



Inspection générale  
des affaires sociales

# Articulation entre santé au travail et santé publique : une illustration au travers des maladies cardiovasculaires

## **RAPