenariat entre les services de la DIRECCTE et de la Carsat, en amont même de la démarche de contractualisation avec le SST, permet d'établir un diagnostic préalable partagé des moyens et des besoins en matière de prévention des risques professionnels, en cohérence avec les orientations de la politique régionale de santé au travail. Il contribue à définir des priorités communes partagées et à identifier des actions qui pourraient être prioritairement proposées aux SSTI contractants, dans le respect de leur projet pluriannuel de service.

Des CPOM types ont parfois été élaborés en région. Ainsi, en Auvergne, un projet de convention cadre a été élaboré conjointement par la DIRECCTE et la Carsat avant d'être proposé aux SSTI, qui ont eu la possibilité de l'amender. C'est aussi le cas en Champagne-Ardenne, où des priorités régionales et des repères pour l'élaboration des CPOM ont été définis par la DIRECCTE et la Carsat avec l'association régionale des services de santé au

travail et validés par le comité de pilotage du PRST. Ces priorités devaient obligatoirement figurer au sein de chaque CPOM.

Certaines régions ont proposé une véritable méthode de travail harmonisée aux SSTI pour faciliter l'appropriation collective de ce nouveau levier de la politique régionale de santé au travail.

En Bretagne, par exemple, parallèlement au renouvellement des agréments, la DIRECCTE a conduit une démarche concertée avec la Carsat puis l'Organisme professionnel de prévention du bâtiment et des travaux publics (OPPBTP) pour proposer une méthodologie de négociation des CPOM à dix services, qui porte non seulement sur le contenu mais aussi sur le processus. Partant du principe que le CPOM doit organiser la convergence des priorités d'actions définies dans le PRST, la COG AT-MP et le plan Horizon de l'OPPBTP, une trame commune a été proposée au CRPRP, qui l'a validée le 6 juin 2013, et à l'ensemble des services de santé au travail. Elle s'organise autour de trois axes principaux : connaissance mutuelle, développement de la connaissance en santé travail et réalisation d'actions thématiques. Pour permettre la signature des CPOM dans des délais compatibles avec le renouvellement de l'agrément, trois rencontres de la DIRECCTE, de la Carsat et de l'OPPBTP avec chacun des services ont été prévues. La première est une prise de contact pour expliciter les objectifs des CPOM et la méthodologie afférente. La deuxième porte sur les actions à retenir dans le CPOM à partir des actions contenues dans le projet pluriannuel de service. La troisième est conclusive. Il convient de souligner que les unités territoriales, les ingénieurs de la Carsat et les conseillers de prévention de l'OPPBTP sont associés à partir de la deuxième réunion et que des groupes de travail peuvent être installés pour préciser le contenu des actions partenariales entre la deuxième et la troisième réunion.

La DIRECCTE Limousin a, quant à elle, organisé trois réunions de calage avec la Carsat et l'OPPBTP pour définir conjointement la méthodologie régionale de contractualisation à proposer aux SSTI, construire les modalités d'implication des partenaires sociaux et rédiger le CPOM cadre martyr qui serait présenté aux SSTI. Ce dernier s'articule autour de trois actions communes à tous les CPOM (prévenir la pénibilité au travail, contribuer à la veille sanitaire et contribuer au maintien dans l'emploi) et d'actions propres à chaque SSTI parmi une liste arrêtée au préalable (risques psychosociaux (RPS), risques chimiques cancérogènes, mutagènes ou toxiques pour la reproduction (CMR), troubles musculo-squelettiques (TMS), risque routier, risques émergents, etc.). Puis une réunion préparatoire avec les directeurs des SSTI a eu lieu, avant les réunions quadripartites et l'organisation d'un CRPRP extraordinaire pour valider les CPOM.

Au sein des services de santé au travail interentreprises, les modalités d'élaboration des CPOM et l'implication des différents acteurs sont aussi

plurielles. Il est, à ce stade, difficile de dégager des tendances structurantes. Mais, si le projet pluriannuel de service semble mobiliser largement les membres de l'équipe pluridisciplinaire, la démarche de contractualisation semble davantage portée par la direction du service, qui s'appuie sur le projet pluriannuel, ses priorités et ses actions, pour négocier avec la DIRECCTE et la Carsat. Cette méthode semble néanmoins contestée par certains acteurs, qui estiment que cette responsabilité devrait également incomber à l'équipe pluridisciplinaire.

Toutefois, cette démarche de contractualisation soulève des difficultés dans sa mise en œuvre, non seulement parce qu'elle suppose une appropriation collective des enjeux et méthodes de travail par des acteurs qui n'avaient pas toujours l'habitude de coopérer, mais aussi parce qu'elle nécessite du temps et de la disponibilité.

Dès lors, les appréciations portées par chacun des acteurs institutionnels sur le processus et sa dynamique sont variables. Certaines DIRECCTE semblent jouer un rôle moteur dans la démarche de contractualisation, quand d'autres sont perçues comme moins impliquées. Les Carsat apparaissent parfois comme très volontaristes, privilégiant la négociation des CPOM aux autres enjeux de la réforme de la médecine du travail.

Dans tous les cas, l'existence de bonnes relations antérieures entre la DIRECCTE et la Carsat, voire entre ces deux acteurs et les SSTI de la région, et notamment, parfois, le fait d'avoir réalisé auparavant des actions en partenariat, est un facteur facilitateur de la démarche de contractualisation.

Quelle implication des partenaires sociaux ?

L'implication et l'association étroite des partenaires sociaux dans le pilotage en amont comme dans le suivi de la contractualisation est un élément important de la réforme issue de la loi du 20 juillet 2011 et de ses deux décrets d'application, d'autant qu'ils ont vu leur rôle renforcé par la création des commissions régionales d'accidents du travail – maladies professionnelles (CRAT-MP) dans les caisses en 2009 et par les nouvelles missions confiées aux CRPRP en matière de politique régionale de santé au travail.

Espace privilégié d'échanges et d'information, les CRPRP constituent aussi l'instance de pilotage de la politique régionale de santé au travail. À ce titre, ils sont donc systématiquement consultés avant la signature d'un CPOM et généralement informés par les DIRECCTE en amont de cette finalisation.

Ainsi, en Alsace, le CRPRP a été consulté sur le projet de diagnostic régional de la santé au travail, construit à partir des éléments statistiques de la Carsat, des résultats des enquêtes régionales "maladies à caractère professionnel" réalisées auprès des médecins du travail, de la synthèse des rapports d'activité 2011 des médecins du travail, de certains éléments chiffrés

issus des rapports administratifs et financiers des SST, des résultats d'une enquête de 2012 sur le fonctionnement des Comités d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT) auprès des médecins du travail ou encore d'un questionnaire adressé à chaque service sur le bilan des actions collectives menées dans le cadre des précédentes conventions avec la Caisse régionale d'assurance maladie (CRAM), et enfin des éléments qualitatifs dégagés par l'inspection médicale du travail. Ce diagnostic présente, d'une part, les expositions aux risques professionnels et les atteintes à la santé des salariés, et, d'autre part, le fonctionnement des services de santé au travail, en insistant sur l'élaboration des projets de service, sur la ressource médicale en diminution et inégalement répartie et sur l'opportunité de la pluridisciplinarité. À partir de ce diagnostic, des orientations ont été soumises par la DIRECCTE Alsace et la Carsat au CRPRP pour déterminer quelles pourraient être les priorités proposées aux SSTI dans le cadre de la contractualisation. Un CPOM type a ensuite été rédigé.

En Champagne-Ardenne, une présentation annuelle de l'état d'avancement de tous les CPOM de la région sera faite au CRPRP afin d'identifier les bonnes pratiques et de pouvoir capitaliser sur les acquis en termes, de prévention et d'impact sur la santé au travail.

À l'issue d'un séminaire réunissant les présidents et vice-présidents des conseils d'administration des caisses et/ou des CRAT-MP, la branche Accidents du travail – Maladies professionnelles (AT-MP) a précisé les modalités d'implication des partenaires sociaux régionaux de la sécurité sociale dans le processus de contractualisation. Si la volonté d'être associés s'est avérée unanimement partagée, les points de vue ont grandement varié d'une caisse à l'autre, tant sur la forme de cette implication que sur le moment auquel elle devrait intervenir. Dans ces conditions, les instances délibératives de chaque caisse régionale ont été appelées à définir les modalités qu'elles souhaitaient voir mises en œuvre à cet égard. L'un des objectifs fixés aux caisses au titre du contrat pluriannuel de gestion pour 2013 portait précisément sur le respect de ces modalités. Dans onze caisses, les partenaires sociaux ont demandé à être régulièrement informés du déroulement des négociations avec les SSTI et la DIRECCTE, alors que dans six autres, les instances délibératives entendent se prononcer par un vote sur chaque CPOM, avant son adoption. Dans deux caisses, c'est une formule mixte qui a été retenue, avec un vote par la CRAT-MP sur le texte du CPOM et une information régulière des comités techniques régionaux. C'est généralement la CRAT-MP qui est l'instance associée au processus de contractualisation, sauf dans le cas de deux caisses qui ont fait le choix du conseil d'administration.

Au niveau des services de santé au travail interentreprises, les modalités d'association des instances de gouvernance sont variées.

Ainsi, le CPOM du service de santé au travail du BTP de la Côte-d'Or a été discuté en CMT et présenté pour avis à la commission de contrôle et pour validation au CA lors d'une réunion qui a porté conjointement sur le projet pluriannuel de service et le CPOM.

En Languedoc-Roussillon, trois CPOM ont fait l'objet de consultations du CA et de la commission de contrôle alors que celui de l'AIST Béziers a, de surcroît, été soumis à la CMT.

Les CPOM, des documents au contenu hétérogène selon les régions

La circulaire du 9 novembre 2012 n'a pas fixé de règles contraignantes quant au contenu des CPOM, partant du principe qu'ils devaient avant tout s'adapter aux priorités communes et partagées par les trois parties contractantes ainsi qu'aux réalités locales en matière de santé au travail. C'est pourquoi de nombreuses régions ont élaboré des CPOM cadres pour structurer leur élaboration et leur négociation, et ainsi faciliter leur appropriation, en s'appuyant notamment sur les grands chapitres précisés par la DGT et la Direction des risques professionnels de la branche AT-MP dans une note conjointe.

Une structuration qui reprend les grands chapitres proposés

Les CPOM étudiés respectent un certain formalisme, puisqu'ils mentionnent dans leur totalité l'avis du CRPRP et, dans une moindre mesure, celui de l'agence régionale de santé (83 % des cas), de la commission de contrôle et du CA. Dans les deux tiers des cas, la date de l'agrément est précisée dans les visas puisque le CPOM ne peut valablement être conclu qu'avec un SSTI agréé.

Le premier grand chapitre correspond à un rappel du contexte dans lequel s'inscrit le CPOM, en reprenant notamment les éléments de diagnostic régional partagé (dans 78 % des CPOM), les points de référence communs (PRST, déclinaison régionale de la COG AT-MP, projet pluriannuel de service) et le diagnostic sur les enjeux locaux de santé au travail, élaboré par le SST contractant dans le cadre de son projet pluriannuel de service. C'est sans doute cette adaptation du diagnostic régional aux réalités locales du service qui fait le plus défaut et qui est compensée par une présentation plus ou moins exhaustive du service et de ses moyens.

Le deuxième grand chapitre fixe les priorités communes, définies conjointement par le SSTI contractant, la DIRECCTE et la Carsat à partir des priorités identifiées dans le projet pluriannuel de service, dans le PRST et la déclinaison territoriale de la COG AT-MP ainsi que toute priorité commune à la DIRECCTE et à la Caisse.

Des priorités pouvant être communes à plusieurs SSTI, certaines régions ont défini des priorités régionales à reprendre dans tous les CPOM. En Île-de-France par exemple, les CPOM s'articuleront autour d'actions découlant des priorités régionales (prévention de la désinsertion professionnelle et une autre action au moins, en fonction du diagnostic du service, parmi la prévention de l'exposition aux risques CMR, des TMS, des RPS, du risque routier ou des accidents du travail), d'actions spécifiques au service, issues notamment des propositions des médecins du travail et des équipes pluridisciplinaires, qui pourront concerner un facteur de risque, un secteur d'activité ou un croisement des deux en s'orientant prioritairement vers les secteurs ou publics ayant la sinistralité la plus forte et enfin des actions mutualisées entre SSTI.

La même logique est à l'œuvre en Provence - Alpes - Côte d'Azur. Afin de garantir une cohérence régionale entre les différents CPOM tout en respectant le projet pluriannuel de chaque service, deux thématiques transversales seront intégrées dans tous les CPOM et donc investies conjointement par l'ensemble des SSTI agréés de la région. Il s'agit de l'amélioration concertée du suivi des populations intérimaires (notamment par la mise en place d'un portail intérimaire et la diffusion d'une fiche de liaison reprenant des informations communes) et du développement de la fiche d'entreprise en perspective de l'amélioration des diagnostics des besoins de santé au travail.

Si la substance de départ du CPOM est issue du projet pluriannuel de service, le CRPRP de Bourgogne a souhaité que figurent parmi les quatre ou cinq thèmes retenus pour chaque CPOM la fiche d'entreprise, qui doit être un outil d'alerte et d'évaluation des risques et un préalable éventuel à la rédaction du document unique d'évaluation des risques professionnels (DUER), et un thème parmi la prévention des RPS, des TMS, du risque chimique, la prévention de la désinsertion professionnelle, la traçabilité des expositions professionnelles, le risque routier au travail et de trajet en lien avec les organisations de travail, la prévention des addictions et les chutes de hauteur, l'enfouissement ou le risque électrique.

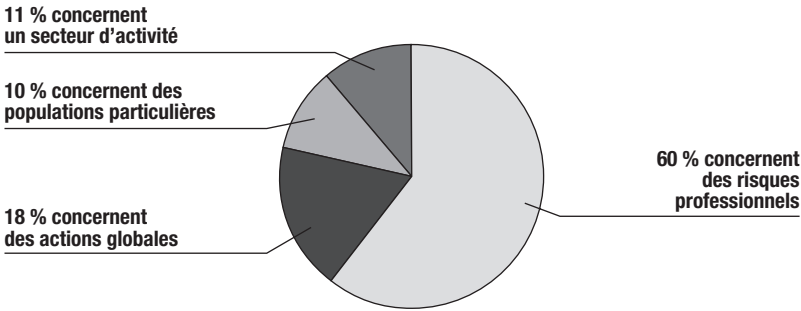
Rares sont les régions qui n'ont pas défini des priorités communes à tous les SSTI.

Toutefois, si cette volonté de dynamique conjointe sur une problématique particulière de la prévention des risques professionnels doit permettre de mobiliser tous les acteurs sur un risque, un secteur ou un public prioritaire, il convient de veiller au respect des priorités des autres parties contractantes, notamment du SSTI, qui s'expriment dans le projet pluriannuel de service, et à sa cohérence avec le diagnostic territorial en santé au travail. Le recours à des "CPOM types" ne doit pas conduire à ce que les pouvoirs publics

imposent leurs priorités aux SSTI, qu'elles représentent la totalité des actions du CPOM ou une majorité.

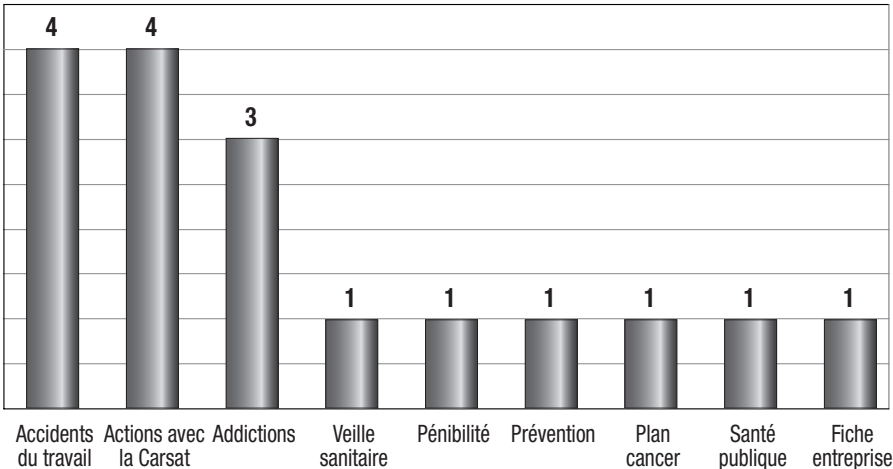
Le CPOM doit ensuite décliner les priorités communes en programmes d'action avec une formalisation simple des apports de chacune des parties contractantes, ce qui prend généralement la forme de fiches actions annexées au CPOM. On compte de une à neuf actions, avec une moyenne de cinq actions par CPOM, qui se répartissent selon les thématiques principales suivantes.

Thématiques des CPOM



Parmi les dix-sept actions participant de la politique générale de prévention des risques professionnels dans les entreprises, quatre portent sur les accidents du travail, quatre autres sur la collaboration avec la Carsat et trois sur la prévention des conduites addictives. Les autres sont des actions ponctuelles ne s'inscrivant que dans un CPOM sur les vingt signés.

Actions globales des CPOM



Les soixante actions des CPOM portant sur des risques professionnels se répartissent de façon équilibrée entre les principaux risques que sont l'exposition aux cancérogènes, mutagènes et toxiques pour la reproduction (16 actions, soit 27 %) et aux phytosanitaires, les troubles musculo-squelettiques (17 actions, soit 29 %), la prévention de la désinsertion professionnelle (12 actions, soit 20 %) et des risques psycho-sociaux (13 actions, soit 22 %). La prévention du risque bruit n'est présente que dans un seul CPOM.

Seules dix actions des CPOM (sur 88) sont ciblées sur une population particulière de travailleurs, la moitié concernant les travailleurs intérimaires.

Onze actions portent spécifiquement sur un secteur d'activité (trois pour le BTP) ou une catégorie d'entreprises (sept pour les très petites entreprises – TPE) et une sur les collectivités territoriales, alors que le suivi des fonctionnaires ne fait pas partie des missions premières des SSTI.

Une formalisation des engagements des parties contractantes

Les engagements des parties contractantes sont par nature différents. Ils peuvent être précisés de façon exhaustive ou non. Ils sont parfois précisés dans chacune des fiches actions comme pour les CPOM signés en Languedoc-Roussillon. Mais des tendances se dégagent pour chacun des acteurs.

Ainsi, les SSTI s'engagent essentiellement à mettre en œuvre les actions figurant au CPOM par la mobilisation des différents membres de l'équipe pluridisciplinaire et du service, voire en assurant leur pilotage, et à échanger des informations dans le respect des règles déontologiques et de secret de chacun. Certains apports plus ponctuels méritent d'être relevés comme l'association de la CMT dans le suivi annuel et l'actualisation éventuelle du CPOM, la mise en place d'actions de formation professionnelle continue pour l'ensemble du personnel du service ou encore la mise à jour des fiches d'entreprise pour toutes les entreprises concernées par les actions du CPOM comme en Basse-Normandie.

Nature des engagements des SST	Nombre de CPOM concernés	Taux
Du temps et des moyens pour mettre en œuvre les actions	15	94 %
Des échanges d'informations avec les DIRECCTE et les Carsat	13	81 %
Autres	5	31 %

Les Caisses s'engagent à mettre à disposition de la documentation, en particulier celle produite par l'Institut national de recherche et de sécurité pour la prévention des maladies professionnelles et des accidents du travail (INRS), à produire des statistiques AT-MP plus ou moins ciblées en fonction des demandes des SSTI, à fournir un appui technique, y compris par le recours aux laboratoires de métrologie comme en Île-de-France ou en Basse-Normandie, et à mobiliser des aides financières simplifiées pour soutenir,

dans les entreprises de moins de 50 salariés, les actions figurant au CPOM. Certaines Caisses, comme en Champagne-Ardenne, proposent des actions de formation pour les médecins du travail et les intervenants prévention des risques professionnels (IPRP) en lien avec les actions du CPOM. Enfin, elles pourront organiser des campagnes de communication et publier des articles afin de valoriser les actions entreprises et leurs résultats.

Nature des engagements des Carsat	Nombre de CPOM concernés	Taux
Formation	16	100 %
Appui technique	15	94 %
Appui financier	15	94 %
Appui statistique	14	88 %
Communication / valorisation sous la forme de publication	7	44 %
Autres	2	13 %

Les DIRECCTE quant à elles s'engagent à veiller au respect du cadre légal de la contractualisation et donc des compétences et prérogatives de chacune des parties contractantes, à soutenir la construction de diagnostics territoriaux actualisés à partir des informations à sa disposition – enquête Sumer, exploitation des rapports sur l'organisation, le fonctionnement et la gestion financière (RAF) et des rapports annuels d'activité établis par les médecins du travail (RAM), etc. –, à apporter un appui technique et méthodologique aux services grâce aux médecins inspecteurs du travail ou de la cellule régionale pluridisciplinaire et enfin à valoriser, par des actions de communication, les bonnes pratiques et les réalisations des CPOM.

Nature des engagements des DIRECCTE	Nombre de CPOM concernés	Taux
Appui statistique	15	100 %
Appui technique	14	93 %
Veiller au respect du cadre légal	6	40 %
Communication / valorisation	5	33 %
Autres	3	20 %

Toutefois, il existe une certaine asymétrie dans les engagements des différentes parties prenantes, qui s'expliquent par leurs compétences et prérogatives réciproques, mais qui peut être source de difficultés et d'incompréhensions tant de la part du SSTI que de la Caisse ou de la DIRECCTE. Si les premiers peuvent avoir l'impression de se voir imposer des priorités et de devoir assumer seuls la mise en œuvre des actions du CPOM, les deuxièmes peuvent souligner le déséquilibre qui existe par rapport aux DIRECCTE, qui bénéficient du levier de l'agrément, quand les troisièmes mettent en exergue les moyens financiers et techniques que peuvent mobiliser les Caisses.

Des modalités de suivi et d'évaluation prévues

Tous les CPOM signés comportent des indicateurs de suivi ou de résultats, qu'ils soient quantitatifs ou qualitatifs, ainsi que des modalités de suivi et d'évaluation en fin de contrat, plus ou moins détaillées. Ainsi, le CPOM conclu entre Santravir, la Carsat Normandie et la DIRECCTE de Basse-Normandie précise dans chaque fiche action une cible en termes d'entreprises et de salariés concernés et des "critères d'évaluation". Les CPOM comptent en moyenne vingt-trois indicateurs pour cinq actions.

Un comité de suivi est généralement mis en place entre les parties signataires avec une représentation du SSTI variable.

Par exemple, en Bretagne, le comité de suivi du CPOM se composera de la commission médico-technique du SST, de la DIRECCTE, de la Carsat et, le cas échéant, de l'OPPBTP, pour échanger sur les actions conduites, leur évaluation et les ajustements éventuels à proposer. C'est aussi dans le cadre de la CMT que sera abordée l'avancée technique des actions du CPOM pour le SSTI de Santravir en Basse-Normandie avant la réunion annuelle des trois contractants sur l'exécution du contrat et d'une présentation annuelle au CRPRP et à la CRAT-MP.

Dans le Limousin, pour l'AIST 87, une commission technique sera chargée du suivi annuel du CPOM par l'intermédiaire d'une revue annuelle des fiches actions. Elle est composée du directeur du SSTI et des pilotes de chacune des actions du SSTI, du DIRECCTE ou du chef de pôle accompagné du médecin inspecteur du travail, du directeur de la Carsat ou de son représentant, avec un collaborateur et du chef d'agence de l'OPPBTP. Elle a pour objet l'examen contradictoire du bilan annuel de réalisation des actions prévues à l'année N-1, qui devra préalablement avoir été approuvé par la CMT et le CA, l'évaluation des résultats sur la base des indicateurs prévus pour chaque action, l'analyse des perspectives pour l'année N et les années à venir ainsi que la définition des éventuels avenants.

C'est en Champagne-Ardenne que les partenaires ont été les plus précis concernant les modalités de suivi puisqu'il est prévu, dans tous les CPOM signés, qu'un tableau de bord sera réalisé et tenu à jour par le SSTI, qui assurera aussi le secrétariat du comité de suivi.

1.5. LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE DE LA PLURIDISCIPLINARITÉ, ENJEU MAJEUR DE LA RÉFORME ET CONDITION DE SA RÉUSSITE

La pluridisciplinarité doit permettre, tout en préservant les compétences exclusives du médecin du travail sur les missions que lui seul peut conduire, de s'appuyer sur des compétences diverses pour accroître collectivement les capacités d'action du service de santé au travail et ainsi améliorer la

prévention des risques professionnels. Elle constitue un facteur de réussite de la réforme qui doit s'ancrer dans le projet pluriannuel de service. En partant des objectifs en matière de prévention et de santé au travail définis à partir des éléments de diagnostic, ce dernier fixe les priorités et les modalités d'action du service et contribue ainsi à donner corps à la pluridisciplinarité dans le respect des compétences et des missions de chacun.

Organiser la pluridisciplinarité au sein des services de santé au travail interentreprises, des choix variés

La création d'au moins une équipe pluridisciplinaire de santé au travail est obligatoire dans les SSTI. Cette équipe comprend obligatoirement un médecin du travail, un IPRP et un infirmier ; elle peut être complétée par des assistants de service de santé au travail et d'autres professionnels recrutés après avis des médecins du travail (art. L. 4622-8 du Code du travail). La composition et l'organisation des équipes pluridisciplinaires peuvent donc varier en fonction de la diversité des populations suivies, des risques professionnels identifiés et des territoires.

Sans prétendre à l'exhaustivité, il est possible de dégager des organisations types de la pluridisciplinarité dans les SSTI, qui ne sont pas nécessairement corrélées à la taille des services.

Ainsi, selon les remontées d'information des DIRECCTE, les SSTI ont mis en place une équipe pluridisciplinaire commune à l'ensemble du SSTI dans 56 % des cas, organisée au niveau de chaque secteur géographique dans 25 % des cas ou au plus près du médecin du travail dans 19 % des cas.

Il faut noter que 24 % des SSTI ont aussi créé une équipe d'intervenants en prévention des risques professionnels qui peut venir en appui des équipes pluridisciplinaires, ce qui peut poser problème dans certains cas, lorsqu'elle fonctionne de façon très autonome et qu'elle intervient directement dans les entreprises, sans association du médecin du travail concerné.

Une pluridisciplinarité organisée en pôles métiers avec un acteur de proximité qui reste le médecin du travail

L'AST 69-52 a structuré un véritable service pluridisciplinaire comptant 59 intervenants placés sous la direction d'un coordinateur pluridisciplinaire (poste créé en 2009 pour animer et encadrer cette équipe) et répartis en six pôles métiers, ayant un fonctionnement spécifique :

- Pôle "information des adhérents" avec quatre chargés d'information (3,5 ETP) ;
- Pôle technique avec des assistantes en santé au travail, des techniciens HSE, un métrologue et des techniciens métrologues (21 personnes pour 17,21 ETP) ;

- Pôle “conseils en gestion des risques” avec des ergonomes, des ingénieurs HSE et des toxicologues (14 personnes pour 12,69 ETP) ;
- Pôle “formation” avec seize formateurs PRAP⁽⁶⁾ et SST (11,81 ETP) ;
- Pôle “éducation en santé au travail” avec des diététiciennes, des intervenantes en nutrition et en addictologie (4 personnes pour 2,98 ETP) ;
- Pôle social avec une assistante sociale et trois référents maintien dans l'emploi (3,7 ETP).

Depuis la réforme issue de la loi du 20 juillet 2011 et de ses deux décrets d'application, la mise en œuvre de la pluridisciplinarité a évolué pour structurer davantage les échanges entre les intervenants du service pluridisciplinaire et les médecins du travail. Les intervenants pluridisciplinaires sont désormais invités aux réunions de secteur et associés à la mise en place des actions collectives par le médecin du travail.

À côté de ce service pluridisciplinaire existe un service infirmier qui compte neuf personnes, réparties dans six centres et une entreprise (détachement). Depuis avril 2012, une infirmière coordinatrice a été nommée pour faire le lien entre l'équipe d'infirmiers et la direction, suivre l'activité en assurant notamment le reporting, représenter l'équipe à la CMT, travailler en collaboration avec le médecin référent, organiser et accueillir les nouveaux infirmiers recrutés et enfin réaliser des entretiens individuels. Chaque infirmier est rattaché à quatre médecins du travail.

Il revient à chaque médecin du travail de faire appel à un infirmier et, le cas échéant, à un intervenant du service de prévention pour répondre aux attentes des entreprises qu'il suit.

Toutefois, ce choix organisationnel pose question quant à la constitution d'une véritable équipe pluridisciplinaire animée et coordonnée par le médecin du travail au plus près des entreprises. Si cette approche s'inscrivait bien dans la recherche de pluridisciplinarité issue de la réforme de 2002-2004, elle mériterait d'être repensée aujourd'hui pour garantir de véritables animation et coordination des IPRP par le médecin du travail.

Une pluridisciplinarité médicale de proximité et une pluridisciplinarité technique mutualisée

L'ASTE 91 a choisi d'organiser la pluridisciplinarité selon plusieurs niveaux, avec un pôle central de prévention, qui regroupe tous les IPRP du service et la formatrice PRAP/SST (5,4 ETP au 31 décembre 2013) au siège, une équipe pluridisciplinaire de proximité et un service social du travail compétent pour l'ensemble des secteurs. La composition cible de l'équipe pluridisciplinaire de proximité est d'un médecin du travail, d'un infirmier et d'un assistant de service de santé au travail pour 15 000 salariés, conformément à l'effectif maximal de salariés défini par l'agrément.

6) Formateurs en prévention des risques liés à l'activité physique.

Cette configuration permettrait d'avoir dans chaque secteur géographique trois équipes pluridisciplinaires de proximité. L'exemple le plus abouti à ce jour se donne à voir dans le secteur d'Étampes avec une équipe pluridisciplinaire composée de deux médecins du travail à temps plein, de trois infirmières (dont une en formation) et de quatre assistants de service de santé au travail (dont un ASST technique et trois secrétaires médicales).

À charge pour ces équipes de proximité de faire de la prévention de premier niveau et d'assurer le suivi individuel de l'état de santé des salariés et au pôle central de prévention d'apporter un soutien technique sur des sujets plus complexes, à la demande exclusive du médecin du travail, conformément au protocole d'intervention défini en CMT.

Une pluridisciplinarité technique et médicale de proximité, complétée le cas échéant par des compétences techniques plus pointues au niveau du service

L'ASMT 65 a mis en place une équipe pluridisciplinaire de proximité par secteur géographique, sauf à Tarbes, qui en compte deux. Cette équipe est composée de trois médecins du travail, d'un infirmier, d'un technicien hygiène sécurité, et de deux assistantes de service de santé au travail. Elle peut s'appuyer sur un service prévention au niveau du siège qui compte, pour l'instant, un IPRP ergonome – psychologue.

Le GEST 05 est organisé en équipe pluridisciplinaire, constituée progressivement dès septembre 2002, avec la signature d'une convention de partenariat avec la CRAM, et dès octobre 2003, avec l'embauche d'un premier technicien de prévention au sein du service, puis de manière accentuée suite à la réforme de la médecine du travail de juillet 2004. Il existe une équipe pluridisciplinaire par secteur, qui comporte plusieurs médecins du travail, au moins un infirmier en santé au travail en cours de formation, au moins un intervenant en prévention des risques professionnels et un assistant de service de santé au travail. Un psychologue du travail et un ergonome sont mutualisés. Plus précisément :

- pour le secteur Sud de Gap : l'équipe se compose d'une assistante polyvalente d'accueil, de cinq médecins du travail, de quatre assistantes médicales, de deux infirmiers et de deux intervenants en prévention ;
- pour le secteur Nord : un IPRP et une déléguée "relations entreprises" travaillent pour chacune des deux équipes de proximité composée à Embrun d'un médecin du travail, d'une infirmière, et d'une assistante médicale et à Briançon de trois médecins du travail, et de trois assistantes médicales.

Cette combinaison entre des équipes pluridisciplinaires de proximité et des compétences plus transversales ou spécialisées au niveau de l'ensemble du service se donne aussi à voir dans certains grands services comme l'ACMS

qui comptait au 31 décembre 2012 993 salariés (dont 17 contrats de professionnalisation ou d'apprentissage). Ainsi, le projet pluriannuel de service de l'ACMS prévoit la mise en place d'équipes opérationnelles de secteur, constituées – dans une vision cible et théorique permettant de prendre en charge 20 000 salariés – de seize personnes (ETP) ainsi réparties : un responsable de secteur/assistante sociale, quatre médecins du travail (dont un collaborateur médecin possible), deux infirmiers, cinq secrétaires ou assistants médicaux, deux assistants techniques, un IPRP niveau technicien et un assistant social. Ces équipes opérationnelles pourront faire appel, si besoin, à des IPRP niveau master répartis sur toute l'Île-de-France. À cela s'ajoutent les trois directions opérationnelles du siège : direction du service médical qui apporte un soutien aux médecins du travail à travers quatre médecins animateurs et des structures permanentes d'échanges ; direction administrative et sociale des secteurs qui assure par exemple la gestion des nouvelles adhésions et des relations avec les adhérents, mais aussi des secrétaires et assistantes médicales, assistantes en santé au travail et des assistantes sociales ; direction de la coordination pluridisciplinaire qui assure le pilotage des équipes d'IPRP intervenant dans les secteurs.

Certains SSTI font appel aux compétences d'IPRP enregistrés comme en Languedoc-Roussillon, faute d'avoir suffisamment de demandes internes pour les recruter ou aux IPRP de plateformes régionales mutualisées comme pour l'ASMT 65.

Quelles que soient la configuration et la composition choisies par le service de santé au travail interentreprises, la mise en œuvre de la pluridisciplinarité doit permettre d'améliorer la qualité du service rendu aux entreprises, aux employeurs et aux salariés. La localisation des équipes pluridisciplinaires doit concilier la recherche de proximité avec les médecins du travail qui animent et coordonnent les équipes pluridisciplinaires pour répondre au mieux aux attentes et aux besoins des entreprises (employeurs et salariés), la technicité des compétences pour répondre aux besoins en santé au travail identifiés par le service dans son projet pluriannuel de service et l'opérationnalité.

Faire vivre la pluridisciplinarité pour améliorer le suivi individuel de l'état de santé des salariés et développer des actions en milieu de travail

L'un des enjeux de la réforme est de faire fonctionner les équipes pluridisciplinaires de santé au travail afin d'apporter aux entreprises adhérentes des prestations améliorées. La complémentarité des différents acteurs et leur coordination doit permettre à chacun de trouver sa place. Pour ce faire, la mise en place de protocoles de coopération permet d'établir un cadre de fonctionnement dans le respect des compétences et des spécificités de chacun.

C'est en particulier au médecin du travail, qui anime et coordonne l'équipe pluridisciplinaire à laquelle il appartient, en organisant le recours aux compétences variées, de veiller à la mise en œuvre effective de ces priorités, en s'assurant non seulement de leur cohérence d'ensemble mais aussi de leur inscription dans une démarche globale et exclusive de préservation de la santé physique et mentale des travailleurs.

Plusieurs leviers sont mobilisés dans les services de santé au travail interentreprises pour donner corps à cette pluridisciplinarité et accompagner son déploiement.

L'importance des modalités d'animation

La CMT est le premier espace de dialogue et d'échange entre les représentants des différentes composantes de l'équipe pluridisciplinaire, en présence du président ou du directeur du service, institutionnalisé par la loi du 20 juillet 2011. Elle est ainsi consultée sur l'organisation et la mobilisation des compétences pluridisciplinaires au sein du SSTI au vu des risques professionnels des entreprises adhérentes et, notamment, sur l'organisation des actions en milieu de travail, des examens médicaux et des entretiens infirmiers. Elle peut à cet égard participer à l'élaboration de repères communs pour les différents protocoles qui permettent aux médecins du travail de confier, sous leur responsabilité, certaines de leurs activités à d'autres membres de l'équipe pluridisciplinaire.

Au-delà de cette instance professionnelle, les services rencontrés ont mis en place d'autres modalités d'animation pour faire vivre la pluridisciplinarité. Par exemple, l'ASMT 65 consacre beaucoup de temps et de moyens humains et matériels à la coordination de la pluridisciplinarité à différents niveaux.

Le premier niveau consiste en une coordination opérationnelle de la pluridisciplinarité :

- des réunions mensuelles de chaque équipe pluridisciplinaire, avec participation du psychologue ou de l'ergonome du service et de la direction (si besoin) et, en alternance, du responsable du service prévention et du médecin coordonnateur. Ces réunions mensuelles sont animées par l'un des médecins du travail du secteur, en fonction de l'ordre du jour. Le secrétariat est assuré par une secrétaire de l'équipe pluridisciplinaire. Ces réunions doivent permettre d'analyser les problématiques des effectifs pris en charge, d'évaluer les niveaux de priorités et de contribuer aux groupes projet ;
- des réunions mensuelles animées par la secrétaire médicale avec le médecin du travail et l'infirmier pour aborder l'accueil des nouveaux adhérents, organiser les nouvelles convocations en cas d'absence à des visites médicales et faire le point sur les dossiers en cours ;

- des réunions bimestrielles de la direction, du médecin coordonnateur, du responsable du service prévention et des secrétaires coordonnatrices, animées par la direction, pour prendre les décisions sur le fonctionnement des groupes de travail à partir des problématiques et des propositions d'amélioration ;
- des réunions bimestrielles de la CMT (après celles de la coordination pluridisciplinaire), animées par la direction, le secrétariat étant assuré par la secrétaire de direction ;

Le deuxième niveau d'animation s'appuie sur des lieux d'échanges pour améliorer et harmoniser les pratiques entre les professionnels du service :

- des réunions de l'ensemble du personnel de l'ASMT deux fois par an (en janvier et en juin), animées par la direction, pour faire un point sur l'actualité du service ;
- des réunions de service trimestrielles regroupant les médecins du travail, les secrétaires médicales, les infirmières et les IPRP, animées par le médecin coordonnateur (qui en assure aussi le secrétariat) pour réfléchir aux thématiques collectives et transversales ;
- des réunions trimestrielles regroupant tous les médecins du travail et les infirmières du service, animées par le médecin coordonnateur (qui en assure aussi le secrétariat) pour échanger sur des problématiques métier ;
- des réunions trimestrielles de secrétaires médicales, animées par les secrétaires coordonnatrices (qui en assurent aussi le secrétariat) pour échanger sur des problématiques métiers ;
- des réunions mensuelles du service prévention, animées par le responsable du service prévention, pour échanger sur des problématiques métiers, répartir la charge de travail en fonction des demandes, et assurer le suivi des interventions ;
- des réunions trimestrielles de coordination administrative, regroupant la direction, la secrétaire de direction, le service comptabilité et l'hôtesse d'accueil, animées par la direction, pour échanger sur des problématiques métiers.

L'ensemble de ces réunions fait l'objet d'une planification obligatoire, conformément à une décision prise en CMT, afin de sanctuariser ces temps d'échanges. Les animateurs sont outillés, non seulement parce qu'ils ont bénéficié de formations à la gestion de projet et à la conduite de réunion mais, aussi parce que la direction met à leur disposition divers outils (tableaux de bord, propositions d'ordre du jour type) et qu'ils peuvent s'appuyer sur un système d'information performant.

Le GEST 05, a lui, aussi formalisé des espaces d'échanges réguliers entre tous les membres de l'équipe pluridisciplinaire avec une réunion mensuelle pour la partie médicale et la partie pluridisciplinaire (qui inclut l'assistante

médicale) et des réunions de la CMT au moins deux fois par an, qui sont souvent élargies à l'ensemble du personnel du service (soit 34 personnes). Le médecin du travail réunit les autres membres de son équipe pluridisciplinaire de secteur toutes les six semaines pendant une heure pour assurer le suivi des actions et définir les priorités. En plus, des “staffs médicaux” réunissent les deux médecins du travail qui collaborent avec le même infirmier pour examiner les cas sensibles, identifiés grâce à un protocole.

L'ASTE 91 a quant à lui organisé des réunions pluridisciplinaires à trois niveaux :

- d'abord, au niveau du SSTI pour réunir cinq ou six fois par an l'ensemble des médecins du travail, des infirmiers et des assistants en santé au travail, quel que soit leur secteur géographique, pour préparer les réunions de la CMT, sans participation de la direction ;
- ensuite, au niveau de chaque secteur géographique sur une base trimestrielle ou bimestrielle ;
- enfin, au niveau de chaque métier pour les médecins du travail, les infirmiers et les assistants de santé au travail mais pas pour les IPRP qui sont regroupés sur un même site de sorte que les échanges informels sont pour l'instant suffisants.

Si les modalités d'animation de la pluridisciplinarité sont diverses, force est néanmoins de souligner qu'il est important d'institutionnaliser des espaces et des temps d'échange et de dialogue entre membres de l'équipe pluridisciplinaire, organisés sur une base géographique, professionnelle ou fonctionnelle, et d'outiller les acteurs pour garantir l'efficacité des réunions.

De nombreux services semblent avoir adopté une approche matricielle pour animer les différentes composantes pluridisciplinaires, ce qui peut se justifier pour accompagner les changements et développer une culture métiers commune, mais elle ne doit pas se substituer au rôle d'animation et de coordination du médecin du travail pour les entreprises dont il a la charge.

La répartition des compétences au sein de l'équipe pluridisciplinaire

Dans la plupart des SSTI, les modalités de travail entre membres de l'équipe pluridisciplinaire font l'objet de protocoles, validés par la CMT.

Ainsi, le GEST 05 a développé une palette de compétences techniques et organisationnelles complémentaires aux compétences médicales pour répondre aux besoins des employeurs et des salariés en matière de santé et de prévention des risques professionnels. Cette pluralité d'acteurs permet de conduire des actions en milieu de travail dans le cadre des priorités définies par le projet pluriannuel de service et le CPOM. Les missions de chacun sont définies dans le cadre d'un “groupe pilote”, qui réunit l'ensemble des métiers

du service et dont les propositions sont systématiquement validées par la CMT. Tous les membres de l'équipe pluridisciplinaire interviennent sous protocoles des médecins du travail. Il a, par exemple, été décidé de manière consensuelle que l'ensemble de l'équipe pluridisciplinaire devait participer à l'élaboration de la fiche d'entreprise. Le pôle technique de l'équipe pluridisciplinaire prend en charge l'élaboration de la fiche d'entreprise, à l'exclusion des parties médicales (maladies professionnelles, pathologies remarquées dans les activités, recommandations générales du médecin) : les IPRP les réalisent pour les entreprises du BTP, de l'industrie ou présentant des risques professionnels particuliers alors que les délégués "relations entreprises" préparent surtout celles des entreprises de moins de vingt salariés et du secteur tertiaire, les entreprises multirisques étant exclues. Le médecin du travail concerné par le suivi de l'entreprise complète la fiche ainsi préparée sur les aspects médicaux, et évalue le score de risque résiduel de l'entreprise, qui est construit à partir de la définition de la gravité de chaque danger, de l'observation de la fréquence et de l'intensité de l'exposition et du niveau de prévention constaté lors de la visite de l'entreprise. Celui-ci est fixé sur l'unité de travail présentant la situation la plus défavorable pour la santé des salariés. Le médecin du travail valide enfin la fiche d'entreprise dans sa globalité et la transmet à l'entreprise. Les infirmiers participent aussi à l'élaboration de la fiche d'entreprise, en particulier pour celles qui ont des salariés en surveillance médicale renforcée.

Un autre enjeu en termes, de répartition des compétences au sein de l'équipe pluridisciplinaire concerne plus particulièrement le binôme médecin du travail et infirmier, voire le trinôme médecin du travail, infirmier et assistant de service de santé au travail – secrétaire médicale, pour le suivi individuel de l'état de santé des salariés.

Au sein du GEST 05, chacun des trois infirmiers travaille avec deux médecins du travail et une assistante médicale pour les convocations. Ils peuvent réaliser des entretiens médico-professionnels dans le cadre d'une procédure et de protocoles établis pour l'ensemble du service et selon une trame d'entretien. Lors d'un séminaire de travail en juin 2012, réunissant l'ensemble des équipes médicales, des critères collectifs d'attribution des salariés aux infirmiers pour ces entretiens ont été définis. Les infirmiers réaliseront ces entretiens, dans le cadre de la modulation de la périodicité des examens médicaux, pour :

- l'ensemble des salariés du tertiaire et des commerces, à l'exception de la coiffure et des postes de chauffeurs de plus de 45 ans ;
- les personnels administratifs et commerciaux des garages, du BTP et de l'industrie ;
- les salariés du transport, à l'exclusion des chauffeurs de plus de 45 ans et des mécaniciens ;

- les salariés administratifs, les techniciens, les commerciaux et les conducteurs de téléportés des domaines skiables ;
- les salariés du secteur sanitaire et social, à l'exception des infirmiers, des aides soignants et des agents des services hospitaliers (ASH) de plus de 45 ans, des dentistes et des vétérinaires ;
- les salariés de moins de 45 ans des entreprises de nettoyage.

Pour l'ASTE 91, la délégation de tâches entre le médecin du travail et l'infirmier est précisée dans un protocole, validé par l'équipe médicale, la CMT et la direction. Ce dernier porte non seulement sur l'entretien médico-professionnel mais aussi sur les autres activités : éducation pour la santé dans le cadre de la santé publique, information sur les risques professionnels, pratique des vaccinations, actions en milieu de travail, participation à la cellule aide au maintien dans l'emploi et formation en entreprise. Dans ce service, les infirmiers pratiquent des entretiens médico-professionnels de pré-embauche et de reprise, par exemple pour les salariées de retour de congé maternité.

Les entreprises comme les salariés sont satisfaits des entretiens infirmiers, ce qui se traduit par un taux d'absentéisme aux entretiens infirmiers comparables à celui des examens médicaux pratiqués par le médecin du travail.

Les modalités de recours aux IPRP sont variables en fonction des configurations retenues par le SSTI pour organiser la pluridisciplinarité. Mais elles font l'objet, dans les quatre services rencontrés, de protocoles harmonisés et partagés, qu'ils soient d'application obligatoire ou non, ou de procédures formalisées.

Ainsi, le pôle central de prévention de l'ASTE 91 intervient à la demande soit du médecin du travail, soit de l'entreprise adhérente, mais toujours en lien avec le médecin du travail concerné, selon des procédures communes à l'ensemble du SSTI et adoptées en CMT. Dans tous les cas, les rapports de restitution des études sont co-signés par le médecin du travail et l'IPRP puis transmis à l'employeur. À partir du rapport d'activité des préventeurs pour l'année 2012, un besoin évident de renforcer ce pôle central est apparu, pour satisfaire les demandes croissantes des entreprises adhérentes et des médecins du travail, qui suscitent la moitié des interventions des IPRP dans les entreprises. 56 actions ont été menées par l'ingénieur HSE, 54 par l'ergonome, 75 par le métrologue, 45 par la psychologue du travail (essentiellement des actions collectives) et 82 par la formatrice PRAT et SST, ce qui impose de prioriser les interventions, d'abord en direction des TPE.

La procédure du déroulé d'une action sur le milieu de travail, élaborée par le GEST 05, rappelle que le point de départ d'une telle action réside dans l'identification d'un besoin qui peut émaner des nouveaux adhérents (action systématique), de l'équipe pluridisciplinaire ou de l'entreprise direc-

tement, mais que cette demande doit être analysée par le médecin du travail pour s'assurer qu'elle correspond bien aux priorités d'actions du service et qu'elle est recevable. La confirmation de la demande se matérialise alors par une demande d'intervention obligatoire dans le logiciel métier, sauf pour les actions en direction des nouveaux adhérents. L'intervenant définit la nature et les modalités de l'intervention et se charge de la rédaction du rapport ou du courrier de synthèse, en fonction de modèles prédéfinis pour conserver une certaine unicité des documents émis par le service. Ce rapport est envoyé au médecin du travail concerné pour compléments (en particulier sur les effets potentiels sur la santé et l'avis motivé du médecin du travail exigés dans les rapports de métrologie) et pour validation. Cette dernière devrait intervenir dans un délai d'un mois. L'intervenant et le médecin du travail déterminent ensemble les modalités de transmission des résultats à l'entreprise.

À l'ASMT 65, les demandes d'intervention des IPRP émanent à 80 % des médecins du travail (et maintenant de l'équipe pluridisciplinaire) et obéissent à un processus protocolisé. L'IPRP approfondit avec le médecin du travail concerné la demande avant de rencontrer l'employeur et de réaliser son étude dans l'entreprise. Des compte-rendus sont rédigés à chaque étape de l'intervention pour le médecin du travail et les assistantes. Le document de restitution est validé par le médecin du travail avant toute présentation dans l'entreprise. Ces échanges d'information se font grâce au logiciel métier du SSTI.

Des exemples intéressants liés au déploiement de la pluridisciplinarité

Dans un contexte contraint, la pluridisciplinarité contribue à apporter des éléments de réponse aux enjeux liés à une ressource médicale précieuse, tout en garantissant la qualité de la protection de la santé physique et mentale des salariés, en élargissant son bénéfice à des catégories de travailleurs jusqu'alors non couvertes et en développant des actions innovantes.

Un premier exemple concerne la prévention de la désinsertion professionnelle et la création d'une cellule "Conseil, prévention et maintien en emploi" à l'ASTE 91 en 2012. Cette cellule est composée de l'assistante sociale, qui joue un rôle de coordinatrice, de la psychologue du travail, de l'ergonome et du médecin du travail écoutant, et associe systématiquement le médecin du travail en charge du suivi du salarié concerné, une infirmière du centre ASTE concerné et l'assistant en santé au travail de l'entreprise concernée.

D'abord expérimental, son fonctionnement a été confirmé par la CMT le 16 novembre 2012. Cette cellule accompagne les salariés fragiles et en difficulté pour anticiper les inaptitudes et œuvrer collectivement pour le maintien dans l'emploi, pour permettre au salarié de conserver une dynamique professionnelle et un emploi compatible avec son état de santé,

pour diminuer les incertitudes sur l'avenir d'un salarié fragilisé par son état de santé en lui proposant un accompagnement pluridisciplinaire aussi précoce que possible et enfin pour conseiller l'employeur dans ses obligations de maintien dans l'emploi. La cellule peut être sollicitée et informée d'un cas sensible par le médecin du travail, le salarié concerné, l'entreprise concernée, ou tout autre professionnel de santé ou social. Elle sollicite ensuite le médecin du travail qui suit le salarié pour établir une fiche de signalement, préalable obligatoire à la réunion de la cellule pour décider si elle prend en charge le dossier ou non. Au sein de la cellule, une personne référente sera désignée pour suivre le salarié et l'accompagner pendant tout le processus, après obtention de son consentement éclairé puisqu'il s'agit d'une démarche dynamique. La cellule explore avec le salarié l'ensemble des pistes pour conseiller l'employeur, prévenir la désinsertion professionnelle, et construire une stratégie de maintien en emploi en faisant intervenir les bons professionnels au bon moment : aménagement technique ou organisationnel du poste de travail, reclassement interne, formation qualifiante permettant le reclassement interne ou externe, reclassement extérieur étudié en concertation et création d'entreprise. Elle superpose le projet du salarié et celui de l'employeur, voire celui du collectif de travail, elle sollicite les aides humaines, méthodologiques, techniques et financières dans des délais réalistes grâce aux partenariats avec le Service d'appui au maintien dans l'emploi des travailleurs handicapés (SAMETH), les médecins conseils de la Caisse régionales d'assurance maladie d'Île-de-France (Cramif), etc. Elle transmet tout au long de la démarche les informations au médecin du travail. Elle évalue au bout de six mois la viabilité de la solution retenue pour le maintien en emploi.

Au 31 décembre 2013, la cellule avait ouvert 177 dossiers, dont la moitié était clôturée avec par exemple dix maintiens de salariés au poste de travail (avec ou sans aménagement) et 21 reclassements (dont cinq en interne et 16 en externe, avec 17 formations).

Enfin, le développement de la pluridisciplinarité, en particulier l'essor des assistants de service de santé au travail, a aussi permis de développer une nouvelle offre de service pour les nouveaux adhérents au SSTI, à savoir la visite de premier contact comme dans les SSTI d'Arras, de Tarbes ou de Mennecey.

L'AST 62-59 a, par exemple, pris conscience de la nécessité d'informer les entreprises nouvellement adhérentes des prestations proposées par le service en échange de la cotisation pour pallier leur incompréhension. Cette visite de premier contact, qui a été formalisée depuis le 1^{er} janvier 2014, s'adresse aux 1 500 nouveaux adhérents (par an) dans les quinze jours suivant la demande d'adhésion pour leur présenter les missions du service. Cette première visite est assurée, sur la base d'un document type qui permet

de recueillir les informations utiles au médecin du travail, par une chargée d'information. À l'occasion de ce contact physique dans l'entreprise, la chargée d'information remet une mallette à l'employeur qui contient le règlement intérieur, les statuts et la liste des correspondants utiles du service, une plaquette de présentation du service et de ses prestations. Elle recueille les renseignements utiles pour la réalisation de la fiche d'entreprise et présente à l'employeur ses obligations en matière de santé au travail (affichage obligatoire, document unique d'évaluation des risques avec proposition d'une aide par le service, quelle que soit la taille de l'entreprise, et fiches pénibilité). Il s'agit d'une première étape dans la sensibilisation de l'employeur aux enjeux de santé au travail et de prévention des risques professionnels

L'ASTE 91 va un peu plus loin dans la démarche puisque l'adhésion de l'entreprise n'est effective qu'à partir du moment où l'employeur a accepté de recevoir l'assistant de service de santé au travail et que ce dernier prépare la fiche d'entreprise, en particulier dans les entreprises de moins de vingt salariés, qui sera ensuite validée par le médecin du travail. Cette action devrait figurer dans leur CPOM.

Néanmoins, de telles initiatives peuvent poser question dans la mesure où elles pourraient contribuer selon certains à déresponsabiliser les employeurs dans leur démarche d'évaluation des risques et à brouiller les missions du médecin du travail et des autres membres de l'équipe pluridisciplinaire dans une perspective de justification des cotisations.

2. LES SERVICES DE SANTÉ AU TRAVAIL INTERENTREPRISES DANS LE BTP

2.1. LA RÉFORME DE LA MÉDECINE DU TRAVAIL A ÉTÉ L'OCCASION DE CRÉER DES PARTENARIATS RENFORCÉS ENTRE LES SST ET L'OPPBTP

La réforme de la médecine du travail a été l'occasion pour les services de santé au travail et l'OPPBTP de structurer leur partenariat pour renforcer leur action de prévention vis-à-vis des entreprises.

Le 14 décembre 2011, un accord cadre national de partenariat en santé au travail dans le secteur du BTP a été conclu entre l'OPPBTP, la commission nationale d'information et de liaison des SSTI du BTP, la DGT et la CNAMTS. Cet accord cadre prévoit une déclinaison régionale sous la forme de conventions quadripartites dont l'objet principal est la mise en place d'une instance de coordination et d'actions coordonnées de prévention. Annexées au CPOM, elles doivent permettre de garantir la cohérence des objectifs, des priorités et des actions, tout en tenant compte des spécificités du secteur du BTP et des moyens que peut apporter l'OPPBTP.

2.2. LES CPOM, UN CADRE FÉDÉRATEUR POUR LA CONTRACTUALISATION MENÉE PAR L'OPPBTP

Au 31 décembre 2013, cinq conventions quadripartites ont été signées et annexées au CPOM :

- deux conventions en Champagne-Ardenne avec les services intervenant dans le secteur du BTP, soit en compétence exclusive (GAS BTP) soit dans le cadre d'un secteur professionnel (Ardennes santé travail 08) ;
- une convention en Franche-Comté avec le SSTI du BTP de Franche-Comté ;
- une convention en Bourgogne avec le Service de santé au travail BTP 21 ;
- une convention en Languedoc-Roussillon avec le Service de santé au travail Pyrénées-Orientales.

Ces conventions quadripartites se traduisent par des échanges de données et de connaissances entre les parties signataires, permettant de coordonner les plans et actions de chacun, notamment dans le domaine de la prévention des CMR et de la prévention de la désinsertion professionnelle, ainsi que par une meilleure lisibilité pour les entreprises et les salariés du rôle de chacun. L'enjeu est aujourd'hui celui de l'impact opérationnel de ces conventions.

En parallèle, l'OPPBTP propose aux SSTI de les accompagner dans la réalisation de leur diagnostic territorial en santé au travail, de mettre à leur disposition une gamme de démarches et d'actions de conseil pour les entreprises de la branche du BTP et des ressources documentaires. De plus, des modules de formation sur les métiers et les risques du BTP existent, qui ont concerné plus de 400 salariés des SSTI. Le cas échéant, cet accompagnement, surtout s'il se formalise par des conventions bilatérales, conclues entre l'OPPBTP et chaque SSTI, mériterait d'être étroitement articulé avec le CPOM, qui doit être le cadre fédérateur pour toute contractualisation avec des SSTI.

2.3. QUELQUES EXEMPLES DE MISES EN ŒUVRE CONCRÈTES

Dans le cadre de leur collaboration, l'OPPBTP et le Groupement national multidisciplinaire en santé travail BTP (GNMST BTP) ont déterminé une offre partagée de services aux entreprises. Au plan régional, le Pôle santé travail métropole nord et l'Association de santé au travail 62-59 se sont rapprochés de l'OPPBTP afin de conjuguer leur capacité opérationnelle d'accompagnement auprès de toutes les entreprises du BTP de leur périmètre d'activité à l'offre nationale et régionale d'ingénierie et de soutien de l'OPPBTP. Ils ont ainsi pu apporter un service efficace et des réponses adaptées aux attentes des entreprises du BTP en matière de prévention et d'amélioration des conditions de travail.

De même, une collaboration active a été engagée avec les Services interentreprises de santé au travail (SIST) BTP de Rhône-Alpes sur les priorités et les modes d'action communs. Le Smiec (Maine-et-Loire) a créé sur son site Internet une offre spécifique BTP.

Enfin, l'OPPBTP propose aux SIST des actions de formation spécifiques. En 2013, 225 personnels de SIST ont été formés au cours de 26 sessions, soit deux fois plus qu'en 2012.

3. UN PREMIER BILAN DE LA RÉFORME DE LA MÉDECINE DU TRAVAIL EN AGRICULTURE

Les enjeux de la réforme de la médecine du travail en agriculture et les conditions de sa réussite reposent sur la nouvelle organisation des services de santé et de sécurité au travail au sein des caisses de la Mutualité sociale agricole (MSA), sur les modalités de gestion de ce service interentreprises et de collaboration en région, favorisant l'implication des partenaires sociaux agricoles.

3.1. LA NOUVELLE ORGANISATION DES SERVICES DE SANTÉ ET DE SÉCURITÉ AU TRAVAIL AU SEIN DES CAISSES DE LA MSA

L'objectif de cette nouvelle organisation est d'aller vers une complémentarité des compétences afin d'améliorer le suivi individuel de l'état de santé du salarié et de développer les actions de santé et de sécurité au travail auprès des employeurs, des salariés et leurs représentants.

La nouvelle organisation des services de santé et de sécurité au travail au sein des caisses de la MSA réunit, au sein d'un même service, les missions des services de santé au travail confiées à l'équipe pluridisciplinaire, c'est-à-dire éviter toute altération de la santé des travailleurs du fait de leur travail (article L. 4622-2 du Code du travail) et celles des services de prévention des risques professionnels, à savoir gérer et promouvoir la prévention des risques professionnels des salariés et des non-salariés (articles L. 751-48 et L. 752-29 du Code rural et de la pêche maritime). L'enjeu est d'aller vers une complémentarité des compétences. Ces orientations ont été précisées lors de l'élaboration de l'arrêté sur les modalités d'agrément des conseillers en prévention, signé le 4 janvier 2014, et de la note de service du 4 février 2014.

Les missions du conseiller en prévention, répertoriées à l'article R. 751-157-1 du Code rural et de la pêche maritime, dont celle qui consiste à *“conduire une démarche de prévention visant à la réduction des risques professionnels en lien avec l'équipe pluridisciplinaire prévue à l'article R. 717-3”*, ont pour objectif d'aider l'employeur à diagnostiquer les risques et les expositions professionnelles dans son entreprise, de l'informer, de le conseiller sur l'amélioration de l'environnement et des situations de travail, de procéder à des mesures et à des prélèvements, de l'accompagner et le cas échéant de le faire bénéficier de contrats de prévention, des aides financières simplifiées agricoles, des prêts et des subventions, et de réaliser des formations. Il s'agit également d'analyser et d'assurer la veille de la sinistralité des accidents du travail et des maladies professionnelles, de monter

des actions de valorisation et de promotion de la prévention ou de piloter des projets de recherche et développement en prévention.

Ces missions s'illustrent par des "interventions sur le milieu de travail", des "actions institutionnelles" articulées avec le plan santé-sécurité au travail élaboré par la caisse centrale de la mutualité agricole ou des "travaux de recherche et développement".

Le médecin du travail, chef du service de santé et de sécurité au travail, peut en outre souhaiter que le directeur de la caisse de MSA nomme un responsable de la prévention des risques professionnels au sein du service, afin de veiller à :

- l'élaboration d'une stratégie de prévention des risques professionnels en santé et sécurité au travail sur la base d'un diagnostic local ;
- la conduite de la démarche de réduction des risques professionnels en lien avec l'équipe pluridisciplinaire de santé au travail ;
- la coordination des plans d'activités en milieu de travail prévus à l'article R. 717-4 du Code rural et de la pêche maritime ;
- la mise en œuvre, le financement, le suivi et l'évaluation de la politique de prévention des risques professionnels des salariés et exploitants agricoles.

L'équipe pluridisciplinaire, constituée de médecins du travail, d'intervenants en prévention des risques professionnels, d'infirmiers et d'assistants de services de santé au travail, complétée de professionnels, de collaborateurs médecins ou, temporairement, d'internes en médecine du travail, assure pour sa part les actions en milieu de travail, au premier rang desquelles figurent la visite des lieux de travail, l'étude de poste, l'identification et l'analyse des risques professionnels, l'élaboration et la mise à jour des fiches d'entreprises (article R. 717-3-1 du Code rural et de la pêche maritime). Toutefois, le recours par le service de santé au travail à des intervenants en prévention des risques professionnels enregistrés auprès du DIRECCTE ne peut se faire que par voie de convention dans les conditions prévues aux articles D. 4644-6 à D. 4644-11 du Code du travail.

À ce stade, plusieurs blocages peuvent être identifiés. D'abord, une analyse des besoins est nécessaire afin d'identifier les compétences recherchées et les moyens qui pourraient leur être consacrés. Ensuite, la répartition des compétences au sein de l'équipe et la place des protocoles d'intervention de ces personnels concourant à la santé au travail, décidée par chaque médecin du travail (article R. 717-52-3), ne sont pas sans incidence sur la direction technique du service assurée par le médecin du travail chef de service ou la réalisation du tiers par le médecin du travail (article R. 717-12). Enfin, la formation reste difficile à mettre en œuvre, notamment auprès des infirmiers.

3.2. LES MODALITÉS DE GESTION PARITAIRE DU SERVICE INTERENTREPRISES

L'objectif de cette gestion est de concilier les orientations nationales et les moyens octroyés par la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole (CCMSA) et les besoins en santé au travail des entreprises et des salariés de la circonscription. L'article L. 717-3 du Code rural et de la pêche maritime (CRPM) prévoit que *“par exception aux dispositions de l'article L. 4622-11 du Code du travail, le service de santé au travail est administré paritairement selon les modalités prévues au troisième alinéa de l'article L. 723-35 du CRPM”*. Ainsi, dans le processus d'élaboration des décisions du conseil d'administration de la caisse de MSA concernant les services de santé au travail ou la prévention des risques professionnels, l'avis conforme du comité de protection sociale des salariés est nécessaire. Pour mémoire, le conseil d'administration est composé de trois collèges électoraux : exploitants, salariés et employeurs. Le comité de protection sociale des salariés est composé des collèges salariés et employeurs.

En matière de financement des services de santé et de sécurité au travail, la CCMSA centralise les recettes de la cotisation de médecine du travail due par les employeurs de main-d'œuvre et procède aux répartitions de ces recettes et aux compensations des charges des caisses de la MSA en matière de santé au travail. Elle assure également le pilotage national des priorités en santé au travail qui sont arrêtées dans le plan pluriannuel de santé sécurité au travail des actifs agricoles 2012-2015, plan qui concerne l'action des conseillers de prévention mais aussi celle des médecins du travail et autres membres de l'équipe pluridisciplinaire. Les engagements en santé et sécurité au travail sont inscrits et suivis dans la Convention d'objectif et de gestion 2011-2015 conclue entre l'État et la CCMSA.

Ainsi, l'échelon national de santé et de sécurité au travail de la CCMSA assure la coordination des services de santé et de sécurité au travail et propose chaque année les priorités d'actions nationales de santé et de sécurité au travail, leur programmation, les moyens mobilisés et assure leur suivi après consultation de la formation restreinte de la commission spécialisée du Conseil d'orientation sur les conditions de travail chargée des questions relatives aux activités agricoles prévue à l'article R. 4641-22 du Code du travail (article D. 717-33 du Code rural et de la pêche maritime et l'arrêté du 31 octobre 2012 sur ses missions).

Dans ce cadre fixé au plan national, le programme d'actions décliné ensuite par chaque caisse est soumis à la consultation des partenaires sociaux agricoles locaux au sein du comité technique régional. Les comités techniques régionaux de prévention assistent les caisses de la MSA et

veillent, en liaison avec les comités techniques nationaux, à l'harmonisation des actions qu'elles entreprennent.

Les caisses de la MSA doivent présenter aux comités techniques régionaux le programme des actions de prévention qu'elles envisagent et leur adressent périodiquement un compte rendu de leurs activités et des résultats obtenus (article R. 751-160 du Code rural et de la pêche maritime). Cette organisation est issue de la loi n° 72-965 du 25 octobre 1972 instituant l'assurance des salariés agricoles contre les accidents du travail et les maladies professionnelles, qui a érigé ce régime en branche autonome de la Sécurité sociale. L'objectif de ce texte était d'assurer, en matière de prévention et de réparation des accidents du travail et maladies professionnelles, la parité entre les salariés agricoles et ceux relevant du régime général, tout en ménageant des spécificités pour tenir compte des particularismes du monde agricole, tant dans ses structures et ses activités que dans son organisation administrative. La loi n° 76-1106 du 6 décembre 1976 relative au développement de la prévention des accidents du travail a renforcé la prévention et la couverture du risque par la Sécurité sociale, y compris pour les professions agricoles, en instituant les mesures de gestion incitatives ou dissuasives telles qu'on les connaît aujourd'hui dans les deux régimes. Elle a également rendu applicable aux employeurs agricoles la partie du Code du travail relative à l'hygiène et sécurité au travail et à la médecine du travail.

Les modalités de fonctionnement des comités techniques régionaux agricoles n'ont été modifiées que dernièrement, à l'occasion de la fusion des services de l'inspection du travail en décembre 2008. Il faut en effet rappeler que les comités techniques régionaux agricoles sont constitués non seulement des partenaires sociaux agricoles, mais aussi d'un représentant de chacune des caisses de la MSA de la circonscription régionale (selon les régions, il peut y en avoir jusqu'à quatre) et que l'administration du travail y est fortement représentée : les inspecteurs du travail compétents selon l'ordre du jour, le médecin-inspecteur du travail et le technicien régional de prévention aujourd'hui transféré au sein des cellules d'appui des DIRECCTE. C'est elle qui propose l'ordre du jour et anime la réunion, la CMSA assurant le secrétariat et la prise en charge des frais de déplacement.

Les comités techniques régionaux ont pour rôle, non seulement de se prononcer sur les dossiers d'aide aux entreprises en matière de gestion et de promotion de la prévention des risques professionnels (arrêté 3 février 2012), mais aussi de donner leur avis sur le plan santé sécurité au travail mis en œuvre par chacune des caisses de la MSA de leur circonscription régionale. À ce titre, le diagnostic en santé et sécurité au travail, l'analyse des accidents du travail et maladies professionnelles des salariés agricoles et les actions transversales à mettre en œuvre au titre des priorités régionales concernant les missions confiées aux services de santé au travail (article

R. 717-43-2 du CRPM) élaborés dans ce cadre, permettent de présenter au CRPRP des propositions d'amélioration des conditions de travail, valides pour ce secteur, à inclure dans le PRST.

Pour mémoire, la consultation de la formation restreinte du CRPRP prévue à l'article D. 4622-44, préalable à la conclusion du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyen des services de santé au travail, n'est pas applicable aux services de santé sécurité au travail agricoles.

À ce jour, dans la quasi-totalité des régions, la participation des services des DIRECCTE aux comités techniques régionaux (deux réunions par an), et notamment des techniciens régionaux de prévention (TRP), aux côtés des référents agricoles régionaux de l'inspection du travail, constitue une occasion d'échange avec les représentants des employeurs et des salariés, en matière d'analyse des accidents du travail et des objectifs de prévention du secteur. Certaines régions signalent toutefois que les comités techniques régionaux ne se réunissent plus ou ont cessé d'être installés.

La participation des caisses de MSA aux CRPRP est également assurée, soit par des directeurs représentant les caisses de MSA de la région, soit par les médecins du travail, chefs de services de santé au travail, ou encore (mais plus rarement) par des responsables de la prévention des risques professionnels. Parfois, des agents de la MSA sont présents en tant qu'experts en prévention et participent aux groupes de travail mis en place dans le cadre des CRPRP.

Il existe néanmoins des disparités quant aux thématiques sur lesquelles ils s'engagent ainsi que sur le nombre de groupes de travail auxquels ils participent. Le risque chimique apparaît comme étant la thématique sur laquelle les MSA se sont le plus engagées dans le cadre du CRPRP, notamment au travers d'actions spécifiques aux produits phytopharmaceutiques. Les troubles musculo-squelettiques constituent la deuxième thématique, suivie par le risque routier ou les risques psychosociaux. Ce sont des axes de développement national majeurs du Plan santé sécurité au travail 2011-2015 de la MSA, qui ont vocation à être déclinés dans la plupart des plans régionaux de la politique de protection de la santé et de la sécurité au travail et d'amélioration des conditions de travail.

3.3. LA COLLABORATION EN RÉGION, UN LEVIER D'ACTION À RENFORCER

En complément des actions déjà engagées en région, les pistes d'amélioration de la collaboration à mettre en place en application de l'article L. 4622-10 du Code du travail entre le DIRECCTE et les services de santé au travail en agriculture en vue de développer et de coordonner des actions

transversales de santé et sécurité au travail (article D. 717-43-2) reposent sur deux outils, les plans d'activité en milieu de travail et les rapports d'activité du service de santé et de sécurité au travail de la caisse de la MSA, qui sont adressés au DIRECCTE et au médecin inspecteur du travail chaque année.

Ainsi, un plan d'activité en milieu de travail est préparé par chaque médecin du travail en fonction de l'état et des besoins de santé des salariés. Il porte sur les risques, les postes et les conditions de travail et prévoit notamment les études à entreprendre ainsi que le nombre et la fréquence minimale des visites des lieux de travail dans la ou les entreprises dont le médecin a la charge. Il est réalisé en collaboration avec le conseiller en prévention des risques professionnels, qui le complète par les analyses des accidents du travail et maladies professionnelles et toutes autres informations qu'il juge utiles, ce qui contribue à enrichir les éléments du diagnostic territorial en santé et sécurité au travail (article R. 717-4 du CRPM). Les agents de l'Inspection du travail sont destinataires du plan d'activité en milieu de travail.

Le médecin du travail, chef du service de santé et de sécurité au travail, coordonne les plans d'activité préparés par les médecins du travail et présente le plan d'activité du service au conseil d'administration de la Caisse de MSA avant sa transmission à l'administration du travail.

Le rapport d'activité du service est établi par le médecin du travail, chef du service de santé et de sécurité au travail (article D. 717-43 du CRPM). Un rapport sur l'organisation, le fonctionnement technique et comptable est établi par le directeur de la caisse de mutualité sociale agricole chaque année. Ces rapports sont également transmis au DIRECCTE et à la CCMSA.

L'arrêté ministériel relatif au modèle de rapport d'activité est en cours de modification et prendra en compte le système d'information mis en place par la CCMSA, qui concerne notamment le dossier informatisé en santé et sécurité au travail. Pour rappel, ce produit, initialement dédié à la santé au travail, a vocation à devenir un outil transversal pour la santé au travail et la prévention des risques professionnels, qui pourra être utilisé par les équipes pluridisciplinaires de santé au travail (médecins, infirmiers, etc.) et par les conseillers en prévention, dans le respect du secret médical, des obligations et des contraintes de chaque métier. Après une phase de test à la fin de l'année 2013, ce nouvel applicatif sera déployé tout au long de l'année 2014 dans les 35 caisses de MSA.

LA PRÉVENTION DE L'EXPOSITION AUX RISQUES CHIMIQUES

1. La prévention du risque amiante	567
1.1. Les principales actions réglementaires en 2013	569
1.2. Les actions d'accompagnement de l'application de la réglementation, de sensibilisation et d'information auprès des professionnels et des acteurs concernés	574
1.3. L'amiante : une priorité des services de l'Inspection du travail	580
1.4. La surveillance renforcée des mésothéliomes par l'InVS	582
1.5. Le second mandat du groupe de travail national amiante et fibres	584
2. La prévention de l'exposition aux gaz présents dans les conteneurs	586
2.1. Présentation du contexte	586
2.2. La mise en place par la DGT d'une coordination au niveau national	588
3. Les nanomatériaux	591
3.1. Actions menées au niveau international	592
3.2. Actions menées au niveau européen	593
3.3. Actions menées au niveau national	594

LA PRÉVENTION DE L'EXPOSITION AUX RISQUES CHIMIQUES

1. LA PRÉVENTION DU RISQUE AMIANTE

Introduction

Une baisse du nombre de salariés exposés à l'amiante depuis 10 ans (données issues de l'enquête SUMER).

La proportion de salariés exposés à l'amiante a diminué de moitié entre 1994 et 2010 (Tableau 1). En 1994, 92 000 salariés du secteur privé étaient exposés à l'amiante, contre 67 000 en 2010.

Cette évolution est liée à la fois à une prise de conscience collective de la gravité de cette exposition et aux évolutions réglementaires et techniques successives.

Cette exposition ne concerne quasiment que des hommes, très majoritairement ouvriers qualifiés du secteur de la construction. Certains sont des professionnels du retrait de l'amiante (déflocage, décalorifugeage...). D'autres, les plus nombreux, ont une exposition ponctuelle lors de rénovations de bâtiments (électriciens, plombiers, couvreurs...).

La baisse globale de l'exposition à l'amiante s'explique en particulier par l'interdiction de toute fabrication, importation ou commercialisation de l'amiante le 1^{er} janvier 1997 et par le cas des mécaniciens de véhicules, exposés à l'amiante des plaquettes de frein avant son interdiction.

Cette baisse globale masque des hausses pour les salariés de certaines familles professionnelles parmi les plus exposées, tels les plombiers – chauffagistes, les ouvriers non qualifiés du gros œuvre du bâtiment et les ouvriers qualifiés de la maintenance en électricité et en électronique.

Tableau 1 : Exposition à l'amiante (toutes variétés confondues)

	1994	2003*	2010*
Ensemble des salariés	0,8	0,6	0,4
Sexe			
Hommes	1,3	1,0	0,7
Femmes	0,0	0,0	0,0
FAP détaillée**			
Mécaniciens et électroniciens de véhicules	29,3	9,6	7,2
Plombiers, couvreurs, chauffagistes	8,7	10,9	11,7
dont plombiers, chauffagistes		9,2	12,1
dont couvreurs		14,5	10,2
Ouvriers non qualifiés métallerie, serrurerie, montage	7,5	3,2	0,4
Agents d'encadrement en fabrication mécanique	4,6	0,6	0,6
Carrossiers automobiles	4,1	3,9	2,6
Charpentiers (métal)	3,7	3,5	0,0
Ouvriers qualifiés de la maintenance en mécanique	3,4	2,5	2,8
Techniciens en mécanique et travail des métaux	3,2	0,0	0,0
Mainteniciens en biens électrodomestiques	3,0	ns	ns
Ouvriers qualifiés polyvalents d'entretien du bâtiment	2,1	3,1	-
Tuyauteurs	1,6	3,2	0,6
Ouvriers qualifiés des travaux publics et du béton	1,3	3,3	1,7
Techniciens et chargés d'études du bâtiment et des travaux publics	1,1	9,1	0,5
Électriciens du bâtiment	1,0	3,1	0,9
Ouvriers non qualifiés du gros œuvre du bâtiment	0,9	3,4	2,4
Ouvriers qualifiés de la maintenance en électricité et en électronique	0,6	3,2	2,1
Ouvriers de l'assainissement et du traitement des déchets	nc	0,8	3,0

* Il s'agit des résultats des enquêtes Sumer 2003 et Sumer 2010 portant sur le même champ que l'enquête Sumer 1994.

** La nomenclature des familles professionnelles (FAP) établit une correspondance entre le répertoire opérationnel des métiers et des emplois (Rome), utilisé par Pôle emploi pour classer les offres et les demandes d'emploi, et la nomenclature des professions et catégories socioprofessionnelles (PCS), utilisée par l'Insee dans ses enquêtes.

ns : non significatif (le nombre de salariés interrogés dans cette FAP est trop faible, inférieur à 40).

- : aucune observation (aucun salarié n'a été interrogé dans cette FAP).

nc : non comparable (pas de correspondance exacte entre la FAP 2009, la FAP 2003 et la FAP 1993).

Champ : ensemble des salariés du secteur privé ; France métropolitaine.

Source : DGT-Dares, enquêtes Sumer 1994, 2003 et 2010.

Rôle du ministère chargé du Travail en matière de risque amiante

En matière d'exposition aux fibres d'amiante, le ministère chargé du Travail a pour mission de veiller à la protection de la santé des travailleurs grâce à :

- l'élaboration d'une réglementation assurant un haut niveau de protection des travailleurs, tenant compte de l'évolution des connaissances scientifiques ;
- l'accompagnement des organismes et des entreprises concernés afin d'assurer une bonne appropriation de la réglementation par ces acteurs ;

- le contrôle de l'application de cette réglementation lors des opérations de retrait et des interventions sur matériaux contenant de l'amiante par le système de l'Inspection du travail.

La Direction générale du travail (DGT), en tant qu'autorité centrale de l'Inspection du travail, pilote son action de contrôle de la réglementation.

1.1. LES PRINCIPALES ACTIONS RÉGLEMENTAIRES EN 2013

La poursuite de la refonte de la réglementation relative à la protection des travailleurs issue du décret n° 2012-639 du 4 mai 2012 et de ses arrêtés d'application

À la suite des avis de l'Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (AFSSET) de février et de septembre 2009 relatifs à l'expertise de la toxicité des fibres courtes et des fibres fines d'amiante (FCA - FFA) et à la valeur limite d'exposition professionnelle (VLEP) de l'amiante, ainsi que d'octobre 2010 relatif aux affleurements naturels d'amiante, une campagne expérimentale de prélèvements et de mesures des fibres d'amiante par microscopie électronique à transmission analytique (META) en milieu professionnel a été menée, à l'initiative du ministère chargé du Travail, du 15 novembre 2009 au 15 octobre 2010.

Le rapport final d'analyses et de préconisations, remis le 22 septembre 2011 par l'INRS au ministère chargé du Travail, a conduit celui-ci à engager une refonte totale de la réglementation relative à la protection des travailleurs, sur la base des connaissances techniques et scientifiques nouvellement acquises, par le décret n° 2012-639 du 4 mai 2012, dont les principales dispositions visent à opérer, entre le 1^{er} juillet 2012 et le 1^{er} juillet 2015 :

- l'abaissement de la VLEP qui est actuellement de 100 fibres par litre, à 10 fibres par litre, au 1^{er} juillet 2015 ;
- le contrôle de l'empoussièrément en milieu professionnel selon la méthode META ;
- la définition de trois niveaux d'empoussièrément qui sous-tendent la graduation des moyens de protection collective (MPC) et des équipements de protection individuelle (EPI) à mettre en place ;
- la définition des techniques adaptées pour les travaux d'encapsulage et de retrait d'amiante et de matériaux, d'équipements et de matériels ou d'articles en contenant (situations visées à la sous-section 3 de la section consacrée au risque amiante dans le Code du travail) et pour les interventions sur des matériaux, des équipements, des matériels ou des articles susceptibles de provoquer l'émission de fibres d'amiante (situations visées à la sous-section 4) ;

- la suppression de la dualité de notions friable/non friable et la certification des entreprises selon un référentiel normatif unique, pour l'ensemble des activités visées à la sous-section 3 ;
- la généralisation de la certification des entreprises à l'ensemble des activités visées à la sous-section 3 ;
- les conditions d'utilisation, d'entretien et de vérification des MPC et des EPI, en particulier les appareils de protection respiratoire (APR) adaptés aux niveaux d'empoussièrement sur les chantiers.

Un premier arrêté d'application du 14 août 2012 définit les conditions de mesurage des niveaux d'empoussièrement, de contrôle de la VLEP et d'accréditation des organismes procédant à ces mesurages.

Le contrôle de l'empoussièrement résultant de la mise en œuvre des processus constitue désormais le cœur de la réglementation. En conséquence, les organismes accrédités (OA) pour le mesurage de ces empoussièrement et le contrôle de la VLEP constituent le maillon central de la démarche d'évaluation des risques liés à l'amiante.

Un cursus de formation des responsables techniques et qualité déployé par l'Institut national de recherche et de sécurité pour la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles (INRS)

Au regard de ces enjeux majeurs, afin de prendre en compte ces évolutions techniques et réglementaires, l'INRS a développé fin 2012 un cursus de formation à destination des personnels de laboratoires accrédités "amiante". Intitulée "Mesurer la concentration en fibres d'amiante sur les lieux de travail", cette formation a pour objectif d'enseigner les moyens organisationnels, techniques et humains répondant à l'ensemble des exigences en matière de contrôle amiante sur les lieux de travail.

En 2013, 60 responsables techniques et qualité des organismes accrédités ont été formés dans ce cadre par l'INRS.

L'arrêté du 14 décembre 2012 fixe les conditions de certification des entreprises par des organismes accrédités.

L'arrêté du 7 mars 2013 fixe les modalités de choix, d'utilisation et de vérification des équipements de protection individuelle et l'arrêté du 8 avril 2013 est relatif aux moyens de protection collective. En cohérence avec les dispositions du décret du 4 mai 2012 précité, ces deux arrêtés encadrent l'évaluation des risques de l'employeur et définissent le niveau des équipements de protection individuelle et les moyens de prévention collective à mettre en œuvre, selon les trois niveaux d'empoussièrement, définis de manière identique pour la sous-section 3 et la sous-section 4, qui structurent désormais la réglementation.

Le décret modificatif n° 2013-594 du 5 juillet 2013 destiné à permettre la montée en charge des dispositifs d'accréditation et de certification

Les difficultés relatives aux organismes accrédités procédant au mesurage des empoussièrtements et au contrôle de la VLEP

Le décret du 4 mai 2012 fixait au 30 juin 2013 la date butoir à laquelle les OA devaient satisfaire aux nouvelles exigences réglementaires, et en particulier à celles fixées par l'arrêté du 14 août 2012, pour procéder au mesurage des empoussièrtements et au contrôle de la VLEP.

En amont de cette date butoir, une période transitoire devait permettre aux laboratoires de s'équiper de microscopes électroniques à transmission analytique (META) et d'assurer une montée en charge suffisante du nombre de laboratoires accrédités sur l'ensemble du territoire.

L'attention de la DGT a toutefois été appelée sur l'existence de difficultés en termes de montée en charge des OA et de leurs ressources. En conséquence, il a été décidé de reporter de six mois, soit du 30 juin 2013 au 31 décembre 2013, la date butoir à laquelle les laboratoires sont réputés satisfaire aux obligations fixées par le décret du 4 mai 2012.

S'il existe encore des problèmes de répartition de l'offre sur le territoire et une insuffisance de techniciens compétents, ce délai supplémentaire a permis de disposer à fin 2013 d'un parc de microscopes multiplié par trois en deux ans (soit 94 microscopes META fin 2013 contre 30 en 2012) réparti entre :

- 56 organismes accrédités dont 47 pour la stratégie et le prélèvement ;
- 22 organismes accrédités pour l'analyse en META (analyse seule et/ou stratégie et/ou prélèvement).

Le retard des opérations de reclassement des entreprises certifiées et de certification des entreprises de couverture-bardage

À compter du 1^{er} juillet 2012, date de l'entrée en vigueur du décret du 4 mai 2012, une période transitoire d'une année devait permettre aux entreprises qui n'étaient pas encore dans le champ de la certification de mener à bien leur démarche de certification, en particulier les entreprises de couverture-bardage, dont la certification est un enjeu important de la réforme.

Le bilan d'étape effectué en avril 2013 auprès des deux organismes certificateurs (OC), QUALIBAT et AFNOR, montrait que les opérations de reclassement des entreprises certifiées non friables à risques particuliers présentaient de nombreux retards, liés en particulier à des difficultés de programmation de l'audit chantier, étape indispensable dans le processus

du reclassement. Par exemple, certaines entreprises ne trouvaient pas de chantier dont le processus mis en œuvre avait le niveau d'empoussièrement le plus élevé de leur document unique (cf. schéma ci-dessous). Les retards étaient également liés à la saturation de la charge de travail des laboratoires qui, eux-mêmes, devaient monter en compétence et mettre en œuvre de nouveaux moyens pour répondre aux exigences de la nouvelle réglementation.

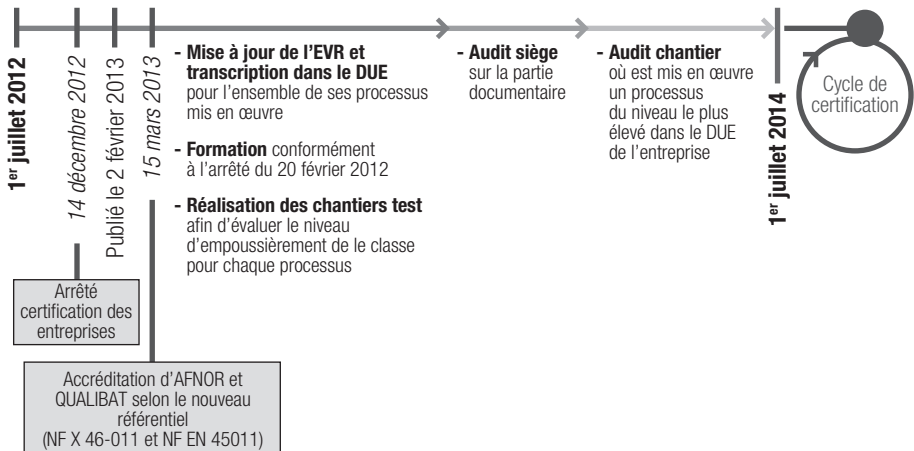
De manière pragmatique, et pour assurer l'effectivité de la réglementation, il est donc apparu nécessaire de dissocier le traitement selon le type d'entreprises (celles déjà certifiées selon l'ancien référentiel et celles entrant dans la certification), en donnant aux 2 OC les délais leur permettant d'absorber cette charge :

- en privilégiant le reclassement des entreprises certifiées à mener d'ici le 31 décembre 2013 ;
- en donnant un délai supplémentaire jusqu'au 30 juin 2014 aux entreprises de couverture-bardage, dont la maîtrise de la prévention et de la réglementation nécessite un accompagnement plus important de la part des OC, qu'il sera d'autant plus aisé d'assurer qu'ils seront dégagés du reclassement des entreprises certifiées.

Ce report a permis le reclassement par les deux OC, AFNOR et QUALIBAT, de plus de 400 entreprises certifiées friables et non friables à risques particuliers au 31 décembre 2013.

Par ailleurs, environ 500 entreprises de couverture ont déposé une demande de certification auprès des OC avant le 31 décembre 2013, comme exigé par le 3^o de l'article 7 du décret modificatif n° 2013-594 du 5 juillet 2013, dans la perspective de leur certification au 1^{er} juillet 2014.

Cas des entreprises devant entrer dans le champ de la certification au 1^{er} juillet 2013 couverture-bardage



La nécessaire professionnalisation des intervenants de la filière de l'amiante

Le dispositif de formation à la sécurité au poste de travail issu de l'arrêté du 23 février 2012 a permis d'assurer la formation à la prévention des risques liés à l'amiante. Il ne s'agit pas d'un dispositif de formation qualifiante.

Pourtant, il existe un besoin très important de compétences, relevant de la formation professionnelle qualifiante, initiale (éducation nationale, apprentissage, etc.) ou continue, qui ne peut être couvert par les dispositifs de formation à la sécurité relevant du Code du travail.

La nécessaire professionnalisation du secteur du désamiantage, qui préfigure l'évolution d'autres secteurs du BTP, tels que les nouvelles technologies de construction, requiert la création d'une filière technique qualifiante dans un contexte où l'éradication totale de l'amiante en France nécessitera au moins 40 ans.

1.2. LES ACTIONS D'ACCOMPAGNEMENT DE L'APPLICATION DE LA RÉGLEMENTATION, DE SENSIBILISATION ET D'INFORMATION AUPRÈS DES PROFESSIONNELS ET DES ACTEURS CONCERNÉS

La mise en œuvre de l'arrêté du 23 février 2012 relatif à la formation des travailleurs à la prévention des risques liés à l'amiante

L'arrêté du 23 février 2012 a abrogé et remplacé l'arrêté du 22 décembre 2009 pour tenir compte des difficultés de mise en œuvre rencontrées, s'agissant en particulier de la formation des travailleurs effectuant les interventions sur des matériaux contenant de l'amiante (MCA) relevant de la sous-section 4.

Il définit le contenu et les modalités de la formation des travailleurs susceptibles d'être exposés à l'amiante, les conditions de sa validation et de son renouvellement, ainsi que les conditions de certification des organismes de formation (OF) par des organismes certificateurs (OC) accrédités à cet effet pour les activités de confinement et de retrait de l'amiante (activités dites de la sous-section 3). Il permet ainsi de répondre aux exigences de la directive 2009/148/CE du 30 novembre 2009 qui renforce, notamment, la protection des travailleurs contre les risques liés à une exposition à l'amiante.

Les aménagements de délai introduits par l'arrêté du 23 février 2012 ont permis d'organiser dans les meilleures conditions possibles la montée en charge de cette formation et de disposer au 31 décembre 2013 de :

- 79 formateurs reçus à la formation de formateurs dispensée par l'INRS et l'OPPBTP⁽¹⁾ (pour 98 formés lors de 10 sessions) ;
- 23 OF certifiés dotés de 36 plateformes pédagogiques répartis d'une manière équilibrée sur le territoire national.

Le dispositif de formation à la prévention des travailleurs a permis la formation par les OF certifiés de 12 557 travailleurs relevant de la sous-section 3 en 2013 (9 756 travailleurs en 2012). Environ 40 % des travailleurs se sont inscrits pour des formations initiales (et non de mise à niveau), notamment les couvreurs et canaliseurs.

Dans cette perspective, la DGT s'est fortement impliquée auprès des représentants des travaux publics afin que des OF dotés de plateformes pédagogiques adaptées, disposant d'engins de travaux publics, soient certifiées et de faciliter ainsi la certification des entreprises du secteur au 1^{er} juillet 2014.

S'agissant des interventions sur matériaux contenant de l'amiante (activités dites de la sous-section 4), il a été constaté qu'un nombre important de

1) OPPBTP : *Organisme professionnel de prévention du bâtiment et des travaux publics.*

travailleurs du secteur du bâtiment et des travaux publics n'étaient pas formés à la prévention du risque amiante, en dépit de la réglementation en vigueur, et qu'ils devaient ainsi suivre une formation initiale et non une simple formation de mise à niveau.

Le plan d'action élaboré par l'OPPBTP pour remédier à cette situation vise notamment à former 80 formateurs en quatre ans, dans l'objectif de disposer à terme de 160 formateurs dédiés aux formations relevant de la sous-section 4.

Dans cette perspective, des sessions de formation de formateurs ont été organisées depuis la fin 2012, par l'INRS et l'OPPBTP, sur la base d'un référentiel pédagogique visant à élever le niveau de compétence et à homogénéiser les pratiques et les messages de prévention. Fin 2013, 21 formateurs ont ainsi été validés à l'issue de ces sessions pour former les travailleurs de la sous-section 4, au sein de 15 plateformes pédagogiques dépendant de 8 OF.

Par ailleurs, l'OPPBTP a constitué un partenariat avec 5 OF partenaires mettant à disposition 11 plateformes et 25 formateurs, qui ont formé dans ce cadre 1 067 travailleurs (616 en 2012).

Ces OF certifiés ont par ailleurs assuré, en dehors de leur partenariat avec l'OPPBTP, la formation de 3 511 travailleurs en 2013 (contre 2 521 travailleurs en 2012).

La prise de conscience des entreprises du BTP relevant de la sous-section 4, qui se traduit dans l'évolution du nombre d'inscrits entre 2012 et 2013, résulte largement de l'action de communication engagée par les organisations professionnelles du BTP, à la suite de la signature, le 2 avril 2012, d'une convention d'engagement politique et de communication avec la DGT, l'INRS, la CNAMTS⁽²⁾ et l'OPPBTP, dont l'objectif était de mobiliser leurs adhérents afin qu'ils s'inscrivent effectivement dans le dispositif précité.

Reconduction de la campagne nationale de sensibilisation des professionnels du BTP

Afin d'informer les professionnels du BTP, l'OPPBTP, sous le haut patronage du ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé et en partenariat avec la Confédération de l'artisanat et des petites entreprises du bâtiment (CAPEB), la Fédération française du bâtiment (FFB), la Fédération des sociétés coopératives de production du bâtiment et des travaux publics (Fédération SCOP BTP), la Fédération nationale des travaux publics (FNTF), la CNAMTS et l'INRS, ont tenu le 19 avril 2013 une conférence de presse afin d'annoncer la reconduction de la campagne nationale de sensibilisation lancée en 2012.

2) CNAMTS : Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés.

Trois messages ont été relayés par cette campagne :

- *L'amiante, qu'est-ce que je risque ?*
- *L'amiante, où je la trouve ?*
- *L'amiante, si je ne suis pas formé je n'interviens pas !*

Cette campagne vise à faire prendre conscience aux chefs d'entreprise et aux salariés du BTP des risques liés à l'amiante et à les alerter sur l'obligation légale de formation.

Plusieurs supports ont été mobilisés :

- "Question d'expert", une émission télévisée interactive enregistrée sur DVD et accessible sur Internet ;
- une lettre sur les dangers de l'amiante envoyée à toutes les entreprises du BTP ;
- un site dédié créé : www.amiantereponsesexpert.fr

En parallèle, l'OPPBTP a diffusé une publicité dans la presse professionnelle, qui a été relayée par tous ses partenaires institutionnels et organisations professionnelles.

L'Organisme met également à disposition tous les textes sur la nouvelle réglementation sur son site www.preventionbtp.fr et propose une formation "*Intervenir en sécurité sur matériaux contenant de l'amiante*" destinée aux opérateurs. Cette formation permet aux participants de s'approprier les techniques retenues par l'encadrement et de s'entraîner à leur pratique.

Le déploiement d'un plan d'action en direction des organismes accrédités

La vigilance accrue des services de l'État (DGT et Inspection du travail), de l'INRS et du COFRAC afin que l'appropriation de la réglementation et son application soient effectives dans les meilleurs délais, a permis de détecter de nombreuses difficultés dans la mise en œuvre du décret du 4 mai 2012, de nature à compromettre l'évaluation des risques de l'entreprise et d'entraîner une sous-estimation des niveaux d'exposition des travailleurs.

Un plan d'action DGT/INRS/COFRAC a été déclenché en conséquence.

Plusieurs réunions ont eu lieu depuis novembre 2013, conduites par la DGT avec l'appui de l'INRS et du COFRAC (directions des OA, responsables techniques et qualité des OA, réunion des évaluateurs COFRAC), qui ont permis d'échanger sur les enjeux de la réglementation, de faire les rappels réglementaires nécessaires et de connaître les difficultés des laboratoires dans la mise en œuvre de la réforme réglementaire amiante.

Une réunion a également été organisée à la DGT le 14 mars 2014, en lien avec l'INRS, le COFRAC, la CNAMTS et l'OPPBTP avec les représentants des OA et de l'ensemble des organisations professionnelles concernées afin d'échanger sur les contraintes respectives et trouver les moyens d'action appropriés. Ces organismes étaient le Syndicat national des entreprises de

démolition (SNED), le Syndicat du retrait et du traitement de l'amiante et des autres polluants (SYRTA), la Fédération française du bâtiment (FFB), la Fédération nationale des travaux publics (FNTF), la Confédération de l'artisanat et des petites entreprises du bâtiment (CAPEB) et la Fédération des Sociétés coopératives ouvrières de production du bâtiment et des travaux publics (SCOP-BTP).

Par ailleurs, une questions-réponses spécifique à la mise en œuvre des dispositions réglementaires et normatives en matière de métrologie de l'amiante a été élaboré par la DGT afin de permettre leur application homogène sur l'ensemble du territoire et par l'ensemble des acteurs concernés, y compris les agents de l'Inspection du travail.

Les actions de sensibilisation et d'information du ministère chargé du Travail

En complément de l'action des services déconcentrés, la DGT accompagne le déploiement des différents chantiers, réglementaires notamment, menés en matière d'amiante par une communication interne et externe appropriée.

Une information actualisée est ainsi disponible sur le site www.travailler-mieux.gouv.fr, constituée d'un "questions-réponses" ainsi que de logigrammes permettant de mieux définir les champs d'application de la sous-section 3 (retrait/encapsulage) et de la sous-section 4 (interventions sur MCA) d'une part lors des interventions sur des immeubles par nature ou par destination et d'autre part à l'occasion d'opérations de maintenance sur des équipements industriels, du matériel de transport ou d'autres articles.

The screenshot shows the 'Travailler mieux' website interface. At the top, there is a search bar with the text 'Rechercher' and a search icon. Below the search bar, the main heading reads 'Travailler mieux la santé et la sécurité au travail'. A navigation menu includes links for 'Accueil', 'Métiers et Activités', 'Dangers et Risques', 'Mesures et moyens de prévention', 'Outils et Publications', 'Formation en santé au travail (RFST)', 'Prévention : qui fait quoi ?', and 'Adresses'. The 'Dossiers' section is highlighted, showing a document titled 'Amiante : un Questions-Réponses apporte les précisions nécessaires à la mise en œuvre du décret n° 2012-639 du 4 mai 2012'. The document content includes the title 'Amiante : mise en œuvre du décret n°2012-639 et de ses arrêtés d'application', a sub-header 'Un questions-réponses apporte les précisions nécessaires à la mise en œuvre du décret n°2012-639 et de ses arrêtés d'application', and a detailed text block starting with 'A la suite des avis de l'Agence Française de Sécurité Sanitaire de l'Environnement et du Travail (AFSSET) des 17 février et 15 septembre 2009 relatifs d'une part à la toxicité des fibres courtes et des fibres fines d'amiante (FCA-FFA) [L'avis de l'AFSSET du 17 février 2009 préconise l'utilisation de la méthode de la microscopie électronique à transmission analytique (META) en milieu professionnel notamment pour inclure le comptage des FFA aux fibres actuellement mesurées pour le contrôle de la valeur limite d'exposition professionnelle (VLEP), le caractère cancérigène des FFA ayant été confirmé dans l'étude], et d'autre part à la valeur limite d'exposition professionnelle (VLEP) de l'amiante, une campagne expérimentale de prélèvements et de mesures des fibres d'amiante par microscopie électronique à transmission analytique (META) en milieu professionnel a été menée, à l'initiative du ministère chargé du travail, du 15 novembre 2009 au 15 octobre 2010.'

Par ailleurs, la DGT intervient dans de nombreuses manifestations mobilisant l'ensemble des acteurs concernés par les opérations sur matériaux contenant de l'amiante, notamment les donneurs d'ordre, les maîtres d'œuvre, coordonnateurs en matière de sécurité et de protection de la santé (SPS) et les entreprises, pour assurer l'effectivité de la réglementation :

- colloque du SYRTA du 7 février 2013 ;
- conférence au salon Préventica à Lyon le 24 septembre 2013 ;
- journées d'information du "Moniteur" des 3 octobre et 10 décembre 2013 ;
- intervention auprès des entreprises du Groupement des entreprises sidérurgiques et métallurgiques (GESIM) à Pont-à-Mousson le 10 octobre 2013 ;
- colloques organisés par les DIECCTE Martinique, Guadeloupe et Guyane en octobre 2013 ;
- journée technique du Syndicat des entreprises de démolition (SNED) à Paris le 28 novembre 2013.

Par ailleurs, l'action engagée par le ministère chargé du Travail et l'INRS avec la Fédération des services énergie et environnement (FEDENE), qui s'est traduite, en 2012, par l'élaboration de plus de vingt fiches d'intervention et d'un guide de prévention, a été formalisée le 11 juin 2013 par la signature d'une convention de partenariat. Celle-ci porte notamment sur l'amélioration de l'évaluation des risques, l'encadrement des modes opératoires pertinents et la réalisation d'une campagne de mesures des empoussièrlements d'amiante en META à l'occasion des interventions représentatives de l'activité des adhérents de la FEDENE.

De manière analogue, un ensemble de documents de prévention, actualisé au plan réglementaire, a été élaboré dans le cadre de la convention signée par l'Union des syndicats de l'industrie routière française (USIRF) afin de prendre en compte les risques liés à la présence d'amiante dans les enrobés routiers. Ces documents, finalisés à la fin de l'année 2013, sont disponibles sur le site www.travailler-mieux.gouv.fr

Les actions de sensibilisation menées par la branche AT-MP

Depuis plusieurs décennies, pour protéger les salariés exposés au risque amiante, la branche AT-MP de la CNAMTS met en œuvre un ensemble d'actions qu'elle adapte au contexte des entreprises et à l'évolution des connaissances sur le sujet. Outre la participation aux campagnes nationales, notamment la campagne de sensibilisation au risque amiante et de promotion de la formation à destination des TPE/PME du BTP animée par l'OPPBTP, la branche AT-MP développe des actions ciblées propres.

Pendant l'année 2013, sous la coordination de la CNAMTS, les caisses régionales se sont mobilisées pour conforter les résultats obtenus au titre

du Plan national d'action coordonnée amiante 2009-2012. Elles ont ainsi concentré leurs actions sur :

- le contrôle régulier des PRA (plans de retraits amiante) et des modes opératoires, qui reste intégré à l'activité habituelle des caisses comme témoin de la qualité d'intervention sur les chantiers de retrait ;
- la sensibilisation et l'accompagnement des maîtres d'ouvrage récurrents, plus particulièrement les organismes d'HLM et d'habitat social ;
- l'appui aux collectivités locales : des projets ont été lancés, notamment avec les centres de gestion, pour aider ces collectivités à prendre en compte la prévention du risque amiante ;
- l'accompagnement de fédérations ciblées : ascensoristes, chauffagistes, experts d'assurance pour en citer quelques unes, avec le développement de guides ou de fiches d'analyse des risques liés à leurs activités et un appui des caisses auprès de leur réseau.

Les actions de l'INRS pour sensibiliser les plombiers-chauffagistes aux risques liés à l'exposition à l'amiante

Lors d'une conférence de presse organisée le 1^{er} octobre 2013, l'INRS a diffusé les résultats de la campagne de mesures menée avec la Confédération de l'artisanat et des petites entreprises du bâtiment (CAPEB) et l'Institut de recherche et d'innovation sur la santé et la sécurité au travail (IRIS-ST), réalisée à l'aide de badges de prélèvements individuels permettant de déceler toute exposition à l'amiante et d'un questionnaire soumis aux professionnels volontaires. Sur les 63 porteurs de badges, intervenus en grande majorité dans des maisons individuelles, 35 % avaient été exposés durant leur semaine de travail, bien que n'ayant pas eu conscience du risque (41 % des professionnels pensaient ne jamais avoir été en contact avec des fibres d'amiante).

À la lumière de ces données, l'INRS, la CAPEB et l'IRIS-ST ont mis en place des actions ciblées pour l'information des entreprises artisanales de plomberie-chauffage, en diffusant notamment un kit au sein du réseau de la CAPEB contenant la synthèse de l'étude, une présentation pour l'animation de réunions de sensibilisation, les mémos santé de l'IRIS-ST et la fiche métier de l'INRS spécifique à la profession de "plombier-chauffagiste".

L'année 2013 a également permis de définir les axes prioritaires d'actions de la branche pour les quatre prochaines années, au titre de la convention d'objectifs et de gestion (COG) AT-MP 2014-2017 :

- agir en direction des maîtres d'ouvrage ou donneurs d'ordre récurrents afin qu'ils donnent aux entreprises en contact avec des matériaux contenant de l'amiante les moyens de travailler en sécurité, en accord avec la réglementation ;

- aider les entreprises dans les choix techniques à mettre en œuvre pour réduire les expositions au niveau le plus bas possible lors des travaux de retrait ou d'encapsulage des MCA ou dans les travaux d'entretien et de maintenance ;
- contribuer aux actions nationales de la branche AT-MP : certification, normalisation et campagnes nationales.

1.3. L'AMIANTE : UNE PRIORITÉ DES SERVICES DE L'INSPECTION DU TRAVAIL

La prévention du risque amiante, une priorité nationale

Le respect de la réglementation relative à la protection des travailleurs exposés à l'amiante fait l'objet d'un suivi particulièrement attentif de la part des services de l'Inspection du travail. La DGT, en tant qu'autorité centrale de l'Inspection du travail, a ainsi inscrit la prévention des risques liés à l'amiante parmi les priorités nationales fixées aux DIRECCTE en 2014. Elle met aussi l'accent sur la production d'outils méthodologiques destinés à l'appui et la formation des agents de contrôle afin d'homogénéiser les interprétations et pratiques sur le territoire national (fiches juridiques de la DGT, notes et guides méthodologiques, questions-réponses, logigrammes sous-section 3 et sous-section 4, etc.).

Compte tenu de l'ampleur de la réforme réglementaire engagée, un programme de formation d'envergure, visant à constituer un réseau de 62 formateurs-relais régionaux, a été mis en place par la DGT, avec l'appui d'experts.

À l'issue d'un séminaire d'actualisation des connaissances réglementaires, scientifiques et techniques en matière d'amiante, animé par la DGT et ses experts pendant une semaine à l'INTEFP³⁾, un module de formation réglementaire de trois jours et un module de formation au port des équipements de protection individuelle (EPI) d'un jour ont été conçus et déployés sur le territoire national à partir de février 2013, avec pour objectif de former les 2 400 agents de contrôle et ingénieurs de prévention.

Fin 2013, la formation réglementaire a été réalisée sur tout le territoire et la formation EPI était en cours, par groupe de 10 agents, sur des plateformes pédagogiques d'organismes de formation certifiés avec mise en situation réelle.

Enfin, deux guides méthodologiques de contrôle ont été diffusés aux services d'inspection fin 2013 afin de permettre une appropriation de l'ensemble du nouveau dispositif réglementaire, dont un guide spécifique

3) INTEFP : Institut national du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle.

aux opérations sur matériaux en amiante-ciment, qui constituent plus de 60 % des opérations visées par la réglementation.

L'ensemble de ce dispositif, très apprécié par les agents de l'inspection, vise également à harmoniser les pratiques des services déconcentrés et à assurer l'effectivité des contrôles sur les chantiers, dans le respect de l'égalité de traitement des usagers.

Quelques exemples d'actions locales

La diffusion d'outils et de formations au sein de réseaux de partenaires locaux

Les Directions régionales des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi (DIRECCTE) jouent un rôle essentiel dans la sensibilisation des acteurs locaux, notamment grâce à la constitution de réseaux d'acteurs locaux, au sein desquels elle diffuse des outils et des actions de sensibilisation. Par exemple, les DIRECCTE de **Bourgogne** et de **Franche-Comté** se sont associées avec l'OPPBTP et la Caisse d'assurance retraite et de santé au travail (Carsat) au sein de groupes interrégionaux amiante, au sein desquels elles diffusent des outils de sensibilisation à la nouvelle réglementation des maîtres d'ouvrage sur l'amiante dans les opérations de réhabilitation.

La DIRECCTE d'**Aquitaine** a constitué un réseau de correspondants amiante, qui est régulièrement réuni afin de diffuser de l'information et de coordonner les actions. Cette organisation a notamment permis de répondre de manière efficace au problème rencontré en Dordogne dans le courant du mois d'août 2013. À la suite des dégâts occasionnés par des averses de grêle se sont développées des interventions hors réglementation afin de mettre hors d'eau les locaux abîmés. L'intervention coordonnée des services d'Inspection du travail a permis une rapide mise aux normes des conditions d'intervention des entreprises.

Un exemple d'intervention sectorielle : l'action coordonnée en direction des bailleurs sociaux

L'action coordonnée entre les DIRECCTE, l'OPPBTP et les Carsat a, en 2013, ciblé plus particulièrement les bailleurs sociaux, afin d'améliorer la qualité des opérations de rénovation des parcs de logements sociaux, qu'il s'agisse d'opération de restructuration ou d'entretien.

En **Champagne-Ardenne**, une réflexion est en cours avec la principale association de bailleurs sociaux de la région. Elle pilote plusieurs groupes de travail, qui mutualisent les retours d'expérience et les bonnes pratiques ainsi que les outils de communication élaborés à l'attention des locataires. La DIRECCTE du **Limousin** travaille de même à l'élaboration d'un document

de bonnes pratiques concernant les obligations liées à l'amiante, qui devrait être signé par l'association de bailleurs sociaux de la région.

En **Franche-Comté**, en **Bourgogne**, en **Rhône-Alpes**, en **Picardie** et en **Poitou-Charentes**, des actions d'information et de sensibilisation sont menées auprès des principaux donneurs d'ordre publics, qui ont ciblé prioritairement les bailleurs sociaux. En Lorraine, une démarche régionale amiante a été initiée par les organismes HLM, qui a associé l'OPPBTP, les Carsat et la DIRECCTE. Elle a diffusé auprès d'eux les informations concernant la réglementation amiante.

1.4. LA SURVEILLANCE RENFORCÉE DES MÉSOTHÉLIOMES PAR L'InVS

Depuis sa création, l'Institut de veille sanitaire (InVS) s'est investi sur le terrain de l'impact sanitaire de l'exposition à l'amiante et a développé des outils de veille dédiés à la surveillance des risques professionnels liés à l'amiante, notamment le Programme national de surveillance du mésothéliome (PNSM). Par la suite, l'InVS a instauré des programmes de suivi post-professionnel auprès de différentes populations de travailleurs retraités et un suivi des dispositifs médico-sociaux de réparation. Plus récemment, la déclaration obligatoire (DO) du mésothéliome est entrée en vigueur, depuis la parution en janvier 2012 du décret n° 2012-47, qui complète la liste des maladies faisant l'objet d'une transmission obligatoire de données individuelles à l'autorité sanitaire.

Le suivi post-professionnel de la cohorte FIVA (Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante)

Les données épidémiologiques sur les victimes de l'amiante concernent principalement le suivi des personnes atteintes de mésothéliome ou de cancer broncho-pulmonaire et rarement celles présentant des pathologies bénignes.

Dans cette étude de cohorte, l'InVS a analysé les causes de décès des victimes de l'amiante connues du FIVA, avec un intérêt particulier pour les victimes atteintes de plaques pleurales, d'asbestose ou d'épaississements pleuraux. Leur mortalité, toutes causes confondues et par cause spécifique, a été comparée à celle de la population générale française entre 2004 et 2008. Par rapport à la population générale, chez les hommes, sont observés en excès statistiquement significatif les décès par tumeurs de la plèvre et les décès par maladies non cancéreuses de l'appareil respiratoire

Les résultats de cette étude ont été présentés au Conseil d'administration du FIVA le 27 novembre 2013. Cette présentation a été suivie, en décembre 2013, par la publication du rapport et d'une synthèse des résultats de l'étude

de mortalité sur le site de l'InVS. Le travail initié va se poursuivre avec une mise à jour régulière de l'analyse de mortalité dans cette cohorte.

La déclaration obligatoire (DO) du mésothéliome

Par décret n° 2012-47 du 16 janvier 2012, les mésothéliomes s'ajoutent à la liste officielle des maladies à déclaration obligatoire. Cette DO, mise en œuvre par l'InVS, constitue l'une des mesures du Plan cancer 2009-2013, qui vise notamment l'amélioration de la surveillance des cancers liés à l'environnement professionnel (action 9.1).

Tout nouveau cas de mésothéliome, quelque soit son site anatomique (plèvre, péritoine, péricarde...), doit désormais être notifié au médecin de l'Agence régionale de santé (ARS) par tout médecin (pathologiste ou clinicien) exerçant en France métropolitaine ou ultramarine qui en pose le diagnostic. La mise en place de cette DO est réalisée au sein de chaque région, avec la cellule de l'InVS en région (Cire-InVS), l'Agence régionale de santé, le réseau régional de cancérologie et en lien avec l'équipe du Programme national de surveillance du mésothéliome (programme de l'InVS, voir plus loin) dans les régions concernées.

L'InVS a mis en place des enquêtes d'exposition pour renforcer la connaissance des facteurs professionnels et environnementaux (amiante et autres fibres) dans trois populations mal connues (30 % de l'ensemble des mésothéliomes) :

- les personnes atteintes de mésothéliome hors plèvre ;
- les femmes atteintes de mésothéliomes de la plèvre ;
- les hommes de moins de 50 ans atteints de mésothéliomes de la plèvre.

Elles sont complémentaires des enquêtes d'exposition réalisées dans le cadre du PNSM. Il est important de noter que la DO ne se substitue en aucune façon au système de déclaration des maladies professionnelles.

En 2013, l'InVS a élaboré un rapport, qui présente le bilan de la première année de mise en œuvre de cette DO. Le rapport, ainsi qu'une synthèse ont été publiés au premier trimestre 2014.

Le Programme national de surveillance du mésothéliome

Le Programme national de surveillance du mésothéliome est un système de surveillance épidémiologique des effets de l'amiante sur la santé de la population à travers le suivi permanent du mésothéliome pleural. Coordonné par l'InVS depuis sa création en 1998, il enregistre de façon exhaustive tous les cas de suspicion de tumeur primitive pleurale et notamment de mésothéliome.

En 2013, le centre pilote a reçu des 21 départements participants le signalement de 422 nouveaux cas comprenant des cas diagnostiqués en

2013 (296), mais également des cas diagnostiqués antérieurement et signalés tardivement. Par ailleurs, 527 expertises anatomopathologiques et 86 expertises cliniques ont été réalisées.

L'estimation de l'incidence nationale du mésothéliome a été actualisée jusqu'en 2011. Le nombre annuel de cas de mésothéliome pleural est stable depuis le début des années 2000 chez les hommes et augmente régulièrement chez les femmes. En raison du recul relativement faible de la surveillance, ce phénomène reste à confirmer sur une plus longue période.

Travaux sur les granulats d'enrobés routiers et les "fragments de clivage"

Enfin, les collectivités locales et les services de l'État sont destinataires de signalements relatifs à la présence possible de fibres d'amiante actinolite dans les granulats d'enrobés routiers ainsi que de "fragments de clivage" issus de minéraux à faciès non asbestiformes d'actinolite. Il ne s'agit pas ici de fibres d'amiante ajoutées volontairement dans les enrobés pour leurs propriétés de résistance, comme ce fut le cas entre 1970 et 1995, mais des granulats amiantés naturellement extraits des carrières ces dernières décennies. Des interrogations subsistent sur le risque sanitaire lié à l'exposition à des fragments de clivage issus de fibres minérales non asbestiformes.

En conséquence, une saisine de l'Anses⁽⁴⁾ sur l'ensemble des amphiboles est en cours de préparation et, à la demande de la DGPR⁽⁵⁾ et de la DGT et un groupe de travail constitué de l'INRS, du LEPI⁽⁶⁾, du LEM⁽⁷⁾, du BRGM⁽⁸⁾ et de l'INERIS⁽⁹⁾ a été mis en place afin d'élaborer un protocole technique pour l'échantillonnage, le prélèvement, l'analyse et l'identification des fibres d'amiante dans les fragments de roches, notamment ceux commercialisés par les exploitants de carrières.

Une cartographie relative à la présence d'amiante dans les carrières en exploitation est enfin en cours de réalisation par le BRGM.

1.5. LE SECOND MANDAT DU GROUPE DE TRAVAIL NATIONAL AMIANTE ET FIBRES

Le groupe de travail national amiante et fibres (GTNAF), créé par le décret n° 2008-101 du 31 janvier 2008 à la suite des rapports parlementaires sur l'amiante est devenu, au cours des quatre années de son premier mandat (2008-2012), un lieu d'échange d'informations, de suivi des études et

4) Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail.

5) DGPR : Direction générale de la prévention des risques.

6) Laboratoire d'étude des particules inhalées de la Ville de Paris.

7) Laboratoire d'essais des matériaux de la Ville de Paris.

8) Bureau de recherches géologiques et minières.

9) Institut national de l'environnement industriel et des risques.

expérimentations en cours et de travail en commun entre les administrations centrales concernées (DGT, DGS, DGPR, DHUP)⁽¹⁰⁾ et les organismes de prévention (INRS, OPPBTP) et scientifiques (InVS, Anses, INSERM, BRGM, INERIS...) qui en sont membres.

En outre, le GTNAF assure une traçabilité de l'action des administrations et organismes membres à l'attention des parlementaires, à l'origine de sa création, et aussi des citoyens, grâce à la publication par le groupe d'un rapport annuel d'activité et d'un rapport de fin de mandat.

L'intérêt et l'importance des chantiers envisagés par le GTNAF ont conduit le Gouvernement à reconduire cette instance pour un second mandat de quatre ans, par décret du 21 août 2013.

Les travaux menés par le GTNAF au cours de son premier mandat ont fait émerger des problématiques nouvelles, qui appellent des réflexions approfondies, qui ont à ce stade fait l'objet d'une première ébauche. Elles concernent notamment :

- l'amélioration du dispositif de traçabilité des matériaux contenant de l'amiante (MCA) grâce à l'insertion dans le Code du travail de l'obligation de procéder à un repérage avant travaux, couvrant l'ensemble des situations de travaux, notamment celles relevant du génie civil (terres amiantifères, enrobés routiers, canalisations enterrées) ;
- la professionnalisation des intervenants de la filière amiante (entreprises, organismes de formation, organismes de contrôle des niveaux d'empoussièrément, opérateurs de repérage) ;
- la création d'une filière de démantèlement des installations ou équipements industriels, tels les navires, les centrales électriques (nucléaires, hydrauliques, thermiques), les matériels ferroviaires, qui posent tout à la fois des problématiques de désamiantage et de retraitement des déchets en vue de la revalorisation des métaux.

10) DGS : Direction générale de la santé. DHUP : Direction de l'habitat, de l'urbanisme et des paysages.

2. LA PRÉVENTION DE L'EXPOSITION AUX GAZ PRÉSENTS DANS LES CONTENEURS

2.1. PRÉSENTATION DU CONTEXTE

L'essor du transport par conteneur

Le conteneur, dont l'usage dans les transports s'est considérablement développé depuis les années 1950, est actuellement utilisé pour 90 % des marchandises transportées par voie maritime et pour 80 % du fret, tous transports confondus. Il permet en effet la manutention simple et rapide en transport multimodal sans reconditionnement, tout en garantissant la sécurité des marchandises.

Le plus petit conteneur, d'usage courant, mesure 6 mètres et possède un volume utile de près de 33 m³. Un navire porte-conteneurs a une capacité de l'ordre de 15 000 conteneurs. Le trafic européen est estimé à près de 1 million de conteneurs par semaine et la capacité totale de la flotte mondiale est aujourd'hui de plus de 13 millions de conteneurs, contre 1,7 million en 1990 et 4,5 millions en 2000.

Les enjeux de la fumigation

La fumigation consiste à appliquer de manière contrôlée un traitement par gaz ou par aérosol afin de prévenir la présence de rongeurs, d'insectes ou de moisissures qui peuvent menacer la bonne conservation des marchandises pendant des transports souvent longs (plusieurs semaines). Les transports internationaux ayant toujours favorisé le déplacement d'hôtes indésirables, la fumigation est au cœur de forts enjeux économiques, sociaux et environnementaux pour la préservation de la faune et de la flore et de la santé des populations des pays d'arrivée, ainsi que la pérennité des marchandises.

On estime qu'un conteneur sur cinq (20 %) serait fumigé.

D'autres gaz résiduels présents dans les conteneurs peuvent être issus d'émanations de certaines marchandises (à titre d'exemple, du benzène ou du toluène ont été mesurés pour des articles d'habillement). En outre, les conteneurs peuvent contenir des matières dangereuses renversées de manière accidentelle sur des produits manufacturés.

Le contexte du transport maritime

Sur le territoire national, les conteneurs sont présents sur les lieux suivants :

- les ports maritimes : entrée principale des conteneurs dans un contexte de mondialisation des échanges commerciaux, Le Havre est le premier port français pour les conteneurs avec un objectif à moyen terme de 6 millions de conteneurs, et une augmentation du stockage à court terme de près de 350 000 conteneurs sur site. Les ports de Marseille et de Toulon présentent également un fret de conteneurs importants ;
- les ports fluviaux : sur 71 ports intérieurs, les ports principalement concernés sont ceux de Paris (avec l'entrée des marchandises par Le Havre et de Rouen) et Strasbourg (avec l'entrée des marchandises des Pays-Bas et de l'Allemagne) ;
- les plateformes terrestres : les gares ferroviaires, routières, ou entrepôts d'entreprises constituent autant de lieux pouvant présenter un volume important de stockage et de manutention de conteneurs sur le territoire.

Les premiers alertes et signalements

Plusieurs alertes et signalements effectués dans d'autres pays de l'Union européenne ont suscité l'inquiétude des syndicats français, notamment des douaniers et dockers, également relayée par la presse au cours de l'année 2013. Ils ont signalé l'absence de mesures précises de prévention pour les travailleurs en charge de l'ouverture des conteneurs, et par conséquent, les risques sanitaires potentiels vis-à-vis des gaz pouvant être émis par les conteneurs de marchandises.

Cette problématique a en particulier été identifiée au port du Havre, où de premiers travaux réalisés par l'INRS et la Carsat Haute-Normandie ont permis d'aider les douaniers et les dockers à établir certaines recommandations à mettre en œuvre préalablement à leur entrée dans les conteneurs.

Le nombre de travailleurs concernés serait de l'ordre de 200 000, sans que l'on puisse actuellement établir la proportion de ceux qui sont effectivement exposés.

Sont en particulier concernés les secteurs suivants :

- les entreprises de manutention et de maintenance : de nombreuses entreprises, portuaires ou non, offrent des services d'entreposage, de nettoyage, de réparation ou de recyclage des conteneurs ;
- les entreprises logistiques : elles assurent l'entreposage, le transport, le chargement et le déchargement des conteneurs ;
- les entreprises marchandes ou ayant un grand flux de matières : certaines entreprises, telles que des magasins destinés au grand public ou aux professionnels, peuvent gérer un fret important de conteneurs et assurer

leur propre gestion des entrepôts et des chargements et déchargements de conteneurs, directement ou en sous-traitance.

2.2. LA MISE EN PLACE PAR LA DGT D'UNE COORDINATION AU NIVEAU NATIONAL

En janvier 2013, la DGT a rencontré les acteurs du port du Havre ainsi que la DIRECCTE et la Carsat Haute-Normandie afin de mieux cerner la problématique et les enjeux en cause.

En juillet 2013, un groupe interministériel réunissant les principales directions d'administration centrale concernées DGPR, Direction générale des infrastructures, des transports et de la mer (DGTIM), DGS, Direction générale des douanes et droits indirects (DGDDI), Secrétariat général du ministère chargé de l'Agriculture, ainsi que la CNAMTS et l'INRS a été constitué par la DGT.

L'objectif principal de ce groupe est d'échanger sur les actions déjà entreprises par les différentes directions générales d'administration concernées et d'améliorer les opérations de contrôle et de prévention des risques.

Il s'agit plus précisément :

- d'échanger sur les actions déjà entreprises par les différentes administrations et par les préventeurs en termes de protection des agents et des salariés et d'amélioration des contrôles, notamment s'agissant de la conformité aux règles du transport de matières dangereuses et aux dispositions prévues par le Code du travail ;
- d'établir, le cas échéant, les domaines d'action conjointe (formation, information, mesures réglementaires ou techniques particulières...) à mener.

Un exemple de prévention des risques lors d'interventions dans les conteneurs maritimes : les travaux de l'INRS sur la ventilation des conteneurs

À la demande de plusieurs Carsat, l'INRS a mené des travaux sur la conception des dispositifs de ventilation destinés au travail en espace confiné, dans l'objectif de prévenir l'exposition à des agents chimiques à l'ouverture, à la pénétration et au dépôtage de conteneurs intermodaux.

L'atmosphère de certains conteneurs peut en effet être polluée par :

- des vapeurs dégagées par les marchandises transportées : toluène, benzène, etc. ;
- des résidus d'une fumigation pratiquée pour protéger les marchandises contre les parasites ou pour entraver la propagation de ces parasites : phosphine, bromure de méthyle, dichloroéthane, etc.

Les dockers et les douaniers sur les sites portuaires, ainsi que les manutentionnaires des plates-formes logistiques ou des entreprises destinataires sont potentiellement exposés à ces polluants.

Le processus de dégazage des conteneurs a été examiné à l'aide de mesures par gaz traceur et de simulations numériques d'écoulement. Trois conditions différentes de ventilation des conteneurs ont été étudiées : ventilation naturelle, ventilation mixte et ventilation forcée. Les essais ont permis de quantifier les variations des temps de dégazage en fonction de divers facteurs comme la taille du conteneur, le taux de remplissage et le type de chargement.

Une partie des résultats acquis lors de cette étude, achevée en 2013, par exemple la priorité à accorder au positionnement des entrées d'air ou l'intérêt d'engendrer des vitesses d'air élevées qui assurent un brassage maximal du volume, est généralisable à d'autres cas d'assainissement de l'air d'un espace confiné par ventilation générale.

La ventilation d'autres types d'espaces confinés sera traitée dans le cadre d'une opération d'assistance concernant les travaux de curage intérieur de bâtiments avant rénovation ou déconstruction.

Parallèlement, l'ensemble des directions générales concernées ont été auditionnées le 9 juillet 2013 par la mission commune d'information du Sénat sur l'impact des pesticides sur la santé, et plus particulièrement sur la contamination aux pesticides et aux gaz de fumigation des marchandises transportées.

En 2014, la DGT souhaite clarifier, avec l'aide de l'INRS, de la CNAMTS et des Carsat concernées, diverses dispositions techniques et notamment les moyens de détection des gaz et les stratégies de gestion des conteneurs jugés à risques, et engager les actions nécessaires au niveau européen.

Synthèse d'une action menée pour le déchargement des navires du port de Lorient

Les céréales transportées par bateau peuvent faire l'objet d'une fumigation, procédé qui permet notamment d'éliminer les rongeurs pendant le transport, afin d'éviter l'introduction de parasites dans les pays importateurs.

Ce procédé peut être mis en œuvre de plusieurs manières, notamment par l'utilisation de phosphore d'aluminium. Ce produit, qui se présente sous forme de pastilles ou de chaussettes, est déposé sur et dans la marchandise au départ. Au contact de l'humidité de l'air, il dégage de la phosphine, qui est un gaz très toxique et inflammable, tout au long du trajet du bateau.

Plusieurs professionnels sont susceptibles d'être exposés à ce risque : les dockers, les marins et les personnels des entreprises en aval de la marchandise.

Un accident est survenu au port de Lorient : des restes de phosphore d'aluminium toujours actifs avaient été "déposés" dans un conteneur de déchets. L'entreprise de

collecte de déchets a évacué le conteneur et l'a stocké sur son site de regroupement de déchets à Lorient. Le produit a pris feu quelques heures après et provoqué une explosion dans le conteneur. Les pompiers dépêchés sur place ont arrosé la benne, réactivant ainsi la réaction chimique au contact de l'eau. Cet incident a donné lieu à une enquête de plusieurs services de l'État, dont la DREAL⁽¹¹⁾.

L'inspecteur du travail maritime, informé par le médecin du travail intervenant à la fois dans cette entreprise et au Comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT) de la Chambre de commerce et d'industrie (CCI) de Lorient, qui avait déjà attiré l'attention de la CCI sur les risques liés à la phosphine a enjoint la CCI de mettre l'ensemble des acteurs autour de la table afin d'apporter des réponses à cette question.

Deux groupes de travail se sont mis en place :

- l'un *via* le CHSCT de la CCI, comprenant la DIRECCTE (inspecteur du travail maritime/ingénieur de prévention), la Carsat, le médecin du travail (terrestre), le CHSCT, la capitainerie, les entreprises de déchargement et la CCI de Lorient ;
- l'autre piloté par la région Bretagne et la DDTM⁽¹²⁾, rassemblant les mêmes acteurs que le premier groupe, en y ajoutant la DREAL ainsi qu'un expert chargé des prélèvements, de phosphine notamment.

À la suite de la demande de l'inspecteur du travail maritime, la CCI de Saint-Malo a, dans le cadre du CHSCT, travaillé sur la mise en place d'une procédure pour prévenir le risque. Une procédure simple a été imposée par la capitainerie qui dispose, en la matière, du pouvoir d'interdire l'accès du navire au port.

Les deux groupes de travail, au sein desquels la Carsat s'est fortement mobilisée, ont abouti à un résultat consensuel et ont permis de mettre en place :

- une procédure de réception des bateaux fumigés principalement à destination des personnels exposés : marins, dockers et manutentionnaires ;
- des mesurages de phosphine, poussières et mycotoxines, effectués par la Carsat.

Les résultats de ces mesurages sont les suivants :

- s'agissant de la phosphine, ils n'ont pas été probants, ce qui ne signifie pas l'absence de risque potentiel. Une difficulté réside notamment dans la gestion des aléas tels que la durée des voyages des navires, les conditions climatiques, la présence ou l'absence d'aération avant l'entrée dans le port ;
- s'agissant des poussières, les valeurs limites étaient très largement dépassées (pour exemple plus de 40 fois la valeur limite sur le poste d'opérateur de stockage) ;
- la présence de fumonisine B1 et d'ochratoxine A, mycotoxines suspectées cancérigènes par le Centre International de Recherche contre le Cancer, a été détectée.

Après échange avec le pôle Consommation de la DIRECCTE, qui pratique lui-même des prélèvements sur des chargements de céréales, le rapport de mesurages a également été transmis pour information à la Direction départementale de la protection des populations (DDPP).

11) Direction régionale de l'environnement, de l'aménagement et du logement.

12) Direction départementale des territoires et de la mer.

3. LES NANOMATÉRIAUX

La Commission européenne, dans sa recommandation du 18 octobre 2011¹³⁾, définit un nanomatériau comme *“un matériau naturel, formé accidentellement ou manufacturé, contenant des particules libres, sous forme d'agrégat ou sous forme d'agglomérat, dont au moins 50 % des particules, dans la répartition numérique par taille, présentent une ou plusieurs dimensions externes se situant entre 1 nm et 100 nm”*.

Les nanotechnologies, en pleine expansion dans l'industrie et dans le domaine de la recherche scientifique, suscitent des préoccupations du fait de l'exposition potentielle des travailleurs aux nanomatériaux manufacturés et de l'impact induit sur leur santé.

L'insuffisance des données épidémiologiques et toxicologiques ou des moyens métrologiques nécessaires à une évaluation exhaustive des risques associés a conduit les pouvoirs publics en charge de la gestion des risques sanitaires et environnementaux à s'interroger sur l'efficacité des mesures de prévention issues de la réglementation en vigueur et des dispositifs de régulation existants.

La Taskforce NanoTechnologies (NanoTech), animée par le Commissariat général au développement durable (CGDD), qui réunit les directions d'administration centrale concernées (DGT, DGPR, DGS, DGAL¹⁴⁾, DGCCRF, DGCIS¹⁵⁾ et DGRI¹⁶⁾, a pour mission, en réponse aux engagements du Gouvernement, d'organiser la gouvernance globale de l'État sur les nanotechnologies au sens large (nano-objets, nanoparticules, matériaux nanostructurés, nanomédecine, nano-électronique, etc.). Les discussions au sein de cette instance portent à la fois sur la gestion des risques et sur les opportunités liées aux nanotechnologies.

La DGT organise également régulièrement des réunions interservices entre la DGPR, la DGS, la DGAL, la DGCCRF, le CGDD sur les actions engagées aux niveaux européen et international, afin de formaliser les difficultés rencontrées par les ministères dans les politiques de gestion des risques émergents associés, de faire la synthèse des informations détenues par les différents ministères sur les nanomatériaux et d'alimenter ainsi les discussions au sein de la Taskforce Nanotechnologies.

En 2013, diverses actions significatives ont été engagées aux niveaux international, européen et national.

13) <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2011:275:0038:0040:FR:PDF>

14) Direction générale de l'alimentation.

15) Direction générale de la compétitivité, de l'industrie et des services.

16) Direction générale de la recherche et de l'innovation.

3.1. ACTIONS MENÉES AU NIVEAU INTERNATIONAL

La question de l'applicabilité du système général harmonisé de classification et d'étiquetage des produits chimiques (SGH) pour les nanomatériaux

Afin d'étudier la question de l'applicabilité aux nanomatériaux du système général harmonisé de classification et d'étiquetage des produits chimiques (SGH), ensemble de recommandations internationales développées par les Nations Unies ayant pour objectif l'harmonisation mondiale des systèmes de classification et d'étiquetage des produits chimiques, la France coordonne un groupe informel rassemblant les États et les observateurs parties prenantes intéressés par le sujet.

Le développement d'une coopération internationale technique dans le cadre de l'OCDE

Ce travail de clarification s'articule également avec les activités techniques assurées dans le cadre de l'OCDE. En effet, les protocoles de tests et d'essais utiles à la classification des dangers et à l'évaluation des risques sont issus des lignes directrices rédigées par les experts mandatés à l'OCDE. Au sein du "Working party on manufactured nanomaterials" (WPMN) de l'OCDE, créé en septembre 2006 pour promouvoir la coopération internationale en matière de sécurité pour la santé humaine et l'environnement des nanomatériaux manufacturés, différents groupes de travail élaborent notamment des adaptations des tests existants ou la production de méthodologies nouvelles pour les nanomatériaux.

Ces activités ont fait l'objet d'une recommandation⁽¹⁷⁾, publiée en septembre 2013, invitant les États membres de l'OCDE à reprendre et à diffuser ces nouvelles techniques harmonisées aux fins d'une reconnaissance mutuelle des données générées (OECD Mutual acceptance of data system). Cette reconnaissance prend la forme d'un accord multilatéral, qui génère, pour les gouvernements et les entreprises, des économies à hauteur de près de 150 millions d'euros par an sur la production de tests sur les produits chimiques.

17) <http://acts.oecd.org/Instruments/ShowInstrumentView.aspx?InstrumentID=298&InstrumentPID=314&Lang=en&Book=False>

3.2. ACTIONS MENÉES AU NIVEAU EUROPÉEN

L'amélioration de la prise en compte des spécificités des nanomatériaux par les règlements "enregistrement, évaluation et autorisations des produits chimiques" (REACH) et "classification, étiquetage, emballage" (CLP)

Plusieurs études de la Commission européenne et des États membres ont montré que, si la législation actuelle couvre, en principe, les risques potentiels des nanomatériaux sur la santé et l'environnement, les connaissances et les méthodologies concernant la caractérisation des nanomatériaux et l'évaluation de l'exposition et des risques qu'ils représentent devaient être améliorées.

Ainsi, si les règlements européens REACH et CLP comportent des avancées, tant en matière d'acquisition que de diffusion des connaissances sur les dangers et les risques, ils demandent aussi à être précisés pour mieux prendre en compte les spécificités des substances de taille nanométrique.

La France participe aux divers groupes de travail engagés pour la révision du règlement REACH. Ces travaux pourraient conduire, en 2014, à des amendements des annexes techniques afin de préciser les informations à fournir dans les dossiers d'enregistrement avant la mise sur le marché de nanomatériaux.

S'agissant des adaptations à apporter au règlement CLP, elles découleront des réflexions qui sont d'abord menées au niveau du SGH des Nations-Unies.

Des recherches en partenariat

L'INRS a contribué aux projets suivants :

- le projet Nanogenotox, qui réunit 16 instituts issus de 11 États membres. Au terme de trois ans de travaux, le projet a été clôturé le 22 février 2013 par une conférence organisée à Paris. La contribution de l'INRS portait sur la caractérisation physico-chimique d'une quinzaine de nanomatériaux à base dioxyde de titane, silice amorphe synthétique et nanotubes de carbone ainsi que sur la réalisation de tests de toxicologie génétique. L'ensemble des résultats sera intégré dans la base de données de l'OCDE afin de contribuer à l'évaluation de la dangerosité des nanomatériaux.
- diverses recherches ayant pour objet de produire des méthodes harmonisées d'évaluation et de gestion des risques liés aux nanomatériaux manufacturés. L'INRS est principalement impliqué sur les questions relatives à la toxicologie, aux expositions professionnelles et à la protection collective.

3.3. ACTIONS MENÉES AU NIVEAU NATIONAL

La déclaration obligatoire par les fabricants, importateurs et distributeurs de substances à l'état nanoparticulaire

Les articles L. 523-1 et L. 523-2 du Code de l'environnement issus des lois Grenelle I et II⁽¹⁸⁾, prévoient, dans un objectif de traçabilité et d'information du public :

- que les substances à l'état nanoparticulaire font l'objet d'une déclaration annuelle par les fabricants, les importateurs et les distributeurs ;
- que les informations relatives aux dangers de ces substances et aux expositions auxquelles elles sont susceptibles de conduire, ou utiles à l'évaluation des risques sur la santé et l'environnement recueillies à cette occasion, sont mises à disposition du public.

Les dispositions du décret n° 2012-232 du 17 février 2012 relatif à la déclaration annuelle des substances à l'état nanoparticulaire mises sur le marché visent ainsi à mieux connaître les nanomatériaux et leurs usages à chaque étape de leur cycle industriel (jusqu'à l'état de déchets), afin d'établir à terme le niveau de maîtrise des risques éventuels, notamment s'agissant des populations les plus sensibles. Cette déclaration est obligatoire à partir de 100 grammes de substance produite par an.

Le système informatique (<https://www.r-nano.fr>), développé à l'appui de cette déclaration obligatoire depuis le 1^{er} janvier 2013, permet également à l'Anses, gestionnaire des déclarations et des données recueillies, de proposer annuellement un rapport public.

Le premier rapport préparé par l'Anses se fonde sur l'exploitation du premier semestre de déclaration obligatoire des substances à l'état nanoparticulaire, entre le 1^{er} janvier et le 30 juin 2013⁽¹⁹⁾. Il fait état de 3 409 déclarations soumises par 933 entités déclarantes, dont 670 entités françaises, dont plus de la moitié sont des distributeurs ou des utilisateurs de substances. Le nombre total de catégories de substances à l'état nanoparticulaire déclarées est compris entre 243 et 422. Les quantités produites et importées en France issues des données déclarées sont respectivement de 279 439 tonnes et de 142 676 tonnes.

¹⁸⁾ n° 2009-967 du 3 août 2009 et n° 2010-788 du 12 juillet 2010.

¹⁹⁾ Rapport public de novembre 2013 : http://www.developpement-durable.gouv.fr/IMG/Rapport_public_format_final_20131125.pdf

Travaux de l'Anses sur les nanomatériaux manufacturés

Depuis 2006, plusieurs rapports d'expertise ont été publiés par l'Agence sur les risques sanitaires liés aux expositions alimentaires, environnementales et en milieu de travail aux nanomatériaux manufacturés. L'Agence a notamment contribué, au niveau national ou international :

- aux actions de développement de nouvelles méthodologies d'évaluation des risques en direction des professionnels ;
- à la définition de tests de sécurité ;
- à des actions de normalisation.

Le groupe de travail pérenne "Nanomatériaux et santé - alimentation, environnement, travail" de l'Anses a pour objectif de produire, régulièrement, un état des connaissances relatif aux dangers, aux expositions et aux risques sanitaires et environnementaux associés aux nanomatériaux pour l'ensemble de leurs usages.

En 2013, ce groupe de travail a notamment mis à jour l'état des connaissances sur la toxicité des nanotubes de carbones (NTC). Si le danger n'est pas avéré pour toutes les voies d'exposition et pour tous les NTC étudiés, il n'en demeure pas moins que des effets tératogènes, des effets pathologiques respiratoires (tels que la formation de granulomes ou la fibrose) et des effets cancérogènes ont été démontrés dans les études expérimentales.

Les actions de l'INRS pour développer les connaissances sur les risques et les moyens de prévention concernant les nanomatériaux manufacturés

Un nouveau laboratoire pour étudier les risques associés aux nanomatériaux

Le 4 octobre 2013, l'Institut a inauguré le nouveau Pôle nano, qui réunit un ensemble de moyens de recherche sur les risques associés aux nanomatériaux. La création de ce laboratoire répond aux besoins de réaliser des études de toxicité par inhalation, principale voie de contamination possible en milieu de travail. Elle permet également de conduire des travaux pour évaluer l'efficacité des équipements de protection collective de type sorbonnes ou enceintes ventilées et des appareils de protection respiratoire. Ce laboratoire permet également d'évaluer les performances d'instruments de mesure et de caractériser l'émissivité de nanomatériaux en poudre. En 2013, cinq études ont été poursuivies sur ces sujets.

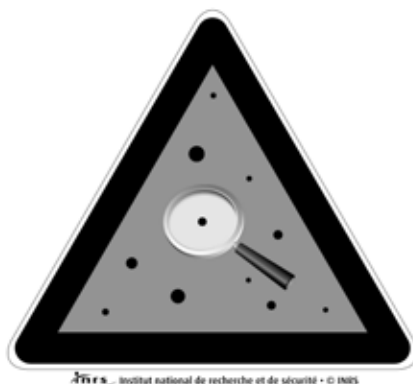
Des actions d'information et de formation

L'INRS a également participé en 2013 à diverses actions de d'information.

Lors de colloques nationaux et internationaux, les experts ont présenté 10 communications et publié 12 articles scientifiques concernant les nanoparticules. L'INRS a également publié en versions française et anglaise un document de référence "*Nanomatériaux : bilan et perspectives en santé et sécurité au travail*", qui fait le point sur les connaissances acquises et les préconisations relatives aux mesures de prévention.

L'Institut propose également, depuis trois ans, des formations à destination des chercheurs, ingénieurs, préventeurs ou médecins concernés par une activité faisant usage de nanomatériaux. Fin 2013, 140 personnes avaient suivi cette formation.

En termes de gestion des risques, l'Institut a conçu et propose depuis 2013 un pictogramme de signalisation pour indiquer l'existence d'un risque d'exposition aux nanomatériaux. Il peut être utilisé dans les ateliers ou laboratoires où sont manipulés des nanomatériaux et répond aux exigences d'avertissement. Il est mis à disposition en téléchargement sur le site www.inrs.fr



L'action des DIRECCTE

Les services de l'Inspection du travail ont pu constater que, à la différence des laboratoires d'études travaillant sur de faibles quantités, les entreprises produisant des nanomatériaux rencontraient de grandes difficultés pour prendre des mesures de protection adaptées et efficaces dans leur processus industriel. Il leur est notamment difficile de trouver le niveau de protection approprié

Certaines DIRECCTE ont choisi de décliner dans leur Plan régional de santé au travail (PRST) la prévention de ce risque. C'est par exemple le cas de la DIRECCTE de **Poitou-Charentes**, qui a développé des actions d'information et de sensibilisation des différents acteurs et parties prenantes sur ce sujet. De même, en **Limousin**, la DIRECCTE a organisé en 2013 un colloque à destination des entreprises et des instances représentatives

du personnel sur le thème des nanoparticules. Dans son sillage, un réseau inter-institutionnel régional a été constitué sur cette thématique, appuyé sur le projet d'élaboration d'un guide pour une première évaluation du "risque nano" en entreprise.

En **Pays de la Loire** s'est constitué en 2013, à l'initiative d'un médecin inspecteur du travail et d'un ingénieur de prévention, un groupe de travail pluridisciplinaire, constitué de médecins du travail d'entreprises, de services interentreprises, d'intervenants en prévention des risques professionnels et d'agents du pôle Consommation de la DIRECCTE, qui se réunit régulièrement et qui s'est donné pour mission :

- de sensibiliser les employeurs et les CHSCT aux risques émergents nécessitant la création d'outils communs de communication ;
- d'assurer la veille technique (matériaux, procédés, prélèvements, prévention), réglementaire, médicale et documentaire ;
- de promouvoir les bonnes pratiques.

EPI INTELLIGENTS : ANALYSE DES OPPORTUNITÉS ET DES RISQUES

Introduction : la réglementation concernant les équipements de protection individuelle (EPI)	601
1. Les EPI intelligents : de la sécurité réglée à la sécurité gérée	603
1.1. Sécurité réglée et sécurité gérée	603
1.2. Qu'est-ce qu'un système de protection individuelle intelligent ?	605
2. Utilité des EPI intelligents pour la santé et la sécurité des opérateurs dans le milieu de travail	606
2.1. La "plasticité" de la protection des opérateurs	606
2.2. Aides à la décision en temps réel des opérateurs et du management de proximité	606
2.3. Incitation en faveur du développement de comportements d'initiatives des opérateurs en complément des comportements de conformité	607
2.4. Amélioration de la prévention par le suivi de la santé des salariés dans le temps grâce à la transmission et l'analyse des données	607
3. Exemples d'applications de systèmes de protection intelligents à l'étude ou en cours de développement dans le domaine de la santé et sécurité au travail	608
4. Risques potentiels induits par ces équipements	610
5. Évolutions de la réglementation et des normes	611

EPI INTELLIGENTS : ANALYSE DES OPPORTUNITÉS ET DES RISQUES

Le présent chapitre constitue une nouveauté du bilan 2013. Au sein des thèmes prioritaires et structurants en matière de conditions de travail, et, dans le cas d'espèce, constitutifs de l'activité du ministère chargé du Travail, ce chapitre ne se concentre pas tant sur la rétrospective des actions réalisées sur l'année écoulée qu'il ne s'attache également à présenter une réflexion sur les évolutions en cours dans le champ des équipements de protection individuelle et sur leurs conséquences envisageables.

INTRODUCTION : LA RÉGLEMENTATION CONCERNANT LES ÉQUIPEMENTS DE PROTECTION INDIVIDUELLE (EPI)

La réglementation concernant les EPI est, principalement, d'origine européenne. Deux directives ont été transposées dans le Code du travail :

- la directive 89/656/CEE du 30 novembre 1989 : cette directive concerne les prescriptions minimales de sécurité et de santé pour l'utilisation d'EPI par les travailleurs au travail. Elle prévoit en particulier que ces équipements doivent être utilisés lorsque les risques ne peuvent être suffisamment limités par des moyens techniques de protection collective ou par des mesures d'organisation du travail et que l'employeur doit fournir gratuitement les équipements appropriés et assurer leur bon fonctionnement et leur état hygiénique ;
- la directive 89/686/CEE du 21 décembre 1989 : cette directive a été adoptée dans le contexte de l'établissement du marché intérieur afin d'harmoniser les exigences de santé et de sécurité applicables aux EPI dans tous les États membres et d'éliminer les obstacles au commerce des EPI entre les États membres. Elle énonce uniquement les exigences essentielles de sécurité applicables aux EPI, tandis que les détails techniques sont adoptés par le Comité européen de normalisation (CEN) et le Comité européen de normalisation en électronique et en électrotechnique (CENELEC). La conformité aux normes harmonisées ainsi définies, dont les références sont publiées au *Journal officiel* de l'Union européenne, établit la présomption de conformité aux exigences de la directive 89/686/CEE.

Quatre nouvelles affiches et cinq dépliants de l'Institut national de recherche et de sécurité pour la prévention des maladies professionnelles et des accidents du travail (INRS) sur les EPI

Dans les atmosphères polluées par des poussières, des gaz ou des agents biologiques, le port d'un masque de protection respiratoire se révèle parfois nécessaire pour préserver la santé des salariés. La bonne utilisation de ces équipements de protection individuelle (EPI) conditionne leur efficacité.

L'INRS a édité en 2013 de nouvelles affiches pour sensibiliser et informer les salariés. La série comprend 4 affiches de différents formats qui détaillent le mode d'emploi des masques moulés jetables et des demi-masques à cartouche, téléchargeables sur le site de l'INRS.



Une série de 5 dépliants : *“Risques chimiques ou biologiques : retirer sa tenue et ses gants de protection en toute sécurité”* présente de manière simplifiée et illustrée les consignes de sécurité à suivre pour retirer une tenue ou des gants de protection et rappelle comment se préserver des risques avant toute exposition.

1. LES EPI INTELLIGENTS : DE LA SÉCURITÉ RÉGLÉE À LA SÉCURITÉ GÉRÉE

1.1. SÉCURITÉ RÉGLÉE ET SÉCURITÉ GÉRÉE

L'utilisation des EPI dans les situations de travail doit se faire dans le respect des principes généraux de prévention et de la hiérarchie que ces principes instituent dans le choix des mesures nécessaires pour assurer la prévention des risques, et notamment la priorité donnée aux mesures de protection collective sur les mesures de protection individuelle.

Généralement, l'EPI, lorsqu'il est porté ou tenu, remplit sa fonction sans que l'intervention du porteur soit nécessaire pour déclencher la protection. La conception et la performance de l'EPI reposent sur la prédéfinition des réponses pertinentes de protection à des scénarii anticipables d'apparition d'un risque ou de plusieurs risques. Des experts, normalisateurs ou concepteurs, travaillent en ce sens pour identifier le risque et trouver des solutions de protection adéquates.

Cette **“sécurité réglée”** a donné des résultats remarquables pour l'amélioration des conditions de travail, de la santé et de la sécurité au travail. Elle évite au quotidien, par exemple, qu'un salarié se fasse sectionner une jambe avec une scie à chaîne ou soit contaminé lors de l'utilisation d'un produit chimique.

Avant leur mise sur le marché, les EPI font l'objet d'essais pour tester qu'ils apportent bien une réponse fiable à des risques identifiés et qu'ils obéissent à des exigences essentielles fixées dans la directive 89/686/CEE sur les EPI. Les autorités publiques réglementent également les pratiques et le port des EPI face à certains risques particuliers. À titre d'exemple, dans les chantiers de désamiantage, l'utilisation des EPI est strictement réglementée : à chaque niveau d'empoussièrement relevé ou évalué sur un chantier va correspondre une famille d'EPI spécifique, que les opérateurs devront utiliser.

Sécurité réglée

La sécurité réglée vise à circonscrire les risques en régularisant les pratiques. Elle repose sur la formulation de règles (procédures, référentiels, prescriptions, etc.), leur diffusion auprès des acteurs et la volonté de s'assurer de leur application. Ces règles ont des origines diverses : modélisation du fonctionnement d'un système technique, données empiriques standardisées issues de la recherche, retours d'expérience de situations incidentelles ou accidentelles.

Cependant, il est devenu globalement de plus en plus complexe d'assurer une protection par l'EPI, en particulier lorsque le risque pour la santé ou la sécurité de l'opérateur n'est pas immédiat (par exemple, une chute sur un sol glissant) mais différé dans le temps, comme par exemple lors de la survenue de maladies professionnelles (risque chimique lié à l'exposition à l'amiante, par exemple). Pour ces risques à effets différés, un EPI efficace suffit toujours bien à garantir la sécurité et la santé d'un opérateur.

Par ailleurs, l'exposition à un même risque peut être variable au cours d'une journée de travail. Par exemple, lors de l'utilisation de pesticides, certaines phases de l'activité sont plus exposantes pour le salarié que d'autres. Ainsi, porter un EPI vestimentaire contre le risque chimique peut se révéler insuffisant lors de la phase de préparation de la "bouillie" (c'est-à-dire du mélange destiné à l'épandage) ; il faut alors des équipements complémentaires tels qu'un tablier protégeant contre un pesticide spécifique.

Enfin, un EPI vestimentaire complètement étanche (contre l'exposition aux pesticides, par exemple) est inconfortable à porter sur une longue durée, notamment lorsqu'il fait très chaud. Ainsi, des opérateurs peuvent ne pas porter un EPI efficace pour des questions de confort ou de stress thermique. Pour rendre le travail supportable et assurer le port d'un EPI dans des situations à risques, il y a alors un besoin fort d'adapter la protection et de réaliser une évaluation des risques qui prenne en compte l'ensemble des séquences de la journée de travail. Il faut également que les diverses causes conduisant un opérateur à enlever sa protection soient connues, partagées et mises en débat au sein de l'entreprise.

Ainsi, une partie de l'efficacité de la prévention va reposer sur le fait de pouvoir **gérer la sécurité des opérateurs en temps réel** dans les situations de travail, par des compétences qui permettent d'identifier si les scénarii d'exposition survenus lors de la journée de travail sont ceux qui avaient été anticipés, et de construire une réponse appropriée même si ce n'est pas le cas.

Sécurité gérée

La "sécurité gérée" peut se définir comme la capacité d'anticipation, de perception et de réponse aux défaillances imprévues par l'organisation. Elle repose sur l'expertise humaine, la qualité des initiatives, le fonctionnement des collectifs et des organisations et sur un management attentif à la réalité des situations et favorisant les articulations entre différents types de connaissances utiles à la sécurité.

Une solution possible à ces nouveaux enjeux pourrait résider dans l'utilisation de nouveaux EPI, les "EPI intelligents". Des innovations majeures devraient intervenir dans les prochaines années, avec l'arrivée sur le marché

de systèmes de protection intelligents, de vêtements de protection intelligents et de textiles intelligents. Ces “EPI intelligents” pourraient entraîner un changement de point de vue sur la protection des opérateurs à plusieurs niveaux.

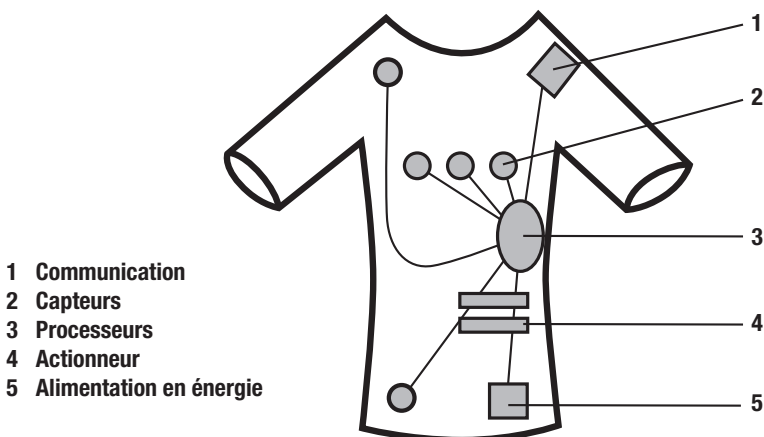
1.2. QU’EST-CE QU’UN SYSTÈME DE PROTECTION INDIVIDUELLE INTELLIGENT ?

Les systèmes de protection individuelle intelligents peuvent exercer des actions intelligentes grâce à leur capacité à gérer et à analyser une situation et surtout à prendre des décisions d’une façon prédictive ou adaptative sur la base de données disponibles.

Ces systèmes comprennent différents éléments comme des capteurs, des connecteurs, des systèmes de transmission, une gestion de l’énergie, etc. L’intégration de technologies textiles “intelligentes” dans les tenues de travail et les vêtements de protection peut permettre de disposer de systèmes capables de rassembler, de présenter et de transmettre **des informations sur la personne qui les porte et sur son environnement immédiat.**

Le schéma ci-dessous donne un exemple de système de protection individuelle vestimentaire. Il peut s’agir d’un textile qui change de couleur ou avertit l’opérateur lorsque la chaleur est trop forte (utilisé par les sapeurs-pompiers par exemple).

Système de protection intelligent (AFNOR FD CEN/TR 16298)



2. UTILITÉ DES EPI INTELLIGENTS POUR LA SANTÉ ET LA SÉCURITÉ DES OPÉRATEURS DANS LE MILIEU DE TRAVAIL

2.1. LA “PLASTICITÉ” DE LA PROTECTION DES OPÉRATEURS

Un point dur dans la conception des EPI réside dans le compromis à trouver entre la performance attendue de l'équipement et le niveau de confort adéquat pour l'opérateur pendant son activité de travail. Un équipement performant en termes de protection apportée peut se révéler inefficace dans la situation de travail car il occasionne une gêne pour l'opérateur telle qu'il n'est plus effectivement porté dans la situation de travail.

L'opérateur porte ainsi le même vêtement de protection **au cours de son activité** et **dans le temps** seulement si l'équipement résiste à la variabilité et la diversité rencontrées dans les situations de travail sans pour autant nuire à la santé, à la sécurité et au confort de l'opérateur. Or, aujourd'hui, les EPI n'offrent pas une protection présentant une “plasticité” suffisante, qui s'adapterait à chaque cas de figure pour une famille de risques professionnels donnée.

Les nouveaux systèmes de protection pourraient répondre à cet enjeu en favorisant la régulation en temps réel de l'activité grâce à l'utilisation de matières textiles innovantes (chromiques, à changement de phases, etc.) ou de technologies innovantes (gestion de la température corporelle) et en ajustant le niveau de protection nécessaire face à un risque donné.

2.2. AIDES À LA DÉCISION EN TEMPS RÉEL DES OPÉRATEURS ET DU MANAGEMENT DE PROXIMITÉ

L'opérateur qui met en œuvre un mode opératoire dans une situation donnée prélève à cette fin un certain nombre d'informations dans son environnement immédiat. Ces informations lui permettent de construire une réponse adaptée face à un problème donné.

Les EPI intelligents peuvent fournir à cet opérateur des informations supplémentaires pour adapter son action. Ces EPI intelligents, en renvoyant l'information aux postes de surveillance ou au management de proximité, permettent de prendre à distance des décisions sur la conduite à tenir par l'opérateur. La boucle d'information qui se met en place favorise un travail collectif et assure une protection optimale à distance par l'équipe opérationnelle. Elle libère également l'opérateur de l'obligation de faire un “reporting” systématique sur les données provenant de l'environnement ou sur son

propre ressenti. Ces données, qui sont relativement rares dans les situations réelles de travail, peuvent faire évoluer des procédures d'intervention, favoriser le débat sur les contraintes de la situation de travail et conduire à repenser le travail prescrit.

2.3. INCITATION EN FAVEUR DU DÉVELOPPEMENT DE COMPORTEMENTS D'INITIATIVES DES OPÉRATEURS EN COMPLÉMENT DES COMPORTEMENTS DE CONFORMITÉ

Aujourd'hui, dans les entreprises, le port des EPI demeure majoritairement, un comportement de conformité⁽¹⁾ à la réglementation, voire une contrainte imposée par le chef d'équipe ou l'employeur. Ce comportement de conformité peut avoir des effets positifs sur la sécurité mais fait l'objet d'une forme de résistance de la part des salariés.

Les EPI intelligents permettent de développer des comportements d'initiatives⁽²⁾ qui font appel aux compétences des opérateurs pour faire face à une situation non prévue à l'avance. Non seulement écran de protection, l'EPI devient un outil de travail qui mobilise les connaissances de l'opérateur pour assurer la protection. L'opérateur sera alors plus sensible à un objet qui interagit avec lui et qui participe activement à sa protection.

2.4. AMÉLIORATION DE LA PRÉVENTION PAR LE SUIVI DE LA SANTÉ DES SALARIÉS DANS LE TEMPS GRÂCE À LA TRANSMISSION ET L'ANALYSE DES DONNÉES

Le processus de conception des normes liées aux EPI est perfectible en ce qui concerne les données provenant de la situation de travail. En effet, malgré des efforts en ce sens, il est très difficile d'avoir un retour d'expérience sur l'utilisation des EPI, alors qu'il est indispensable pour faire évoluer les normes. L'utilisation d'EPI intelligents permet de recenser des scénarii d'exposition précis et de fournir des données supplémentaires pour les normalisateurs.

Les données recueillies peuvent aussi permettre d'assurer un suivi de la santé des salariés dans le temps dans l'entreprise. Ainsi, les préventeurs auraient-ils la possibilité d'utiliser ces données pour concevoir des programmes de prévention innovants et développer de bonnes pratiques de prévention intégrant une connaissance fine des risques.

1) Certaines entreprises, lorsqu'elles parlent de "comportements", s'attachent principalement aux comportements de conformité aux règles prescrites : le port des EPI, le respect des procédures, le rangement du poste de travail. Il s'agit effectivement de comportements pouvant contribuer positivement ou négativement à la sécurité.

2) Les comportements d'initiatives ont comme dénominateur commun que le travailleur prend lui-même l'initiative d'agir, plutôt que de suivre des règles qui l'obligent à le faire (signaler des situations dangereuses, suggérer ou demander des correctifs aux procédures, récupération des situations dangereuses, diffusion de pratiques de métier...).

3. EXEMPLES D'APPLICATIONS DE SYSTÈMES DE PROTECTION INTELLIGENTS À L'ÉTUDE OU EN COURS DE DÉVELOPPEMENT DANS LE DOMAINE DE LA SANTÉ ET SÉCURITÉ AU TRAVAIL

Les “systèmes intelligents” peuvent en particulier **envoyer des informations à l'utilisateur sur la fin de vie de l'EPI**. La fin de vie de l'EPI est caractérisée par la perte de fonctions protectrices résultant de l'exposition de l'EPI à des agents environnementaux. Dans certains cas, ces changements sont impossibles à détecter par l'utilisateur et l'EPI risque donc d'être utilisé dans des situations où les risques ne sont plus réduits et la protection n'est plus optimale. Des systèmes électroniques peuvent par exemple être intégrés dans un casque de chantier pour surveiller l'exposition aux UV dans le temps. Lorsque le casque est abîmé, un signal visuel ou sonore est émis pour avertir que ce dernier ne remplit plus sa fonction protectrice et doit être remplacé.

Des capteurs intégrés dans un EPI vestimentaire peuvent **recueillir, surveiller et transmettre des données physiologiques**, notamment la température corporelle, le pouls, le niveau d'oxygène dans le sang et la fréquence respiratoire de la personne. L'utilisation de ces données par un opérateur ou par l'encadrement de proximité permettrait de réguler l'activité en temps réel et ainsi de réduire la fatigue, les gênes liées au port de l'EPI ou, mieux encore, de planifier l'activité de travail en fonction des contraintes identifiées.

Les “EPI intelligents” peuvent permettre de **définir la position “géographique”** des personnes qui les portent, soit globalement, par GPS, soit localement, par référence à un ou plusieurs postes de base. Ces EPI pourraient avoir une utilité dans les activités de sylviculture ou d'exploration souterraine pour localiser des agents travaillant de manière isolée.

Les “EPI intelligents” peuvent également **renseigner sur l'activité (vibratoire ou biomécanique)** de la personne grâce à l'intégration d'accéléromètres dans différentes parties du vêtement.

Ils peuvent enfin **renseigner sur les risques chimiques dans l'environnement**, notamment sur les doses en contact avec l'opérateur. Ils peuvent également servir dans la surveillance des diverses formes de rayonnement électromagnétique.

Toutes ces informations peuvent soit être transmises à un poste de commande/contrôle, par exemple *via* un module Bluetooth⁽³⁾ à faible consommation intégré à une antenne textile, soit être présentées à la

3) Technologie de réseaux sans fil permettant de relier des appareils entre eux.

personne sous la forme de signaux d'avertissement audibles ou visibles, ou encore par l'intermédiaire de dispositifs d'affichage "textiles intelligents". La personne peut également interroger le système via un clavier textile incorporé au vêtement. Les données peuvent également être stockées par intermittence.

Les fonctions de communication intégrées permettent de réduire le poids des équipements, facilitent l'utilisation et permettent de renvoyer des informations en direct au centre de commande.

De nouveaux outils développés pour la protection des salariés contre l'inhalation de polluants

Lorsque les mesures de substitution aux produits dangereux ou les techniques d'assainissement de l'air des locaux de travail ne sont pas réalisables, le recours à un équipement de protection respiratoire est requis pour protéger les salariés contre les risques d'inhalation de polluants.

De nouveaux outils pour une protection plus efficace développés par l'Institut national de recherche et de sécurité pour la prévention des maladies professionnelles et des accidents du travail (INRS).

- Afin d'estimer le temps d'utilisation des cartouches des appareils de protection respiratoire, en fonction des conditions rencontrées, l'INRS a conçu le logiciel *Prémédia* mis en ligne en juin 2013. L'outil permet à l'ensemble des intervenants en santé et sécurité en entreprise de déterminer précisément une fréquence de remplacement tenant compte de la nature et de la concentration des polluants, du type de masque et de cartouche utilisés, des conditions de travail du salarié.
- *Detecsat*, le second volet de l'étude, en cours de transfert technologique, est un détecteur chimique embarqué qui préviendra en temps réel du niveau de protection offert par l'appareil de protection respiratoire. Il a été expérimenté en laboratoire et dix démonstrateurs autonomes (électronique et batterie intégrées) ont permis de valider sa fiabilité : dès qu'une quantité de polluant (inférieure aux valeurs limites d'exposition professionnelles de court terme en vigueur) traverse la cartouche, le démonstrateur envoie un signal lumineux et sonore à l'utilisateur.

4. RISQUES POTENTIELS INDUITS PAR CES ÉQUIPEMENTS

L'amélioration de l'efficacité de la protection offerte par les EPI intelligents pourrait toutefois conditionnée au respect de certaines conditions :

- 1) L'intégration de nouvelles technologies de l'information et de la communication dans les EPI ne devrait pas se faire au détriment d'une protection passive de l'opérateur. L'EPI intelligent devrait pouvoir continuer de protéger l'opérateur contre un risque donné même sans l'utilisation de ces nouvelles technologies intégrées.
- 2) Certains "EPI intelligents" de conception complexe doivent faire l'objet d'une formation spécifique pour pouvoir traiter efficacement les données en temps réel. Ils ne devraient pas pour autant conduire à une augmentation de la charge mentale par la présentation de données inutiles pendant l'activité.
- 3) L'intérêt des "EPI intelligents" paraît étroitement associé à la fiabilité des nouvelles technologies utilisées pour fournir des informations sur l'environnement externe ou l'état interne de l'opérateur. La maintenance de ces EPI nécessiterait donc des compétences particulières, ce qui pourrait poser problème si elles ne sont pas toujours disponibles dans l'entreprise.
- 4) Il demeure un risque que les données obtenues soient utilisées lors de périodes d'essais par exemple, ou pour choisir un salarié car il supporte la chaleur mieux qu'un autre. La protection et l'exploitation des données renseignant sur l'état interne de l'opérateur (par exemple la fréquence cardiaque) devraient ainsi faire l'objet d'un encadrement et d'une surveillance stricte par la médecine du travail et les autorités publiques.
- 5) Enfin, il convient d'être vigilant sur le fait que l'utilisation de nouvelles matières textiles et l'intégration de capteurs renseignant sur des données physiologiques (température corporelle...) devrait également à augmenter le confort de l'EPI pour l'opérateur pour des durées déterminées à l'avance tout en lui garantissant une protection efficace contre un risque identifié. Les "EPI intelligents" ne devraient pas créer un danger nouveau pour l'opérateur et devraient rester compatibles avec les tâches effectuées. L'amélioration des EPI ne saurait faire l'économie d'une analyse de l'activité des opérateurs ou des utilisateurs en situation réelle d'utilisation.

5. ÉVOLUTIONS DE LA RÉGLEMENTATION ET DES NORMES

Dans le cadre de la mise en œuvre de la directive 89/686/CEE relative à la conception et la mise sur le marché des EPI, les Etats membres sont confrontés à de nouveaux produits, comme ceux mentionnés plus haut, qui se trouvent dans une zone grise du champ d'application de la directive. Ces produits, qui offrent une protection "active", ne sont pas couverts par la directive 89/686/CEE et il n'existe pas de normes harmonisées qui permettent l'évaluation de leur conformité.

La proposition par la Commission européenne d'un nouveau règlement sur les EPI, qui serait appelé à remplacer la directive 89/686/CEE, pourrait être l'occasion de proposer une définition enrichie de l'EPI, afin de prévoir les avancées techniques des prochaines années.

Évolutions dans le cadre de la normalisation

En novembre 2012, le mandat de programmation M/509 de la Commission européenne adressé au Comité européen de normalisation (CEN), au Comité européen de normalisation en électronique et en électrotechnique (CENELEC) et à l'Institut européen pour les normes de télécommunication (ETSI) concernant les textiles de protection et les vêtements et équipements de protection individuelle a été accepté par le CEN et le CENELEC et un groupe de travail CEN-CENELEC a été créé pour effectuer les tâches élaborées dans le mandat de programmation.

Les objectifs généraux consistaient à établir un programme de travaux de normalisation, y compris des rapports techniques et des spécifications techniques qui pourraient donner lieu à des normes européennes pour les trois domaines suivants :

- les systèmes de protection intelligents et intégrés de pointe ;
- l'ergonomie et le confort selon les conceptions des utilisateurs ;
- l'évaluation du coût sur l'ensemble du cycle de vie et de l'effet sur l'environnement.

Le programme devait clairement identifier les tâches susceptibles de nécessiter l'élaboration ou la révision de normes harmonisées destinées à soutenir les exigences essentielles de la directive 89/686/CEE. Le programme devait également identifier et préciser tous les besoins liés à l'élaboration de nouvelles méthodes d'essai, y compris les besoins en matière d'essais interlaboratoires.

Quatre groupes opérationnels ont ainsi travaillé en 2013 pour étudier respectivement :

- la compatibilité des différents éléments - Technologie ;
- la compatibilité des différents éléments - Intégration de l'ensemble du système ;
- le confort et l'ergonomie ;
- la durabilité environnementale et le coût total de propriété.

Le rapport final a été envoyé à la Commission européenne le 6 février 2014.

Pour en savoir plus, bibliographie

- Rapport technique AFNOR (FD CEN/TR 16298 - mars 2012) ;
- Rapport final Mandat de programmation M/509 (CEN-CENELEC BT WG 8 - février 2014).

LA PRÉVENTION DU RISQUE HYPERBARE

- 1. Une réforme réglementaire d'envergure et plurisectorielle 616
- 2. Une meilleure organisation du secteur professionnel
du BTP subaquatique 618
- 3. Un accompagnement des services de contrôle 618
- 4. Une réorganisation des échanges avec
les partenaires institutionnels en matière d'expertise
et de recherche 619

LA PRÉVENTION DU RISQUE HYPERBARE

Bien que touchant un nombre relativement restreint de travailleurs (6 000 à 8 000, tous secteurs confondus), le risque hyperbare n'en demeure pas moins aujourd'hui encore très accidentogène. Un à deux accidents mortels par an sont en moyenne à déplorer dans le secteur du Bâtiment et des travaux publics (BTP) subaquatique, qui emploie 400 équivalents temps plein et environ le même nombre dans le secteur de la pêche professionnelle (corailleurs notamment).

À l'issue d'une analyse approfondie de la situation, conduite conjointement en 2006 par la Direction générale du travail (DGT) avec l'ensemble des acteurs concernés, il est apparu que, pour remédier à cette situation, il convenait d'agir sur l'ensemble des leviers de la prévention des risques professionnels.

Ainsi, la DGT a engagé dès 2006 les actions suivantes :

- réformer les dispositions réglementaires existantes pour les adapter aux spécificités de chacun des secteurs d'activité concernés (BTP, sport, archéologie, recherche, etc.) et mieux graduer les exigences au regard de l'ampleur et de la nature des risques (1) ;
- accompagner le secteur du BTP dans une démarche de professionnalisation de l'activité (2) ;
- renforcer l'accompagnement des services de contrôle (3) ;
- réorganiser les échanges avec les partenaires institutionnels en matière d'expertise et de recherche (4).

1. UNE RÉFORME RÉGLEMENTAIRE D'ENVERGURE ET PLURISECTORIELLE

Les activités hyperbares étaient régies par une réglementation datant des années 1990 très technique et visant principalement le secteur d'activité du BTP subaquatique. Cette réglementation ayant été elle-même fortement inspirée des premières dispositions réglementaires en la matière prises par le ministère chargé du travail en 1974.

L'inadaptation des exigences réglementaires aux autres secteurs d'activité hyperbare (sportives, archéologiques, recherche, etc.), qui se sont par ailleurs très largement développées depuis, a conduit les ministères concernés à développer leurs propres règles, en marge de celles du Code du travail, créant ainsi un corpus réglementaire inhomogène et instable juridiquement.

Sur la base de ces constats, à partir de 2006, la DGT a entrepris de renouer contact avec les professionnels et l'ensemble des ministères concernés par les activités hyperbares et d'engager un dialogue social constructif pour rebâtir une réglementation hyperbare adaptée.

Ce travail a porté ses premiers fruits avec la publication du décret n° 2011-45 du 11 janvier 2011 relatif à la protection des travailleurs intervenant en milieu hyperbare qui pose les nouveaux fondements de cette réglementation, structurée, dans un souci d'homogénéité réglementaire et d'efficacité :

- distinction claire entre les travaux hyperbares (regroupant les activités les plus dangereuses) et les autres activités hyperbares désormais dénommées interventions hyperbares (visant notamment le sport, l'archéologie, la recherche, etc.) ;
- définition d'un encadrement des procédures de travaux et interventions, adapté à chaque secteur ;
- mise en place d'une certification des entreprises exécutant des travaux hyperbares (en milieu sec ou humide) ;
- redéfinition des modalités de formation adaptées à chaque secteur d'activité (BTP, sport, mer, médical).

Dès octobre 2012, la liste des "travaux" hyperbares ainsi que les deux premiers arrêtés "procédures" relatifs aux secteurs d'activités hyperbares regroupant le plus de travailleurs ont été publiés (BTP et Techniques, Sciences et autres interventions, soit 2 600 personnes). Durant l'année 2013, les travaux d'élaboration des arrêtés "procédures" concernant les autres secteurs d'activité ont été engagés avec la plupart des ministères concernés ; il s'agit pour le ministère chargé de la défense des nageurs de combat et des démineurs, pour le ministère de l'Intérieur des plongeurs dans la police

et chez les sapeurs-pompiers, et pour le ministère chargé des sports des moniteurs de plongée.

Ainsi, les arrêtés “procédures” et “formation” relatifs aux activités hyperbares des sapeurs-pompiers et regroupés en un seul texte, ont été présentés à la commission spécialisée n° 2 du COCT le 27 septembre 2013. Ce texte devrait être publié dans le courant du 3^e trimestre 2014.

Les services de police se sont également engagés dans la démarche en collaboration étroite avec la DGT. Suivant le même principe que pour les sapeurs-pompiers, un texte unique précisera les procédures de travail et les modalités de formation. Les travaux concernant le secteur de la mer et de l'hyperbarie sèche seront lancés en 2014.

Les travaux d'élaboration des premiers arrêtés “formation”, qui comportent les modalités de certification des organismes de formation, se heurtent à la question de la soutenabilité financière d'un tel dispositif compte tenu du caractère confidentiel de ce secteur d'activité. Les travaux sont suspendus à la réponse à cette question depuis l'été 2013.

Dans l'attente de la finalisation du nouveau dispositif de formation des travailleurs hyperbares s'appuyant sur des procédures de certification, le dispositif d'agrément (pour une durée de 3 ans) des organismes de formation hyperbare par le ministère chargé du travail est maintenu et une campagne d'agrément a été lancée fin 2012. L'arrêté portant agrément d'organismes habilités à dispenser la formation à la sécurité des travailleurs intervenant en milieu hyperbare a été publié le 21 juin 2013. Il est à noter que deux organismes de formation ont été agréés, pour la première fois, pour la formation des travailleurs exécutant des travaux hyperbares en milieu humide (mention A). Compte tenu de la dangerosité particulière de ce secteur, la DGT a renforcé sa procédure d'agrément en mettant notamment en place un suivi particulier de ces organismes (audit de la 1^{ère} session de formation).

Le travail d'élaboration de l'arrêté relatif à la certification des entreprises de travaux a été enclenché en 2013 et sera poursuivi en 2014.

2. UNE MEILLEURE ORGANISATION DU SECTEUR PROFESSIONNEL DU BTP SUBAQUATIQUE

Ce travail de dialogue et de réflexion sur la prévention du risque hyperbare mené par la DGT a conduit les professionnels du BTP subaquatique à mieux s'organiser – un syndicat de scaphandriers professionnels a ainsi été créé pour permettre notamment une représentation des salariés lors de leur participation aux travaux conduits par la DGT –, contribuant ainsi à un meilleur équilibre du dialogue social.

Sur la base de ce nouvel équilibre salariés/employeurs, la DGT a accompagné les professionnels du BTP dans la mise en place avec la Délégation générale à l'emploi et à la formation professionnelle (DGEFP) d'un certificat de qualification professionnelle de scaphandrier.

Par ailleurs, la DGT a incité les représentants des salariés et des employeurs à poursuivre leurs travaux par l'élaboration de guides professionnels de bonnes pratiques. Ces modalités de travail facilitant la communication d'informations de qualité et de sensibilisation de ce secteur, où le risque hyperbare est particulièrement prégnant.

Ces initiatives du secteur BTP ont été largement valorisées par la DGT auprès des autres secteurs hyperbares qui engagent également des réflexions en ce sens.

3. UN ACCOMPAGNEMENT DES SERVICES DE CONTRÔLE

La publication du décret du 11 janvier 2011 précité et de ses premiers arrêtés d'application a resensibilisé les services de contrôle sur cette thématique.

Compte tenu de ce regain d'intérêt et de la technicité du corpus réglementaire, la DGT examine avec l'Institut national du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle (INTEFP) la possibilité de développer un module de formation spécifique, à destination des agents de contrôle, sur le risque hyperbare dont la mise en place pourrait intervenir en 2015, une fois les principales bases de la réglementation posées.

Enfin, la DGT appuie les initiatives locales en apportant son concours à des actions de formation ou d'information des professionnels. Dans ce cadre, la DGT est notamment intervenue le 10 septembre 2013, à la 3^e journée du droit du travail maritime organisé par l'Unité territoriale de Sète qui rassemblait une centaine de professionnels de la mer.

4. UNE RÉORGANISATION DES ÉCHANGES AVEC LES PARTENAIRES INSTITUTIONNELS EN MATIÈRE D'EXPERTISE ET DE RECHERCHE

D'importants besoins en expertise ont émergés au fil des travaux précités, motivés notamment par :

- l'émergence de pratiques nouvelles telles que la randonnée aquatique ou l'exploration de sites sous-marins sans équipement de protection individuelle, dites "plongées en apnée" ;
- l'apparition de matériels nouveaux tels que les recycleurs (appareil qui recycle, au moyen de charbons actifs, l'air vicié expulsé à chaque respiration par le plongeur, lui permettant ainsi de s'affranchir des contraintes liées aux bouteilles et de prolonger très largement ses séjours sous l'eau) ;
- l'investissement croissant de bénévoles dans des activités subaquatiques qui posent la question de la nature et de l'organisation du suivi médical des travailleurs hyperbares.

Ces pratiques tendant à se développer dans les secteurs d'activité de recherche, de pêche ou d'archéologie, alors même qu'elles peuvent présenter des risques importants (le recycleur peut par exemple être 800 fois plus accidentogène qu'un scaphandre autonome classique), la DGT a initié plusieurs expertises afin d'être en mesure de compléter, en tant que de besoin, le cadre réglementaire.

Dès 2012, la DGT a saisi l'Institut national de plongée professionnel (INPP) de deux saisines relatives à l'apnée et aux recycleurs.

Enfin, dans le cadre d'une approche globale du risque professionnel, la DGT a également saisi en 2013 l'Agence nationale de sécurité de l'alimentation, de l'environnement et du travail (Anses) sur les questions hyperbares orientées sur les aspects sanitaires et complémentaires aux travaux conduits par l'INPP.

Concernant la question du suivi médical, une nouvelle recommandation de bonnes pratiques est en cours d'élaboration et sera soumise à la validation de la Haute Autorité de santé.

LA PRÉVENTION DE LA PÉNIBILITÉ

1. le bilan de la négociation sur la prévention de la pénibilité	625
2. La loi du 20 janvier 2014 garantissant l'avenir et la justice du système de retraites	628
2.1. Les objectifs poursuivis par la loi	628
2.2. Les modalités retenues	630
3. La précision de la notion de pénibilité	631
3.1. Des seuils universels associés à chaque facteur de risque professionnel pris en compte au titre de la pénibilité	631
3.2. Une traçabilité plus robuste	631
4. Le compte personnel de prévention de la pénibilité	633
4.1. Alimentation du compte	633
4.2. Utilisation des points inscrits au compte	634
5. Le dialogue social en faveur de la prévention de la pénibilité	636
5.1. La négociation en faveur de la prévention de la pénibilité ("1 % pénibilité")	636
5.2. Une meilleure prise en compte de la prévention de la pénibilité par les CHSCT	637
6. L'accompagnement des entreprises pour prévenir la pénibilité	639
6.1. Le Fonds national de soutien relatif à la pénibilité	639
6.2. L'appui des services déconcentrés du ministère chargé du Travail et du réseau territorial de la branche AT-MP	641
6.3. L'offre de service déployée par deux acteurs majeurs de la prévention : l'ANACT et l'OPPBT	642

LA PRÉVENTION DE LA PÉNIBILITÉ

La loi du 20 janvier 2014 garantissant l'avenir et la justice du système de retraites marque une nouvelle étape dans la politique de prévention de la pénibilité avec la création du compte personnel de prévention de la pénibilité qui ouvre, à mesure de l'exposition à la pénibilité, des droits aux salariés, que ceux-ci peuvent utiliser pour se former en vue d'occuper un emploi les exposant moins à la pénibilité, pour réduire leurs quotités de travail ou pour anticiper leurs départs à la retraite.

Elle fait suite à deux précédentes lois de réformes des retraites qui avaient posé de premiers jalons.

En 2003, la loi du 21 août avait fait de la prise en compte de la pénibilité un objet de négociation obligatoire, triennale, au niveau des branches professionnelles. Un cycle de discussions s'était alors engagé, à partir de février 2005, entre les partenaires sociaux, sans aboutir à la conclusion d'un accord faute notamment de consensus sur la réparation des expositions aux facteurs de pénibilité.

La loi du 9 novembre 2010 portant réforme des retraites avait donné une impulsion nouvelle à la question de la prévention de la pénibilité au travail.

Elle a tout d'abord identifié les trois catégories⁽¹⁾ de facteurs de risques professionnels susceptibles de laisser des traces durables, identifiables et irréversibles sur la santé, dont relèvent les dix facteurs dits "de pénibilité" :

- les contraintes physiques marquées :
 - les manutentions manuelles de charges définies à l'article R. 4541-2 ;
 - les postures pénibles définies comme positions forcées des articulations ;
 - les vibrations mécaniques mentionnées à l'article R. 4441-1 ;
- l'environnement physique agressif :
 - les agents chimiques dangereux mentionnés aux articles R. 4412-3 et R. 4412-60, y compris les poussières et les fumées ;
 - les activités exercées en milieu hyperbare définies à l'article R. 4461-1 ;
 - les températures extrêmes ;
 - le bruit mentionné à l'article R. 4431-1 ;

1) Catégorie des contraintes physiques marquées, environnement physique agressif et certains rythmes de travail.

- certains rythmes de travail :
 - le travail de nuit dans les conditions fixées aux articles L. 3122-29 à L. 3122-31 ;
 - le travail en équipes successives alternantes ;
 - le travail répétitif caractérisé par la répétition d'un même geste, à une cadence contrainte, imposée ou non par le déplacement automatique d'une pièce ou par la rémunération à la pièce, avec un temps de cycle défini.

La loi du 9 novembre 2010 a ensuite instauré, dans un titre spécifique dédié à la pénibilité du parcours professionnel, plusieurs mesures relatives à la prise en compte de la pénibilité au travail. Elle a créé un dispositif de compensation permettant un départ anticipé à la retraite pour certaines personnes et sous certaines conditions, et elle a mis l'accent sur la prévention de la pénibilité.

L'obligation de prévention de la pénibilité a notamment été généralisée et intégrée parmi les principes généraux de prévention énumérés par l'article L. 4121-1 du Code du travail. La loi a également élargi les compétences du Comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT) à l'analyse de l'exposition des salariés à des facteurs de pénibilité (article L. 4612-2 du Code du travail). Elle a enfin instauré, pour certaines entreprises, l'obligation de négocier un accord ou d'adopter un plan d'action en faveur de la prévention de la pénibilité et a imposé la rédaction d'une fiche de prévention des expositions pour tout travailleur exposé.

La loi du 20 janvier 2014 introduit une réforme majeure dans le champ de la réparation et de la prévention, en créant le compte personnel de prévention de la pénibilité. Elle a également renouvelé l'obligation de négocier en faveur de la prévention de la pénibilité.

1. LE BILAN DE LA NÉGOCIATION SUR LA PRÉVENTION DE LA PÉNIBILITÉ

Cette partie sur le bilan de la négociation collective en matière de pénibilité reprend à l'identique les éléments déjà développés dans la Partie 3, Chapitre 3 de cet ouvrage.

2013 est la seconde année depuis l'entrée en vigueur d'un dispositif important issu de la loi du 9 novembre 2010 portant réforme des retraites : l'obligation, pour certaines entreprises, de négocier un accord ou d'adopter un plan d'action en faveur de la prévention de la pénibilité.

Cette obligation s'applique aux entreprises de plus de 50 salariés (ou appartenant à un groupe d'au moins 50 salariés), si au moins 50 % de leur effectif est exposé à un ou plusieurs des facteurs de pénibilité fixés par le décret n° 2011-354 du 11 mars 2011.

Les entreprises de 50 à 300 salariés sont dispensées de cette obligation si elles sont couvertes par un accord de branche étendu de prévention de la pénibilité. Les entreprises d'au moins 50 salariés qui n'entrent pas dans cette exception et qui ne sont pas couvertes par un accord ou un plan d'action relatif à la prévention de la pénibilité encourrent une pénalité financière modulable en fonction des efforts constatés et égale au plus à 1 % de la masse salariale des salariés exposés à un ou plusieurs facteurs de pénibilité. Au 31 janvier 2014, les *branches du bâtiment et des travaux publics (BTP)*, des *œufs et industrie en produits d'œufs*, des *remontées mécaniques et domaines skiables*, et de *l'industrie de la chaussure* sont couvertes par un tel accord.

La loi du 20 janvier 2014 garantissant l'avenir et la justice du système de retraites a apporté des modifications à cette négociation afin de renforcer son effectivité :

- l'exposition d'un salarié n'est décomptée que lorsqu'elle dépasse les seuils qui seront définis par décret et non plus sur le fondement de la seule appréciation de l'employeur ;
- dans les entreprises d'au moins 50 salariés, la couverture par un plan d'action ne sera possible qu'après l'échec effectif d'une négociation conduite en vue d'un accord conventionnel ;
- un accord de branche étendu en faveur de la prévention de la pénibilité peut également caractériser l'exposition des travailleurs au-delà des seuils par des situations types d'exposition (postes occupés, équipements de protection individuelle et collectifs appliqués).

Éléments quantitatifs

Au 31 janvier 2014 et depuis l'entrée en vigueur du dispositif, le nombre d'entreprises ayant conclu un accord ou élaboré un plan d'action relatif à la pénibilité est de 5 400 ; pour ce qui est du nombre cumulé d'accords de branche relatifs à la prévention de la pénibilité conclus et transmis à la Direction générale du travail, il est de seize, dont cinq nouveaux accords signés au cours de l'année 2013 :

- onze accords s'inscrivent dans le dispositif "1 % pénibilité". Ils concernent les branches du *bâtiment et des travaux publics* (BTP), du *commerce du détail et de gros à prédominance alimentaire*, des *entreprises sociales pour l'habitat*, de *l'assainissement et de la maintenance industrielle*, de la *fabrication et du commerce de produits pharmaceutiques*, de *l'industrie pétrolière* et de *l'industrie du bois*. L'année 2013 a permis la conclusion de quatre nouveaux accords dans les branches suivantes : *œufs et industries en produits d'œufs*, *remontées mécaniques et domaines skiables*, *industrie de la chaussure* ainsi que *l'aide, l'accompagnement, les soins et les services à domicile* ;
- deux accords sont des accords spécifiques, qui ne s'inscrivent pas dans le cadre issu de la loi du 9 novembre 2010. Ils ont été conclus dans la branche des *transports routiers et activités auxiliaires du transport* (accord de 2010 antérieur à l'entrée en vigueur du dispositif pénibilité) et celle des *ports et manutention* (s'inscrivant ainsi dans le dispositif issu de la loi du 4 juillet 2008 sur les installations portuaires) ;
- trois accords sont des accords de méthode visant soit à outiller les entreprises de la branche pour qu'elles construisent leurs propres accords (branche de la *transformation laitière*), soit à cadrer la future négociation de branche sur la pénibilité (*remontées mécaniques et domaines skiables*). Le dernier accord de méthode, conclu le 26 avril 2013, concerne *l'inter-secteur papier cartons*. Il fait suite au constat d'échec de la négociation sur la pénibilité et vise à diffuser un plan d'action afin d'aider les entreprises à identifier les différents leviers de lutte contre la pénibilité (mobilisation de l'organisme paritaire collecteur agréé – OPCA, diffusion d'une liste de cabinets de consultants, mise en place du tutorat, etc.).

Il est encore prématuré de dresser un bilan complet de l'action des branches en matière de pénibilité. Si l'on peut d'ores et déjà tenter de distinguer quelques grandes tendances, détaillées dans le bilan qualitatif ci-après, de la manière dont les branches se sont approprié la démarche de prévention de la pénibilité au travers de la négociation, il n'est pas exclu que l'engagement du processus législatif ayant conduit à l'adoption de la loi n° 2014-40 du 20 janvier 2014 garantissant l'avenir et la justice du système de retraites et la perspective de la mise en place du compte personnel de prévention de la pénibilité (C3P) aient eu pour effet de freiner temporel-

rement le mouvement de négociation sur le sujet, dans l'attente de l'adoption d'un nouveau cadre stabilisé en la matière.

Éléments qualitatifs

L'analyse du contenu des nouveaux accords conclus en 2013 montre que seule une branche a élaboré un réel diagnostic des situations de pénibilité rencontrées dans son secteur. La branche des *remontées mécaniques et domaines skiables* a ainsi élaboré, avec l'aide d'un consultant, un diagnostic précis grâce à une enquête conduite auprès d'un échantillon de sept entreprises. En 2012, quatre des sept branches qui avaient conclu des accords "1 % pénibilité" avaient également adopté une démarche de diagnostic, afin d'adapter les mesures de prévention au regard des spécificités de chaque secteur. Il s'agit en particulier de la branche du *bâtiment et des travaux publics* ainsi que celle des *sociétés anonymes et fondations d'HLM*.

S'agissant des thèmes de négociation retenus, ce sont en premier lieu ceux concernant les conditions de travail : l'adaptation et l'aménagement du poste de travail ainsi que l'amélioration des conditions de travail, notamment au plan organisationnel. Ils font l'objet de mesures concrètes : études de poste en cas d'achat d'un nouveau matériel dans la branche des *œufs et industries en produits d'œufs*, achat ou rénovation de matériel afin de prendre en compte des avancées réalisées en termes d'ergonomie dans la branche de l'*industrie de la chaussure*. Au plan organisationnel, deux branches (*remontées mécaniques et domaines skiables* et *industrie de la chaussure*) prévoient de favoriser la diversification des tâches des salariés exposés à des facteurs de pénibilité grâce à la rotation des postes. Enfin, des actions de formation sont souvent prévues, soit dans une optique de prévention des risques (*aide, accompagnement, soins et services à domicile, remontées mécaniques et domaines skiables, œufs et industries en produits d'œufs*), soit dans une optique de reconversion (*œufs et industries en produits d'œufs et industries de la chaussure*).

Quant aux modalités de suivi de la mise en œuvre des engagements figurant dans les accords, deux d'entre eux prévoient la réalisation d'un bilan annuel par la commission paritaire de la branche (*industrie de la chaussure, aide, accompagnement, soins et services à domicile*), les deux autres préférant un bilan à la fin de la période triennale. Par ailleurs, les trois quarts des accords conclus prévoient des objectifs et des indicateurs adossés à chacun des thèmes retenus. La plupart de ces objectifs concernent toutefois la réalisation des actions prévues par les accords (accompagnement de 100 % des salariés, réalisation de 80 % des études, etc.) plutôt que la réduction directe de l'exposition des salariés aux facteurs de pénibilité.

2. LA LOI DU 20 JANVIER 2014 GARANTISSANT L'AVENIR ET LA JUSTICE DU SYSTÈME DE RETRAITES

2.1. LES OBJECTIFS POURSUIVIS PAR LA LOI

Insérés dans le chapitre 1 *“Mieux prendre en compte la pénibilité”* du Titre II *“Rendre le système plus juste”* de la loi du 20 janvier 2014, le compte personnel de prévention de la pénibilité et la rénovation de la négociation obligatoire en faveur de la prévention de la pénibilité soutiennent quatre principaux objectifs :

Réparer une exposition durable à la pénibilité

Malgré l'allongement des espérances de vie depuis 25 ans, les inégalités sociales face à la mort ne se sont pas résorbées. Ainsi, l'espérance de vie à 35 ans pour les hommes cadres était plus élevée en moyenne de 6,8 années que pour les hommes ouvriers, dans les conditions de mortalité de la période allant de 2000 à 2008⁽²⁾. De façon plus marquée encore, les hommes occupant les professions les plus qualifiées ont, à 50 ans, une espérance de vie en bonne santé supérieure de 9 ans à celle des hommes ouvriers (contre 4,8 ans pour l'espérance de vie)⁽³⁾.

C'est pourquoi la loi garantissant l'avenir et la justice du système de retraites vise à prendre en compte les effets différés des conditions de travail et plus particulièrement, d'une exposition longue à la pénibilité, sur la santé des travailleurs.

Elle rompt en cela avec la philosophie des dispositifs créés jusqu'alors, qui accordaient des droits à réparation en fonction des dommages constatés d'une exposition longue à la pénibilité sur la santé. Il en était ainsi du dispositif de retraites pour pénibilité institué par la loi du 9 novembre 2010, qui requérait de ses bénéficiaires un taux d'incapacité permanente consécutif à un accident du travail ou une maladie professionnelle au moins égal à 10 %. Les salariés dont l'incapacité était inférieure à 20 % devaient en outre prouver qu'ils avaient été exposés au moins 17 ans à au moins un facteur de pénibilité et que leur incapacité avait un lien direct avec l'exposition à ces facteurs. En 2013, seules 3 454 personnes avaient bénéficié du dispositif.

L'ambition de la réforme de 2014 consiste à ne plus cibler les personnes justifiant d'un certain taux d'incapacité, mais celles dont l'exposition longue aux facteurs de pénibilité est susceptible d'entraîner des effets également après le départ en retraite et, partant, de réduire leur espérance de vie sans

2) *“L'espérance de vie s'accroît, les inégalités sociales face à la mort demeurent”*, Insee Première n° 1372, octobre 2011.

3) *“Espérances de vie, espérances de vie en santé et âges de départ à la retraite : des inégalités selon la profession en France”*, E. Cambois, T. Barnay, J.-M. Robine, *Retraite et Société*, n° 49, août 2010.

incapacité. Elle leur donne le droit de partir plus tôt à la retraite, afin de leur permettre de profiter plus longtemps d'une retraite en bonne santé.

Compenser

La loi du 9 novembre 2010 avait ouvert la possibilité aux branches de conclure des accords de compensation de la pénibilité par des mesures d'allègement ou de compensation de la charge de travail au profit des salariés ayant été exposés à des travaux pénibles et ne remplissant pas les conditions pour bénéficier d'une retraite à taux plein. Ces accords devaient instituer des fonds dédiés à la prise en charge des dispositifs d'allègement ou de compensation de la pénibilité. Aucune branche n'a saisi cette opportunité depuis lors.

C'est pourquoi la loi du 20 janvier 2014 s'est attachée à créer, pour les travailleurs ayant été durablement exposés à la pénibilité, un droit à compensation. Celui-ci prend la forme notamment d'un droit à réduire sa quotité de travail tout en voyant sa rémunération maintenue. Il s'agit de lutter contre les effets potentiellement durables sur la santé des expositions par un repos compensateur.

Prévenir

Si réparation et compensation interviennent alors que les travailleurs ont déjà connu de longues périodes d'exposition à la pénibilité, il importe évidemment d'agir en amont de ces expositions en s'efforçant de prévenir l'affectation durable sur des postes de travail présentant des risques. La loi du 20 janvier 2014 apporte un jalon novateur dans cette démarche de construction du parcours professionnel en attribuant des droits à formation à des travailleurs déjà sensiblement exposés à la pénibilité, afin de leur donner les moyens de réorienter leur carrière.

En contrepoint, il reste indispensable de renforcer la prévention primaire de la pénibilité, c'est-à-dire l'exposition à des facteurs de risques. La réforme de 2014 utilise pour ce faire le levier de la prise en compte de la situation réelle de travail, c'est-à-dire celle qui résulte de la mise en œuvre des mesures de protection organisationnelles, collectives et individuelles conçues par l'employeur. Dans la mesure où l'employeur contribue au financement du dispositif, cela doit naturellement l'inciter à les développer.

Renforcer la négociation en faveur de la prévention de la pénibilité

Pour certaines entreprises, dès lors que la moitié au moins de leurs salariés étaient exposés à la pénibilité, l'obligation de négocier un accord ou d'adopter un plan d'action en faveur de la prévention de la pénibilité est entrée en application depuis le début de l'année 2012. Cette négociation connaît

une bonne dynamique, notamment dans les entreprises : 5 400 accords ou plans d'action avaient été déposés auprès des Directions régionales des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi (DIRECCTE) à la fin de l'année 2013 (dont 1 500 pour la seule année 2013). En outre, seize accords de branche avaient été conclus, dont 5 en 2013.

Pour autant, le dispositif souffrait de deux difficultés :

- le champ des entreprises assujetties à l'obligation de négocier n'était pas connu *a priori*, puisqu'il revenait à chaque employeur de déterminer le niveau d'exposition à compter duquel il estimait que ses travailleurs étaient exposés à la pénibilité ;
- l'employeur avait la faculté de recourir à l'élaboration d'un plan d'action sans avoir préalablement ouvert de négociation.

La loi du 20 janvier 2014 s'est attachée à corriger ces deux difficultés en clarifiant le champ des entreprises assujetties à la négociation obligatoire et en donnant une priorité claire à la négociation sur l'adoption d'un plan d'action par l'employeur.

2.2. LES MODALITÉS RETENUES

La réforme de 2014 s'est donnée pour ambition de répondre aux objectifs présentés *supra* en concevant un dispositif qui ne différencie pas les salariés qui débutent leur carrière dans un métier exposé aux facteurs de pénibilité de ceux qui ont déjà été durablement exposés :

- le compte personnel de prévention de la pénibilité attribue des droits aux salariés à mesure de leur exposition à la pénibilité et pour les salariés les plus âgés, le rythme d'attribution est accéléré afin qu'ils puissent plus rapidement bénéficier des possibilités d'utilisation du compte personnel de prévention de la pénibilité et notamment du départ anticipé à la retraite. Outre l'égalité de traitement qui en résulte, cette modalité de prise en compte de la pénibilité au travail a également l'avantage de contourner la difficulté pratique qui conduirait à reconstituer les expositions à la pénibilité tout au long de la carrière pour l'attribution de droits. Ainsi conçu, le compte personnel de prévention de la pénibilité a enfin l'atout d'être pérenne ;
- le second choix structurant sur lequel repose la réforme de 2014 a consisté à utiliser les outils déjà connus des acteurs pour permettre un déploiement dans les meilleurs délais du compte personnel de prévention de la pénibilité. Elle reprend ainsi la fiche de prévention des expositions comme support de traçabilité, par l'employeur, des expositions des salariés aux facteurs de risques professionnels pris en compte au titre de la pénibilité, au-delà des seuils, dont elle a conservé la liste fixée en 2011 ;
- elle renforce enfin la négociation en faveur de la prévention de la pénibilité, dite "1 % pénibilité".

3. LA PRÉCISION DE LA NOTION DE PÉNIBILITÉ

3.1. DES SEUILS UNIVERSELS ASSOCIÉS À CHAQUE FACTEUR DE RISQUE PROFESSIONNEL PRIS EN COMPTE AU TITRE DE LA PÉNIBILITÉ

La loi du 9 novembre 2010 portant réforme des retraites avait posé un premier cadre de définition de l'exposition aux facteurs de pénibilité en visant des facteurs de risques professionnels liés à des contraintes physiques marquées, à un environnement physique agressif ou à certains rythmes de travail susceptibles de laisser des traces durables, identifiables et irréversibles sur la santé. C'est au regard de ces grandes catégories de risques que le décret n° 2011-354 du 30 mars 2011 a inscrit les dix facteurs de pénibilité. Il revenait à l'employeur de déterminer, pour chaque facteur, en cohérence avec son évaluation des risques, et au vu des caractéristiques propres à chaque poste en termes d'expositions (durée, intensité, fréquence...), les niveaux d'exposition à partir desquels il estimait que ses travailleurs étaient exposés à la pénibilité.

La création du compte personnel de prévention de la pénibilité et l'attribution de droits attachés à l'exposition des travailleurs, rendait indispensable l'établissement de seuils associés à chaque facteur, qui soient fixés réglementairement afin de garantir l'égalité de traitement entre tous les travailleurs exposés. La réforme issue de la loi de 2014 prévoit donc des seuils identiques pour tous, quelle que soit la branche professionnelle concernée et le métier exercé. L'instauration de tels seuils permet, de plus, de concentrer l'effort sur les travailleurs les plus exposés et qui sont susceptibles de voir leur santé fortement dégradée par leurs conditions de travail.

3.2. UNE TRAÇABILITÉ PLUS ROBUSTE

Instituée par la loi du 9 novembre 2010, la fiche de prévention des expositions est remplie par l'employeur qui y consigne les conditions de pénibilité auxquelles chacun de ses travailleurs est exposé.

Si la fiche de prévention des expositions reste le support de la traçabilité, la réforme de 2014 en précise tant le contenu que les modalités. Elle prévoit ainsi que la traçabilité est réalisée chaque année, qu'elle ne porte que sur les expositions qui excèdent les seuils de pénibilité – l'employeur n'a pas à tracer les expositions situées en deçà et l'appréciation du dépassement ou non des seuils est réalisée après application des mesures de protection collective (isolation sonore, engins de levage, système de captation de l'air...) et compte tenu du port des équipements de protection individuelle

(casque, masque de protection contre les agents chimiques dangereux...). Il s'agit en effet d'apprécier l'exposition au plus proche des conditions réelles de travail et également d'inciter l'employeur à développer les mesures de prévention qu'il met en place.

Ainsi, pour chacun de ces facteurs, l'employeur détermine si l'exposition subie par le salarié dans le cadre de ses conditions habituelles de travail excède le seuil associé à chaque facteur qui croise une intensité (mesurée en décibels pour le bruit, en kilogrammes pour les manutentions manuelles de charges, ...) et une temporalité (mesurée par une durée ou une fréquence).

Pour réaliser son évaluation, l'employeur a vocation à s'appuyer sur la fiche d'entreprise établie par le service de santé au travail et le document unique d'évaluation des risques qu'il met à jour chaque année.

De plus, afin de guider l'employeur dans l'accomplissement de cette démarche, la loi de 2014 a également prévu la possibilité, pour les branches, de caractériser l'exposition des travailleurs à un ou plusieurs des facteurs de risques professionnels au-delà des seuils mentionnés, par des situations types d'exposition. Celles-ci ont vocation à faire notamment référence aux postes occupés et aux mesures de protection collective et individuelle appliquées.

L'employeur dispose en outre d'un corpus de guides et de documents d'aide à l'évaluation des risques, spécialisés par métiers et secteurs professionnels, établis par les institutions et organismes de prévention.

4. LE COMPTE PERSONNEL DE PRÉVENTION DE LA PÉNIBILITÉ

À compter du 1^{er} janvier 2015, les salariés dont les conditions habituelles de travail les exposent à un ou plusieurs facteurs de risques professionnels au-delà des seuils bénéficieront d'un compte personnel de prévention de la pénibilité alimenté tout au long de leur carrière à mesure de leur exposition.

Ce droit nouveau est ouvert à l'ensemble des salariés titulaires d'un contrat de travail de droit privé, exception faite de ceux qui bénéficient déjà, dans leur régime de retraite, d'une prise en compte spécifique de la pénibilité de leur emploi.

La loi désigne la Caisse nationale d'assurance vieillesse des salariés (CNAV) et le réseau des Caisse d'assurance retraite et de la santé au travail (Carsat) comme gestionnaires pivot du compte personnel. Elle prévoit également que la Mutualité sociale agricole (MSA), pour ses ressortissants, puisse assurer des fonctions d'information.

4.1. ALIMENTATION DU COMPTE

L'alimentation du compte sera opérée par la CNAV grâce aux informations transmises par l'employeur dans sa Déclaration annuelle de données sociales (DADS), qui reprendront les informations consignées dans la fiche individuelle de prévention des expositions.

Pour les titulaires de contrats annuels, des points seront attribués pour chaque année durant laquelle le salarié est exposé au-delà des seuils à un facteur au moins. Le nombre de points acquis sera doublé en cas de poly-exposition.

Les expositions constatées au cours de CDD et de périodes de travail de durée infra-annuelle effectuées en CDI, donneront lieu à attribution de points à chaque trimestre d'exposition.

Le salarié ne pourra acquérir des points que jusqu'à un certain plafond. Une fois celui-ci atteint, le salarié ne pourra plus engranger de points, même s'il a commencé à en utiliser. Il s'agit de l'inciter à ne pas demeurer toute sa carrière dans un emploi exposé aux facteurs de pénibilité.

Pour les salariés les plus âgés, les règles sont aménagées de sorte de leur faciliter l'accès au temps partiel ou à l'anticipation du départ à la retraite, potentiellement dès début 2016 pour ceux d'entre eux qui sont les plus proches de l'âge de départ à la retraite. Ces aménagements portent tant sur le rythme d'accumulation que d'utilisation des points.

Ainsi, selon l'âge du salarié, les points inscrits au compte le seront à un rythme doublé ou les premiers points acquis ne seront plus réservés à l'utilisation relative au financement d'une formation.

Une attention particulière a été apportée à l'accessibilité de l'information : le salarié pourra consulter le solde de son compte, se renseigner sur l'offre de formation qui lui est ouverte, se documenter sur la prévention des risques professionnels et prendre connaissance des réponses apportées aux questions pratiques liées à l'utilisation du compte en ligne, sur un site Internet dédié au compte personnel de prévention de la pénibilité.

4.2. UTILISATION DES POINTS INSCRITS AU COMPTE

Le titulaire du compte pourra librement choisir d'utiliser ses points pour financer :

Une formation lui permettant d'accéder à un emploi l'exposant moins à la pénibilité

Les premiers points acquis par le salarié sont réservés pour la formation professionnelle : le titulaire n'est pas obligé de les utiliser, mais s'il le fait, ce ne peut être que pour financer une formation. Cette règle a pour objectif d'inciter les salariés exposés, notamment les plus jeunes, à privilégier la prévention et à orienter leur carrière vers des emplois moins exposant à la pénibilité, grâce à la mobilité professionnelle.

Le salarié qui souhaite financer une formation pour accéder à un poste non exposé ou moins exposé à des facteurs de pénibilité devra convertir les points de son compte personnel de prévention de la pénibilité pour abonder son compte personnel de formation. La mise en place de ce compte étant également prévue pour l'année 2015.

Les branches professionnelles – dans le cadre la loi réformant la formation professionnelle – et les entreprises – dans le cadre des accords "1 % pénibilité" – seront encouragées à identifier des parcours de reconversion et l'offre de formations associées permettant à leurs salariés les plus exposés à la pénibilité de pouvoir évoluer vers des postes qui le sont moins.

Une réduction du temps de travail avec compensation de la perte de salaire

Sous réserve de l'accord de l'employeur, le salarié choisira librement sa nouvelle quotité de temps de travail.

En fonction du nombre de points dont il dispose, le salarié pourra alors bénéficier d'un complément de rémunération pendant une certaine durée.

C'est l'employeur qui assurera le maintien de la rémunération, qui lui sera ensuite intégralement remboursé par la CNAV.

Ce passage à temps partiel constitue également un vecteur de prévention, car il permet au salarié exposé d'obtenir un repos compensateur permettant d'atténuer l'intensité de son exposition et donc d'éviter de voir sa santé durablement affectée. Il peut être également l'occasion pour le salarié d'initier une reconversion vers un métier non exposé.

Une anticipation de l'âge de départ à la retraite dans la limite de 8 trimestres (2 ans)

À compter de l'âge de 55 ans, le salarié peut utiliser ses points pour obtenir une majoration de la durée d'assurance qui lui permettra, soit :

- d'anticiper son départ à la retraite de deux ans au maximum ;
- de pouvoir prétendre à la retraite anticipée pour longue carrière, car ces trimestres sont réputés cotisés.

Le titulaire du compte personnel de prévention de la pénibilité remplira simplement un formulaire en ligne auprès de la CNAV : ses droits seront valables quel que soit le régime de retraite dont il relève. La pension du régime général et des autres régimes sera calculée en tenant compte des trimestres acquis au titre de la majoration de durée d'assurance.

Les employeurs et les salariés bénéficieront de l'accompagnement et de l'appui des services publics proposés par les Carsat et les MSA (nouvelles offres de service d'information *via* Internet et mise en place d'un numéro de téléphone unique dédié au compte personnel de prévention de la pénibilité, à la fin de l'année 2014).

5. LE DIALOGUE SOCIAL EN FAVEUR DE LA PRÉVENTION DE LA PÉNIBILITÉ

5.1. LA NÉGOCIATION EN FAVEUR DE LA PRÉVENTION DE LA PÉNIBILITÉ (“1 % PÉNIBILITÉ”)

La loi du 20 janvier 2014 garantissant l'avenir et la justice du système de retraites a apporté des aménagements à cette négociation – effectifs à compter du 1^{er} janvier 2015 – afin de renforcer son effectivité :

- pour calculer la proportion de ses salariés exposés à la pénibilité, l'employeur ne prendra désormais en compte l'exposition d'un salarié que lorsqu'elle dépassera les seuils définis par décret et non plus sur le fondement de la seule appréciation de l'employeur ;
- dans les entreprises d'au moins 50 salariés, la couverture par un plan d'action ne sera possible qu'après échec effectif d'une négociation conduite en vue d'un accord conventionnel ;
- un accord de branche étendu en faveur de la prévention de la pénibilité pourra également caractériser l'exposition des travailleurs au-delà des seuils par des situations types d'exposition (postes occupés, équipements de protection individuelle et collective appliqués).

Ces modifications permettront de clarifier le champ des entreprises assujetties à cette obligation de négocier et faciliteront les actions de contrôle des DIRECCTE visant à faire respecter cette réglementation qui constitue l'une des priorités du ministère chargé du Travail.

L'action des DIRECCTE Auvergne et Champagne-Ardenne ciblées sur certains secteurs d'activité

La **DIRECCTE Auvergne** a choisi de cibler son action pour la négociation en faveur de la prévention de la pénibilité sur certains secteurs d'activité : bâtiment, grande distribution, industrie, nettoyage industriel, scieries. Ils représentent un panel de 195 entreprises potentiellement assujetties à l'obligation de négocier un accord ou d'élaborer un plan d'action. Or, au 31 décembre 2013, seules 29 entreprises, soit 15 % de ces entreprises étaient couvertes par un accord ou un plan (7 accords et 22 plans).

Seuls deux textes sur les 29 étaient conformes à la réglementation, la plupart des accords et plans ne faisant pas état d'un diagnostic préalable sur les situations de pénibilité (62 %), et ne disposant pas d'indicateurs chiffrés (55 %). En outre, plus d'un tiers ne comporteraient ni modalités de suivi ni indicateurs. Les agents de contrôle ont ainsi notifié 8 mises en demeure dans cette région en 2013.

En **Champagne-Ardenne**, les acteurs de la prévention ont convenu, dans le cadre de la gouvernance du plan régional de santé au travail (PRST), de focaliser l'action en matière de prévention de la pénibilité sur trois secteurs principaux : la métallurgie, le BTP et la vitiviniculture.

Au 31 décembre 2013, 81 entreprises appartenant à ces trois secteurs étaient couvertes par un plan d'action ou un accord en faveur de la prévention de la pénibilité. Suite aux investigations menées par les agents de contrôle, 21 mises en demeure ont été notifiées.

Certains items de la négociation, comme le développement des compétences et des qualifications ainsi que l'aménagement des fins de carrière, pourront utilement s'articuler avec des utilisations du compte personnel de prévention de la pénibilité notamment la formation et le passage à temps partiel. Cet enchaînement vertueux des deux dispositifs permettra ainsi de renforcer leur effectivité.

Les bonnes pratiques mises en avant en Poitou-Charentes

Une étude quantitative et qualitative en vue d'une valorisation de bonnes pratiques des accords et plans d'action a été menée à l'initiative de la DIRECCTE par l'Aract Poitou-Charentes. Elle peut être consultée sur le site de la DIRECCTE www.poitou-charentes.direccte.gouv.fr depuis avril 2013.

Il s'avère que sur 68 accords et plan d'action étudiés, un domaine a été davantage retenu par les entreprises (45, soit environ 70 %) : l'adaptation et l'aménagement des postes de travail. Les thèmes dominants dans les mêmes proportions sont l'amélioration des conditions de travail et le développement des compétences et qualification.

5.2. UNE MEILLEURE PRISE EN COMPTE DE LA PRÉVENTION DE LA PÉNIBILITÉ PAR LES CHSCT

Si la loi du 9 novembre 2010 a donné compétence au CHSCT pour procéder à l'analyse de l'exposition des salariés à des facteurs de pénibilité, le rôle des CHSCT en faveur de la prévention de la pénibilité a été renforcé par la loi du 20 janvier 2014.

À compter du 1^{er} janvier 2015, la question de la prévention de la pénibilité sera ainsi traitée spécifiquement dans deux documents essentiels que l'employeur présente au CHSCT pour avis :

- le rapport annuel écrit faisant le bilan de la situation générale de la santé, de la sécurité et des conditions de travail dans son établissement ;

- le programme annuel de prévention des risques professionnels et d'amélioration des conditions de travail qui fixe la liste détaillée des mesures devant être prises au cours de l'année à venir, ainsi que, pour chaque mesure, ses conditions d'exécution et l'estimation de son coût.

6. L'ACCOMPAGNEMENT DES ENTREPRISES POUR PRÉVENIR LA PÉNIBILITÉ

6.1. LE FONDS NATIONAL DE SOUTIEN RELATIF À LA PÉNIBILITÉ

Prévu par l'article 86 de la loi portant réforme des retraites du 9 novembre 2010, ce fonds avait vocation à soutenir les actions déployées dans le champ de la prévention de la pénibilité par les branches et les entreprises couvertes par un accord collectif de branche ou d'entreprise.

Doté de 20 millions d'euros par l'État et par la branche Accidents du travail/Maladies professionnelles, le Fonds national de soutien relatif à la pénibilité (FNSP) était placé auprès de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés. Il contribuait, sous forme de subventions, au financement de travaux ou d'actions d'expertise, d'ingénierie, de tutorat, de formation, d'évaluation ou de promotion. Cela pouvait concerner des travaux d'expertise ou d'ingénierie qui s'inscrivent dans une démarche globale d'amélioration des conditions de travail, notamment au plan organisationnel (par exemple : réflexion sur les aménagements d'horaires, sur l'articulation des temps privés et professionnels ou sur la répartition de la charge de travail au sein des équipes). Les actions d'information et de promotion de la prévention de la pénibilité peuvent se traduire par l'élaboration de guides et supports spécifiques et opérationnels pour l'entreprise ou l'animation de réunions internes. Il ne pouvait financer des mesures de compensation de la pénibilité.

Le FNSP était administré par un comité de gestion, comprenant le Directeur général du travail ou son représentant, le Directeur de la sécurité sociale ou son représentant et les membres de la Commission des accidents du travail et des maladies professionnelles. Le comité de gestion sélectionnait les projets présentés par les branches et arrêtaient le montant des subventions allouées. Les projets des entreprises et le montant des subventions qui leur étaient versées étaient, quant à eux, sélectionnés par les caisses chargées de la prévention et de la tarification des accidents du travail et des maladies professionnelles (Carsat⁽⁴⁾, CGSS⁽⁵⁾, CRAMIF⁽⁶⁾) en lien avec les services déconcentrés du ministère chargé du Travail (DIRECCTE⁽⁷⁾).

L'appel à projets "pénibilité au travail" a été ouvert du 12 avril 2012 au 2 septembre 2013, la date limite d'utilisation du fonds ayant été fixée par la loi au 31 décembre 2013.

4) Caisse d'assurance retraite et de la santé au travail.

5) Caisse générale de sécurité sociale.

6) Caisse régionale d'assurance maladie d'Île-de-France.

7) Directions régionales des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi.

Finalement, 239 dossiers ont été déposés par des entreprises auprès des CARSAT et CGSS :

- 119 ont reçu l'avis favorable de la Commission régionale des accidents du travail et des maladies professionnelles (CRAT/MP), soit 50 % des dossiers transmis ; c'est la région Normandie qui a été la plus dynamique, avec 20 dossiers acceptés suivi du Sud-Est avec 16 dossiers acceptés et de Rhône-Alpes et du Nord-Est avec 13 dossiers acceptés ;
- 31 dossiers étaient toujours en instance fin 2013 ;
- 89 ont reçu un avis défavorable, soit du fait du caractère non éligible de l'accord de branche, soit en raison de la qualité intrinsèque de l'action de prévention.

Sur l'ensemble des dossiers communiqués, qu'ils aient été retenus ou non, il ressort que les postures pénibles, les manutentions manuelles de charges lourdes ainsi que les agents chimiques sont sur représentés parmi les facteurs de pénibilité susceptibles d'être ciblés.

Les dossiers les plus nombreux concernent des activités liées aux secteurs de la métallurgie (CTN A), du bâtiment et des travaux publics (CTN B) et de la chimie, du caoutchouc et de la plasturgie (CTN E). Néanmoins, en nombre de salariés exposés à ces facteurs de pénibilité, le CTN B arrive en première position, suivi du CTN E.

À titre d'exemple, plusieurs projets de la Carsat Sud-Est peuvent être présentés :

- deux projets, qui ont concerné des entreprises du bâtiment et des travaux publics, ont ciblé les salariés exposés simultanément à plusieurs facteurs de pénibilité (poly-expositions) ;
- deux autres entreprises ont également vu leurs projets retenus : la première, dont l'activité principale est l'impression de textes et de motifs publicitaires sur des objets, souhaitait principalement réduire l'exposition de ses salariés aux agents chimiques dangereux contenus dans les encres d'impression utilisées. La seconde, qui bien que son activité soit orientée vers la fabrication de peintures à destination des grandes surfaces spécialisées du bricolage, a plutôt ciblé la problématique des troubles musculo-squelettiques dus à la chaîne de production et à la standardisation des tâches ;
- enfin, un projet sélectionné concerne une entreprise spécialisée dans le dessalement de l'eau de mer et le traitement de l'eau douce, qui souhaitait sensibiliser ses instances dirigeantes à la pénibilité au travail au sens large.

Ce fonds, de nature expérimentale, n'a pas été reconduit par la loi du 20 janvier 2014 garantissant l'avenir et la justice du système de retraites.

6.2. L'APPUI DES SERVICES DÉCONCENTRÉS DU MINISTÈRE CHARGÉ DU TRAVAIL ET DU RÉSEAU TERRITORIAL DE LA BRANCHE AT-MP

L'élaboration d'un guide de prévention de la pénibilité au travail dans les TPE/PME en Guadeloupe

L'ARACT Guadeloupe a élaboré un guide de prévention de la pénibilité au travail dans les petites et moyennes entreprises, en collaboration avec la DIRECCTE.

Ce guide est destiné aux responsables d'entreprises et aux salariés et à leurs représentants. Il définit, la notion de pénibilité et rappelle le contexte réglementaire (objectifs du dispositif, qui est concerné, obligations selon la taille de l'entreprise...). Il propose également des exemples de seuils de pénibilité pour les contraintes physiques, l'environnement physique agressif, les rythmes de travail et les contraintes psychiques et apporte une aide pour la mise place et la rédaction des fiches de prévention des expositions.

Maintenir l'emploi et la santé des salariés seniors dans les EHPAD : une action exemplaire en Aquitaine

Depuis 2012, la Carsat Aquitaine est partie prenante à une expérimentation nationale visant à proposer aux entreprises une offre conjointe d'information sur la retraite et les risques professionnels. Plutôt que de concevoir un message-type s'adressant à des entreprises de tous secteurs d'activités, elle a fait le choix de cibler son offre sur un secteur particulier : celui des EHPAD (établissements d'hébergement de personnes âgées dépendantes). En effet, il s'agit d'un secteur à forte sinistralité dans lequel les emplois sont réputés pénibles. Les entreprises doivent faire face à un fort *turn-over* des jeunes collaborateurs, aux problématiques de gestion des inaptitudes partielles ou totales et au déséquilibre de la pyramide des âges des agents, car les salariés, souvent des femmes, sont, pour une part importante, des seniors. La question du "bien vieillir au travail" étant devenue un enjeu majeur de ressources humaines dans le secteur, il était essentiel de proposer les conditions de travail optimales. L'action a été engagée dans un contexte d'écoute active et d'une volonté manifeste de s'engager de la part des organisations professionnelles.

Une rencontre avec des directeurs et directeurs des ressources humaines d'EHPAD a été organisée par la caisse en juin 2013 pour leur proposer un programme sur mesure. Les enjeux relatifs à la retraite et à la prévention des risques professionnels, spécifiques au secteur, ont été abordés, à partir notamment du témoignage d'un EHPAD ayant réalisé des actions de prévention avec succès. À la suite de cette rencontre, plusieurs réunions ont eu lieu avec les directeurs d'EHPAD et les salariés ; ceux-ci ont été informés des dispositifs de prolongation d'activité et ont été questionnés

sur le degré de soutenabilité de leur travail. Ces éléments ont ensuite été restitués aux directions ; ils ont permis d'identifier des leviers d'actions en vue du maintien en emploi et en santé de tous les salariés, et en particulier les seniors. À l'issue de ce programme, les directions se sont pour la plupart déclarées volontaires pour s'engager dans des programmes de prévention.

6.3. L'OFFRE DE SERVICE DÉPLOYÉE PAR DEUX ACTEURS MAJEURS DE LA PRÉVENTION : L'ANACT ET L'OPPBTP

La prévention de la pénibilité et l'ANACT

La prévention de la pénibilité et de l'usure professionnelle constitue un axe de travail privilégié pour l'ensemble du réseau ANACT-Aract depuis de nombreuses années et plus particulièrement aujourd'hui dans un contexte d'allongement de la vie professionnelle. Il est l'un des trois axes prioritaires fixés par les pouvoirs publics à l'ANACT dans le contrat d'objectifs et de performance 2014-2017.

En 2013, l'ANACT a réalisé et publié un rapport portant sur la prise en compte de la pénibilité par les militants syndicaux dans un système de régulation sociale encadré par le législateur. Deux ans après la parution des décrets relatifs aux accords et plans d'action pénibilité dans le cadre de la réforme des retraites de novembre 2010, l'objectif de cette étude consistait à comprendre les formes de prise en charge de la pénibilité par les équipes syndicales et leurs interlocuteurs patronaux. Au-delà du contenu des accords et de leurs effets, elle a consisté à examiner plus précisément les différents facteurs qui influencent la réflexion des négociateurs et qui ouvrent la voie à des formes de prise en charge différenciées de la pénibilité.

Cette différenciation s'est d'abord opérée entre les négociations collectives menées au niveau des branches et celles menées au niveau des entreprises. Au niveau des branches professionnelles, elle aboutit au constat selon lequel compensation de la pénibilité et prévention de la pénibilité ont fréquemment été mises en balance, voire opposées, parfois au prix d'un échec de la négociation. Au niveau des entreprises, l'étude s'est davantage intéressée aux effets produits par le cadre réglementaire au regard des pratiques de négociation.

S'agissant des sollicitations parvenant à l'Agence en la matière, on relève en 2013 un accroissement des demandes d'information et de sensibilisation émanant de la fonction publique territoriale.

En régions, des actions collectives sectorielles et de branche ont été menées, majoritairement dans une perspective d'expérimentation de dispositifs d'appui et d'accompagnement. Par exemple :

- expérimentation d'un dispositif de formation action dans le secteur avicole en Bretagne ;
- partenariats avec les Carsat en Poitou-Charentes et en région Centre pour soutenir des entreprises du territoire dans leur politique de prévention ;
- modélisation d'une offre d'accompagnement de prévention de l'usure professionnelle en partenariat avec Malakoff-Médéric en Rhône-Alpes ;
- conception en Aquitaine d'un questionnaire diagnostique destiné aux entreprises, en partenariat avec un laboratoire de recherche.

La formation "Agir sur la pénibilité et les parcours pour prévenir l'usure professionnelle" proposée par l'ANACT ainsi que les sessions intra-entreprises dispensées en 2013 ont également contribué à diffuser des démarches aux entreprises pour leur permettre de mieux répondre à leurs obligations en matière de prévention de la pénibilité.

En 2013, l'évaluation du dispositif Tempo (appui à la négociation) a également contribué à enrichir les démarches de prévention de la pénibilité dont l'ambition est de dépasser la simple mise en conformité réglementaire pour devenir un projet de performance sociale.

Par ailleurs, dans le cadre de la dernière réforme des retraites et de la perspective de l'allongement de carrière des salariés qui en découle, l'ANACT a travaillé durant l'année 2013 à l'ingénierie d'un dispositif qu'elle souhaite expérimenter à partir de 2014 en vue de proposer aux entreprises la possibilité d'élaborer un diagnostic/pronostic de leurs populations au travail. Il s'agit de proposer une méthodologie d'intervention permettant de repérer, puis d'agir, sur tous les déterminants de l'usure et de la pénibilité dans l'entreprise. Ainsi outillée, l'entreprise doit être en capacité de mettre en œuvre un plan d'action répondant aux spécificités de son activité et de son marché en agissant sur tous les leviers pertinents pour réduire, prévenir mais surtout anticiper durablement la création de "poches de pénibilité" : environnement de travail, formation, parcours professionnel, prévention de la désinsertion, etc.

Pour ce faire, le réseau ANACT-Aract travaille en étroite collaboration avec la branche AT-MP de la CNAM-TS et le réseau des Carsat, ainsi qu'avec la CNAV, chacun devant apporter son savoir-faire, ses conseils, voire ses moyens, pour l'accompagnement de l'entreprise dans une politique de soutenabilité du travail permettant d'assurer un maintien durable en emploi.

L'ANACT réfléchit parallèlement aux conditions dans lesquelles cette offre de service expérimentale pourra être déployée à grande échelle à partir de 2015 si l'évaluation des résultats de ces expérimentations est probante.

La prévention de la pénibilité et l'OPPBTP

Pour accompagner les entreprises dans leur démarche de lutte contre la pénibilité, l'OPPBTP met en œuvre diverses prestations pour les entreprises, telles que des formations, un espace personnalisé et sécurisé dédié à la prévention sur le site www.preventionbtp.fr et le guide "Pénibilité au travail comment agir ?".

L'OPPBTP a en outre renforcé son dispositif de subvention pour inciter les entreprises à investir dans des matériels et équipements performants, concourant à l'amélioration des conditions de travail et à la réduction de la pénibilité.

ANNEXES

RÉPERTOIRE DES TEXTES PUBLIÉS AU JOURNAL OFFICIEL EN 2013 ET DÉBUT 2014

1. ORGANISATION GÉNÉRALE DE LA PRÉVENTION – SANTÉ AU TRAVAIL

- Loi n° 2013-316 du 16 avril 2013 relative à l'indépendance de l'expertise en matière de santé et environnement et à la protection des lanceurs d'alerte (*JORF* n° 0090 du 17 avril 2013).
- Loi n° 2014-40 du 20 janvier 2014 garantissant l'avenir et la justice du système de retraites (*JORF* n° 0017 du 21 janvier 2014).

Situations particulières de travail

- Décret n° 2014-324 du 11 mars 2014 dans le domaine de l'exercice du droit d'alerte en matière de santé publique et d'environnement dans l'entreprise (loi Blandin) (*JORF* n° 0061 du 13 mars 2014).
- Décret n° 2014-423 du 24 avril 2014 relatif à l'application des dispositions relatives à la santé au travail aux travailleurs éloignés (*JORF* n° 0098 du 26 avril 2014).
- Décret n° 2013-914 du 11 octobre 2013 relatif à la procédure de dérogation prévue à l'article L. 4153-9 du Code du travail pour les jeunes âgés de moins de 18 ans (*JORF* n° 0239 du 13 octobre 2013).
- Décret n° 2013-915 du 11 octobre 2013 relatif aux travaux interdits et réglementés pour les jeunes âgés de moins de 18 ans (*JORF* n° 0239 du 13 octobre 2013).

CHSCT

- Loi n° 2013-504 du 13 juin 2013 relative à la sécurisation de l'emploi (*JORF* n° 0138 du 16 juin 2013).
- Décret n° 2013-552 du 26 juin 2013 relatif au Comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail et à l'instance de coordination (*JORF* n° 0148 du 28 juin 2013).
- Arrêté du 1^{er} juillet 2013 portant agrément des experts auxquels le Comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail peut faire appel (*JORF* n° 0165 du 18 juillet 2013).

- Arrêté du 7 janvier 2014 portant agrément des experts auxquels le Comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail peut faire appel (*JORF* n° 0012 du 15 janvier 2014).

Surveillance médicale

- Arrêté du 20 juin 2013 fixant le modèle de fiche d'aptitude (*JORF* n° 0152 du 3 juillet 2013).
- Arrêté du 17 juillet 2013 relatif à la carte de suivi médical et au suivi dosimétrique des travailleurs exposés aux rayonnements ionisants (*JORF* n° 0181 du 6 août 2013).
- Décret n° 2013-1151 du 12 décembre 2013 relatif au suivi médical post-professionnel des agents des établissements mentionnés à l'article 2 de la loi 86-33 du 9 janvier 1986 exposés à un agent cancérigène, mutagène ou toxique pour la reproduction (CMR) (*JORF* n° 0290 du 14 décembre 2013).

2. RISQUES CHIMIQUES ET BIOLOGIQUES

- Arrêté du 21 juin 2013 relatif aux conditions de délivrance du certificat et de l'agrément pour les organismes en charge de la surveillance individuelle de l'exposition des travailleurs aux rayonnements ionisants (*JORF* n° 0181 du 6 août 2013).
- Arrêté du 21 juin 2013 supprimant des valeurs limites d'exposition professionnelles indicatives pour certains agents chimiques (*JORF* n° 0153 du 4 juillet 2013).
- Décret n° 2013-607 du 9 juillet 2013 relatif à la protection contre les risques biologiques auxquels sont soumis certains travailleurs susceptibles d'être en contact avec des objets perforants (*JORF* n° 0159 du 11 juillet 2013).
- Arrêté du 10 juillet 2013 relatif à la prévention des risques biologiques auxquels sont soumis certains travailleurs susceptibles d'être en contact avec des objets perforants (*JORF* n° 0202 du 31 août 2013).
- Arrêté du 17 juillet 2013 relatif à la carte de suivi médical et au suivi dosimétrique des travailleurs exposés aux rayonnements ionisants (*JORF* n° 0181 du 6 août 2013).
- Arrêté du 2 août 2013 modifiant l'arrêté du 4 novembre 1993 relatif à la signalisation de sécurité et de santé au travail (*JORF* n° 0015 du 18 janvier 2014).

- Arrêté du 27 novembre 2013 définissant les conditions de certification des entreprises extérieures intervenant au sein d'établissements exerçant des activités nucléaires et des entreprises de travail temporaire concernées par ces activités (*JORF* n° 0288 du 12 décembre 2013).
- Arrêté du 6 décembre 2013 relatif aux modalités de formation de la personne compétente en radioprotection et de certification des organismes de formation (*JORF* n° 0298 du 24 décembre 2013).
- Arrêté du 14 janvier 2014 relatif au contenu et aux modalités de la déclaration d'appareils contenant des PCB (ou polychlorobiphényles) (*JORF* n° 0018 du 22 janvier 2014).

Amiante

- Arrêté du 7 mars 2013 relatif au choix, à l'entretien et à la vérification des équipements de protection individuelle utilisés lors d'opérations comportant un risque d'exposition à l'amiante (*JORF* n° 0062 du 14 mars 2013).
- Arrêté du 8 avril 2013 relatif aux règles techniques, aux mesures de prévention et aux moyens de protection collective à mettre en œuvre par les entreprises lors d'opérations comportant un risque d'exposition à l'amiante (*JORF* n° 0090 du 17 avril 2013).
- Décret n° 2013-594 du 5 juillet 2013 relatif aux risques d'exposition à l'amiante (*JORF* n° 0156 du 7 juillet 2013).

Cessation anticipée d'activité

- Arrêté du 9 janvier 2013 modifiant la liste des ports susceptibles d'ouvrir droit à l'allocation de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante en faveur des ouvriers dockers professionnels et personnels portuaires assurant la manutention (*JORF* n° 0205 du 4 septembre 2013).
- Arrêté du 11 avril 2013 modifiant et complétant la liste des établissements de fabrication, flocage et calorifugeage à l'amiante susceptibles d'ouvrir droit à l'allocation de cessation anticipée des travailleurs de l'amiante (*JORF* n° 0063 du 15 mars 2013).
- Arrêtés du 10 mai 2013 modifiant et complétant la liste des établissements de fabrication, flocage et calorifugeage à l'amiante susceptibles d'ouvrir droit à l'allocation de cessation anticipée des travailleurs de l'amiante (*JORF* n° 0117 du 23 mai 2013).
- Arrêtés du 10 mai 2013 modifiant la liste des établissements et des métiers de la construction et de la réparation navale susceptibles d'ouvrir droit à l'allocation de cessation anticipée des travailleurs de l'amiante (*JORF* n° 0117 du 23 mai 2013).

- Arrêté du 23 août 2013 modifiant la liste des établissements et des métiers de la construction et de la réparation navales susceptibles d'ouvrir droit à l'allocation de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante (*JORF* n° 0205 du 4 septembre 2013).
- Arrêtés du 23 août 2013 modifiant et complétant la liste des établissements de fabrication, flocage et calorifugeage à l'amiante susceptibles d'ouvrir droit à l'allocation de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante (*JORF* n° 0205 du 4 septembre 2013).

3. RISQUES PHYSIQUES ET MÉCANIQUES

- Arrêté du 9 juillet 2013 relatif aux dimensions de la zone de voisinage autour d'une pièce nue sous-tension (*JORF* n° 0169 du 23 juillet 2013).
- Décret n° 2013-973 du 29 octobre 2013 relatif à la prévention des risques particuliers auxquels les travailleurs sont exposés lors d'activités pyrotechniques (*JORF* n° 0254 du 31 octobre 2013).
- Arrêté du 6 décembre 2013 relatif aux modalités de formation de la personne compétente en radioprotection et de certification des organismes de formation (*JORF* n° 0298 du 24 décembre 2013).

4. AGRÉMENTS/HABILITATIONS/CERTIFICATION

- Arrêté du 13 juin 2013 modifiant l'arrêté du 22 octobre 2009 relatif aux conditions d'habilitation des organismes notifiés pour mettre en œuvre les procédures d'évaluation de la conformité des machines (*JORF* n° 0146 du 26 juin 2013).
- Arrêté du 21 juin 2013 portant agrément d'organismes habilités à dispenser la formation à la sécurité des travailleurs intervenant en milieu hyperbare (*JORF* n° 0151 du 2 juillet 2013).
- Arrêté du 21 juin 2013 relatif aux conditions de délivrance du certificat et de l'agrément pour les organismes en charge de la surveillance individuelle de l'exposition des travailleurs aux rayonnements ionisants (*JORF* n° 0181 du 6 août 2013).
- Arrêté du 27 novembre 2013 définissant les conditions de certification des entreprises intervenant au sein d'établissements exerçant des activités nucléaires et des entreprises de travail temporaire concernées par ces activités (*JORF* n° 0288 du 12 décembre 2013).

ADCO	Administrative cooperation
ADMITRA	Modernisation de l'administration et de l'inspection du travail au Burkina Faso, Maroc, Togo, Tunisie, Sénégal
AELE	Association européenne de libre-échange
AET	Attestation d'examen de type
AFS	Aide financière simplifiée
Afnor	Association française de normalisation
Afssa	Agence française de sécurité sanitaire des aliments
Afsset	Agence française de sécurité sanitaire de l'environnement et du travail
ANACT	Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail
ANI	Accord national interprofessionnel
ANR	Agence nationale pour la recherche
Anses	Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail
Aract	Association régionale pour l'amélioration des conditions de travail
ARS	Agence régionale de santé
ASEAN-OSHNET	Association of southeast asian nations - Occupational safety and health network/Association des nations de l'Asie du Sud-Est- réseau de santé et sécurité au travail
ASEM	Asia-Europe Meeting/Dialogue Asie-Europe
ASETUC	(ASEAN SETUC) / Association of southeast asian nations – Services employees trade union council/Association des nations de l'Asie du Sud-Est – Conseil du syndicat des employés de services
ASN	Autorité de sûreté nucléaire

BTP	Bâtiments et travaux publics
Branche AT/MP	Branche Accident du travail/Maladies professionnelles de l'assurance maladie (CNAMTS + INRS + Eurogip)
CAATA	Cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante
CARSAT	Caisse d'assurance retraite et de la santé au travail
Caces	Certificat d'aptitude à la conduite en sécurité
CCEN	Commission consultative d'évaluation des normes
CCMSA	Caisse centrale de la Mutualité sociale agricole
CEA	Commissariat à l'énergie atomique
Cemagref	Centre d'étude du machinisme agricole, du génie rural, des eaux et forêts
CEN	Comité européen de normalisation
CGSS	Caisse générale de sécurité sociale
CHRIT	Comité des hauts responsables de l'Inspection du travail (européen)
CHSCT	Comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail
CIPR	Commission internationale de protection radiologique
CLACT	Contrat local d'amélioration des conditions de travail
CLP	Classification, Labelling and Packaging of substances and mixtures
CMR	Substances cancérigènes, mutagènes ou reprotoxiques
Cnam	Conservatoire national des arts et métiers
CNAMTS	Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés
CNFPT	Centre national de la fonction publique territoriale
CNO	Convention nationale d'objectifs
CNRACL	Caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales
CNRS	Centre national de la recherche scientifique
COCT	Conseil d'orientation sur les conditions de travail
COFRAC	Comité français d'accréditation
COG AT/MP	Convention d'objectifs et de gestion pour la branche AT/MP
COWI	Christen Ostenfeld et Wriberg Jønson

CPOM	Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens
CRAM	Caisse régionale d'assurance maladie
CRPRP	Comité régional de prévention des risques professionnels
CRRMP	Comité régional de reconnaissance des maladies professionnelles
DAEI	Direction des affaires européennes et internationales
Dares	Direction de l'animation de la recherche, des études et des statistiques (ministère chargé du Travail)
DGAFP	Direction générale de l'administration et de la fonction publique
DGCL	Direction générale des collectivités locales
DGEFP	Délégation générale à l'emploi et à la formation professionnelle
DGOS	Direction générale de l'offre de soins
DGPR	Direction générale de la prévention des risques
DGRI	Direction générale pour la recherche et l'innovation
DGS	Direction générale de la santé
DGT	Direction générale du travail
DGTREN	Directorate-General for Transport and Energy/Direction générale de l'énergie et des transports
DIECCTE	Direction des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi
DIMSP	Direction de l'inspection médicale et de la sécurité au travail (Tunisie)
DIRECCTE	Direction régionale des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi
DO	Déclaration obligatoire
DREES	Direction de la recherche, des études et de l'évaluation statistique (ministère chargé de la Santé)
DSS	Direction de la sécurité sociale
DUER	Document unique d'évaluation des risques
ECHA	European Chemicals Agency
EPI	Équipement de protection individuelle

EPSCO	Emploi, politique sociale, santé et consommateurs
ERCA	Environmental restoration and conservation Agency (Japon)
ETUC	European trade union confederation/Confédération syndicale européenne
FACT	Fonds pour l'amélioration des conditions de travail
FCA	Fibres courtes d'amiante
FDS	Fiche de données de sécurité
FFA	Fibres fines d'amiante
FNSP	Fonds national de soutien relatif à la pénibilité
FNTP	Fédération nationale des travaux publics
G20	Groupe des vingt
GAST	Groupe d'alerte en santé au travail
GIP	International Groupement d'intérêt public international
GTNAF	Groupe de travail amiante et fibre
IALI	International association of labour inspection/Association internationale de l'inspection du travail
IMTMO	Inspection médicale du travail et de la main-d'œuvre
Inca	Institut national du cancer
INERIS	Institut national de l'environnement industriel et des risques
INRS	Institut national de recherche et de sécurité
Insee	Institut national de la statistique et des études économiques
Inserm	Institut national de la santé et de la recherche médicale
INTEFP	Institut national du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle
InVS	Institut de veille sanitaire
IOE	International organisation of employers/Organisation internationale des employeurs
IPRP	Intervenant en prévention des risques professionnels
IRSN	Institut de radioprotection et de sûreté nucléaire
IRSTEA	Institut national de recherche en sciences et technologies pour l'environnement et l'agriculture

ISO	International organization for standardization (Organisation internationale de normalisation)
ITUC	International trade union confederation/Confédération syndicale internationale
JOUE	Journal officiel de l'Union européenne
LOLF	Loi organique relative aux lois de finances
LEPI	Laboratoire d'analyse des particules inhalées
MAAPRAT	Ministère de l'Agriculture, de l'Alimentation, de la Pêche, de la Ruralité et de l'Aménagement du territoire
MEDDTL	Ministère de l'Écologie, du Développement Durable, des Transports et du Logement
META	Microscopie électronique à transmission analytique
MILDT	Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie
MPC	Moyens de protection collective
MOCP	Microscopie optique à contraste de phase
MODERNET	Monitoring trends in Occupational Diseases and New and Emerging Occupational Risks Network
MSA	Mutualité sociale agricole
OC	Organismes de certification
OCDE	Organisation de coopération et de développement économiques
OF	Organismes de formation
IOM	Opportunity investment management/Gestion d'opportunités d'investissement
OiRA	Online interactive risk assessment/Evaluation des risques interactive en ligne
OIT	Organisation internationale du travail
OMS	Organisation mondiale de la santé
OPCA	Organisme paritaire collecteur agréé
OPPBTP	Organisme professionnel de prévention du bâtiment et des travaux publics
ORST	Observatoire régional de santé au travail
PCR	Personne compétente en radioprotection

PIB	Produit intérieur brut
PIDESC	Pacte des Droits économiques sociaux et culturels
PMDIT	Plan de modernisation de l'Inspection du travail
PME	etites et moyennes entreprises
PNACP	Plan national d'actions coordonnées
PNACT	Plan national d'amélioration des conditions de travail
PNANACT	Plan d'amélioration des conditions de travail
PNR	Programme national de réforme
PNREST	Programme national de recherche en environnement santé travail
PNSE	Plan national santé environnement
PNSM	Programme national de surveillance des mésothéliomes
PST	Plan santé au travail
PRST	Plan régional de santé au travail
REACH	Règlement européen instaurant un système européen unique d'enregistrement (Registration), d'évaluation (Evaluation) et d'autorisation (Authorisation) des substances chimiques (CHemicals)
RFFST	Réseau francophone de formation en santé au travail
RNV3P	Réseau national de vigilance et de prévention des pathologies professionnelles
ROA	Rayonnements optiques artificiels
RPS	Risques psychosociaux
RSI	Régime social des indépendants
SAFSL	Service des affaires financières, sociales et logistiques (ministère chargé de l'Agriculture)
SCOEL	Comité scientifique en matière de limites d'exposition professionnelle
SGSST	Système de gestion efficace des dangers et des risques sur le lieu de travail
SIPEV	Syndicat des entreprises des peintures, encres et vernis
SISERI	Système d'information de la surveillance de l'exposition aux rayonnements ionisants

SEST	Programme “Santé environnement et Santé travail” de l’ANR
SGH	Système général harmonisé
SNETI	Syndicat national des entrepreneurs de travaux immergés
SST	Service de santé au travail
TAIEX	Technical assistance and information exchange instrument
TMS	Troubles musculo-squelettiques
TPE	Très petites entreprises
UCCSST	Unité de contrôle des conditions de santé et de sécurité au travail
UE	Union européenne
UIC	Union des industries chimiques
UIMM	Union des industries et métiers de la métallurgie
USIRF	Union des syndicats de l’industrie routière française
VLB	Valeurs limites biologiques
VLEP	Valeur limite d’exposition professionnelle
VUL	Véhicule utilitaire léger

ANNEXE 3**LISTE DES ENCADRÉS,
TABLEAUX, SCHÉMAS
ET GRAPHIQUES****ÉLÉMENTS DE POLITIQUE GÉNÉRALE****L'ORGANISATION DE LA PRÉVENTION DES RISQUES PROFESSIONNELS EN FRANCE**

La réorganisation du système d'Inspection du travail	91
Repères :	
- BRANCHE AT-MP	94
- CCMSA	96
- ANACT	98
- Anses	100
- InVS	101
- IRSN	103
- Irstea	104
- OPPBTP	106

SANTÉ ET SÉCURITÉ AU TRAVAIL : LES ACTIONS EUROPÉENNES ET INTERNATIONALES

Les objectifs stratégiques du programme quadriennal 2013-2016	128
Les analyses secondaires de la cinquième enquête sur les conditions de travail	128
CARIPT ou l'enquête SUMER aux couleurs de la Méditerranée	135
EUCOSH (EU-China Project on Occupational Health and Safety in High-Risk Sectors)	138

LES DONNÉES CHIFFRÉES

L'enquête SUMER 2010 : méthode et résultats	143
Transfert de la branche AT-MP à la branche maladie	147
Évolution des accidents du travail	148
Signification des indicateurs utilisés dans les statistiques d'accidents du travail et des maladies professionnelles	149
Évolution du nombre d'accidents de travail et des effectifs salariés entre 2008 et 2013	149
Évolution du nombre d'AT et de leur fréquence pour 1 000 salariés sur la période de 2002 à 2013	150
Indice de fréquence des accidents du travail 2013 par CARSAT	151

Répartition des sinistres en fonction des grandes catégories de déviation	152
Évolution comparée des effectifs salariés et du nombre d'AT par CTN (2012-2013)	154
Indicateurs statistiques 2013 par CTN	156
CTN A : Industries de la métallurgie	
- Indicateurs statistiques du CTN A pour 2008-2013	157
- Évolutions comparées des indicateurs de sinistralité 2003-2013	158
- Répartition des AT suivant le risque à l'origine de l'accident en 2013	158
- Nombre de salariés, d'AT et d'IF par type d'activité en 2012-2013	159
CTN B : Industries du bâtiment et des travaux publics	
- Indicateurs statistiques du CTN B pour 2008-2013	160
- Évolutions comparées des indicateurs de sinistralité 2003-2013	161
- Répartition des AT suivant le risque à l'origine de l'accident en 2013	161
- Nombre de salariés, d'AT et IF par type d'activité en 2012-2013	162
CTN C : Industries des transports, de l'eau, du gaz, de l'électricité, du livre et de la communication	
- Indicateurs statistiques du CTN C pour 2008-2013	163
- Évolutions comparées des indicateurs de sinistralité 2003-2013	164
- Répartition des AT suivant le risque à l'origine de l'accident en 2013	164
- Nombre de salariés, d'AT et IF par type d'activité en 2012-2013	165
CTN D : Services, commerces et industries de l'alimentation	
- Indicateurs statistiques du CTN D pour 2008-2013	166
- Évolutions comparées des indicateurs de sinistralité 2003-2013	167
- Répartition des AT suivant le risque à l'origine de l'accident en 2013	167
- Nombre de salariés, d'AT et IF par type d'activité en 2012-2013	168
CTN E : Industries de la chimie, du caoutchouc et de la plasturgie	
- Indicateurs statistiques du CTN E pour 2008-2013	169
- Évolutions comparées des indicateurs de sinistralité 2003-2013	170
- Répartition des AT suivant le risque à l'origine de l'accident en 2013	170
- Nombre de salariés, d'AT et IF par type d'activité en 2012-2013	171
CTN F : Industries du bois, de l'ameublement, du papier-carton, du textile, du vêtement, des cuirs et peaux et des pierres et terres à feu	
- Indicateurs statistiques du CTN F pour 2008-2013	172
- Évolutions comparées des indicateurs de sinistralité 2003-2013	173
- Répartition des AT suivant le risque à l'origine de l'accident en 2013	173
- Nombre de salariés, d'AT et IF par type d'activité en 2012-2013	174
CTN G : Commerces non alimentaires	
- Indicateurs statistiques du CTN G pour 2008-2013	175
- Évolutions comparées des indicateurs de sinistralité 2003-2013	176
- Répartition des AT suivant le risque à l'origine de l'accident en 2013	176

- Nombre de salariés, d'AT et IF par type d'activité en 2012-2013	177
CTN H : Activités de services I	
- Indicateurs statistiques du CTN H pour 2008-2013	178
- Évolutions comparées des indicateurs de sinistralité 2003-2013	179
- Répartition des AT suivant le risque à l'origine de l'accident en 2013	179
- Nombre de salariés, d'AT et IF par type d'activité en 2012-2013	180
CTN I : Activités de services II	
- Indicateurs statistiques du CTN I pour 2008-2013	181
- Évolutions comparées des indicateurs de sinistralité 2003-2013	182
- Répartition des AT suivant le risque à l'origine de l'accident en 2013	182
- Nombre de salariés, d'AT et IF par type d'activité en 2012-2013	183
Dénombrement des accidents de trajet pour les années 2009 à 2013	184
Évolution du nombre d'accidents de trajet en 1 ^{er} règlement et de leur fréquence pour 1 000 salariés sur la période 2003-2013	185
Répartition des accidents du travail avec arrêt selon le secteur d'activité de la victime en 2012	186
Évolution du taux de fréquence des accidents du travail avec arrêt de travail entre 2008 et 2012	187
Taux de fréquence les plus élevés des accidents du travail avec arrêt de travail en 2012	188
Évolution de l'indice de gravité des AT par CTN entre 2000 et 2012	190
Les circonstances des accidents du travail mortels de 2010 à 2012	191
Taux de fréquence des AT avec arrêt de travail en 2012 selon les catégories de salariés	192
Évolution de l'indice de fréquence des accidents de trajet avec arrêt (2008-2012)	193
Répartition des accidents du travail avec arrêt de travail selon le secteur d'activité de la victime en 2012	194
Répartition des AT selon l'élément matériel à l'origine des lésions	196
Part des agents ayant eu un accident du travail dans les trois versants de la fonction publique et dans le secteur privé en 2012	199
Répartition des accidents du travail notifiés en 2012 selon le sexe et la gravité par ministère	200
Répartition des accidents du trajet notifiés en 2012 selon le sexe et la gravité par ministère	202
Indicateurs de sinistralité au titre des accidents de travail et des accidents de trajets en 2011 et 2012	204
Indice de fréquence des accidents du travail (AT) et des accidents de trajet (ATR) dans la fonction publique hospitalière entre 2002 et 2012	204
Taux de gravité des accidents du travail (AT) et des accidents de trajet (ATR) dans la fonction publique hospitalière entre 2002 et 2012	205

Répartition des accidents du travail en fonction des métiers en 2012	206
Répartition des accidents du travail en fonction des circonstances de leur survenue en 2012	206
Indicateurs de sinistralité au titre des accidents de travail et des accidents de trajet en 2011 et 2012	207
Indice de fréquence des accidents du travail (AT) et des accidents de trajet (ATR) dans la fonction publique territoriale entre 2002 et 2012	208
Taux de gravité des accidents du travail (AT) et des accidents de trajet (ATR) dans la fonction publique territoriale entre 2002 et 2012	208
Répartition des accidents du travail en fonction des métiers en 2012	210
Répartition des accidents du travail en fonction des circonstances de leur survenue en 2012	210
Taux de sinistralité en fonction du statut des agents des SDIS en 2012	211
Évolution des maladies professionnelles	212
Dénombrement du nombre de maladies professionnelles entre 2008 et 2013	213
Évolution du nombre des principales maladies professionnelles sur la période 2008-2013	214
Dénombrement des maladies professionnelles en 1 ^{er} règlement pour les principaux tableaux de maladies professionnelles	216
Les cancers d'origine professionnelle en première indemnisation	218
Évolution des cancers professionnels reconnus entre 2008 et 2013	222
Évolution du coût des maladies professionnelles	222
Évolution du coût des maladies liées à l'amiante	223
Évolution du coût des TMS (tableaux n° 57, 69, 79, 97 et 98)	223
Évolution du nombre de maladies professionnelles, dont les TMS avec ou sans arrêt (2008-2012)	224
Répartition des principales maladies professionnelles avec ou sans arrêt en 2012	225
Taux de fréquence, indice de fréquence et nombre de TMS avec ou sans arrêt de travail en 2012	225
Évolution de l'indice de fréquence pour les MP avec ou sans arrêt entre 2008 et 2012	226
Nombre de maladies professionnelles reconnues en 2011 et 2012 selon les ministères	229
Part des agents exposés à des contraintes physiques en 2010 (en %)	230
Part des agents exposés à des risques chimiques ou biologiques en 2010	231
Part des agents exposés à des comportements hostiles ou des agressions en 2010	233

Indicateurs de sinistralité au titre des maladies professionnelles en 2011 et 2012	234
Indice de fréquence des maladies professionnelles dans la fonction publique hospitalière entre 2003 et 2012	234
Taux de gravité des maladies professionnelles dans la fonction publique hospitalière entre 2003 et 2012	235
Répartition des maladies professionnelles en fonction des métiers en 2012	236
Répartition des maladies professionnelles reconnues en 2012	236
Évolution de la part des TMS dans les MP reconnues de 2007 à 2012	237
Indicateurs de sinistralité au titre des maladies professionnelles en 2011 et 2012	238
Indice de fréquence et taux de gravité des maladies professionnelles dans la fonction publique territoriale entre 2003 et 2012	238
Répartition des maladies professionnelles en fonction des métiers en 2012	239
Répartition des maladies professionnelles reconnues en 2012	240
Évolution de la part des TMS dans les MP reconnues de 2007 à 2012	241
Effectif de salariés suivis par les services de santé au travail	243
Évolution de l'effectif de salariés suivis par les services de santé au travail	243
Caractéristiques des entreprises suivies par des SST	244
Caractéristiques des entreprises suivies en 2012	245
Nombre de services de santé au travail par catégorie	245
Évolution du nombre de services de santé au travail par catégorie	246
Taux de services de santé au travail agréés	247
Taux de services de santé au travail agréés en France métropolitaine en 2013	248
Évolution des effectifs de médecins du travail	249
Évolution des effectifs de médecins du travail depuis 2002	250
Nombre de médecins du travail par SSTI	250
Pyramide des âges des médecins du travail au 1 ^{er} janvier 2014	251
Répartition des médecins spécialistes en médecine du travail sur le territoire au 1 ^{er} janvier 2013	252
Formation d'origine des collaborateurs médecins	256
Domaines d'activité des IPRP enregistrés au 31 décembre 2013	257
Répartition des conseils délivrés en entreprise	259
Répartition des visites médicales	260
Répartition des visites médicales effectuées en 2012	260
Répartition des examens médicaux par type de SST	260

Évolution de la répartition des examens médicaux par type de SST	261
Part des examens médicaux dans le cadre de la SMR	261
Conséquences des visites médicales (tous types de service de santé au travail)	262
Évolution du nombre de contestations des avis des médecins du travail entre 2011 et 2013	263
Répartition des salariés par secteurs professionnels (année 2011)	264
Répartition des entreprises agricoles par secteurs professionnels en 2011	264
Répartition du temps consacré aux actions de tiers-temps et du nombre d'entreprises employant au moins un salarié par secteur d'activité agricole en 2012	267
Répartition du nombre d'actions par type d'action et par secteur en 2012	268
Répartition des actions en milieu de travail par type	268
Ventilation de l'activité de tiers-temps des médecins du travail selon les 5 ADN du PSST 2011-2015 pour l'année 2012	269
Ventilation de l'activité des services de prévention des risques professionnels du réseau MSA selon les ADN du PSST 2011-2015 pour l'année 2012	270
Répartition de l'activité des services de prévention des risques professionnels par secteurs visés dans le cadre de l'ADN TPE	272
Principaux thèmes abordés dans le cadre des actions relevant de l'AMI "Saisonniers" en 2012	273
Répartition des examens médicaux réalisés en 2012 par type et par secteur	273
Activité des infirmiers en MSA pour l'année 2012	275
Expositions à des facteurs de risques constatées parmi les salariés examinés en 2012	275
Pathologies à l'origine des inaptitudes définitives en 2012	276
Répartition du temps consacré aux consultations ou actions assimilées par type de motif	277
Salariés non affiliés au régime agricole en 2012	278

ACTIVITÉS COURANTES ET MISSIONS PERMANENTES

LE MINISTÈRE CHARGÉ DU TRAVAIL

Focus sur une action régionale : prévention du risque plomb sur les chantiers de rénovation du BTP	318
Focus sur une action régionale : suivi du chantier “GAZODUC”	321
Focus sur une action régionale : la prévention des risques professionnels dans les “drives alimentaires” (DIRECCTE de Lorraine)	327
Focus sur une action régionale : la prévention des risques d'exposition aux fumées de soudage (DIRECCTE Haute-Normandie)	329

LES ACTIVITÉS DES SERVICES CENTRAUX DU MINISTÈRE CHARGÉ DE L'AGRICULTURE

Les principaux résultats	347
Cartographie des risques pour la reproduction chez les femmes en agriculture	348
Rôle et composition du CPHSCT	362
Bilan de la constitution des CPHSCT	363
Travaux des CPHSCT	363

LA NÉGOCIATION COLLECTIVE SUR LES CONDITIONS DE TRAVAIL

Liste des textes abordant le thème des conditions de travail	386

LE CONSEIL D'ORIENTATION SUR LES CONDITIONS DE TRAVAIL ET LES COMITÉS RÉGIONAUX DE PRÉVENTION DES RISQUES PROFESSIONNELS

À propos du bilan du PST 2	394

LES ACTIVITÉS DES ORGANISMES DE PRÉVENTION

Activités des Comités techniques nationaux (CTN)	437
Une aide financière dans le secteur de la coiffure	439
Une étude comparative d'Eurogip sur huit pays	440
Un rapport européen sur la formation des managers	444
Travaux de l'ANACT au sein de la Haute autorité de santé : la certification, la qualité des soins et la qualité de vie au travail	449
Le <i>lean management</i> dans le secteur de la relation client (centres d'appels)	452
Bilan synthétique des doses externes passives – 2012 et 2011	491
Évolution des effectifs surveillés et de la dose collective de 1996 à 2012	492
www.preventionbtp.fr en chiffres	495
Étude de l'OPPBTP sur l'approche économique de la prévention	496

ACTIONS PRIORITAIRES ET STRUCTURANTES POUR 2013

LA RÉFORME DE LA MÉDECINE DU TRAVAIL

Représentation des organisations syndicales élues pour le poste de trésorier d'un SSTI	507
Répartition des agréments accordés depuis le 1 ^{er} juillet 2012 par durée	517
Seuil de salariés maximum suivis par équipe pluridisciplinaire	522
Taux de SST ayant réalisé un projet pluriannuel de service	523
Taux de SST ayant signé un CPOM	532
Chronologie des CPOM signés	533
Durée des CPOM signés	534
Thématiques des CPOM	540
Actions globales des CPOM	540

LA PRÉVENTION DE L'EXPOSITION AUX RISQUES CHIMIQUES

Exposition à l'amiante	568
Un cursus de formation des responsables techniques et qualité déployé par l'Institut national de recherche et de sécurité pour la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles (INRS)	570
Cas des entreprises devant entrer dans le champ de la certification au 1 ^{er} juillet 2013 couverture-bardage	573
Reconduction de la campagne nationale de sensibilisation des professionnels du BTP	575
Les actions de l'INRS pour sensibiliser les plombiers-chauffagistes aux risques liés à l'exposition à l'amiante	579
Un exemple de prévention des risques lors d'interventions dans les conteneurs maritimes : les travaux de l'INRS sur la ventilation des conteneurs	588
Synthèse d'une action menée pour le déchargement des navires du port de Lorient	589
Travaux de l'Anses sur les nanomatériaux manufacturés	595

EPI INTELLIGENTS : ANALYSE DES OPPORTUNITÉS ET DES RISQUES

Quatre nouvelles affiches et cinq dépliants de l'Institut national de recherche et de sécurité pour la prévention des maladies professionnelles et des accidents du travail (INRS) sur les EPI	602
Sécurité réglée	603
Sécurité gérée	604
Système de protection intelligent (AFNOR FD CEN/TR 16298)	605
De nouveaux outils développés pour la protection des salariés contre l'inhalation de polluants	609
Évolutions dans le cadre de la normalisation	611

LA PRÉVENTION DE LA PÉNIBILITÉ

L'action des DIRECCTE Auvergne et Champagne-Ardenne ciblées sur certains secteurs d'activité	636
Les bonnes pratiques mises en avant en Poitou-Charentes	637

Cet ouvrage, préparé annuellement par le ministère chargé du Travail, en lien avec les autres administrations concernées, est présenté aux partenaires sociaux, réunis au sein du Conseil d'orientation sur les conditions de travail (COCT), lors du second semestre 2014. Il dessine un panorama global de l'action en faveur de la prévention des risques professionnels et de l'amélioration des conditions de travail.

L'amélioration de la prévention des risques professionnels dépend tout autant de la capacité à renforcer la cohérence d'ensemble des dispositifs législatifs et réglementaires que de l'action conjuguée des différents acteurs économiques et sociaux.

Cet ouvrage, dans sa nouvelle édition, décrit le système français de prévention des risques professionnels, les principaux volets de la politique conduite en 2013 en matière de santé et de sécurité au travail ainsi que le cadre et les évolutions normatives de l'action européenne et internationale dans ce domaine. Il présente les principaux résultats statistiques permettant d'appréhender l'état des conditions de travail et de la sécurité sur les lieux de travail.

Il expose également l'actualité de l'activité du ministère chargé du Travail et du ministère chargé de l'Agriculture en matière d'amélioration des conditions de travail, aux niveaux national et territorial, ainsi que celle des instances de gouvernance et des organismes qui y concourent (COCT, Branche AT-MP, INRS, ANACT, Anses, InVS, IRSN, OPPBTP).

Cette nouvelle édition traduit également la place du dialogue social dans le domaine de la santé au travail : outre une présentation des résultats de la négociation collective en 2013, elle offre aux partenaires sociaux un espace pour exprimer leur vision des conditions de travail et de leur évolution en 2013.

Le *Bilan des conditions de travail* met enfin en lumière les actions prioritaires, nationales et territoriales suivantes, menées en lien avec le Plan santé au travail 2010-2014 :

- la réforme de la médecine du travail ;
- la prévention de l'exposition aux risques chimiques ;
- la prévention du risque hyperbare ;
- la prévention de la pénibilité.



Ministère du Travail, de l'Emploi, de la Formation professionnelle
et du Dialogue social

Direction générale du travail

Bureau des conditions de travail et de l'organisation de la prévention
39/43, quai André Citroën
75902 Paris cedex 15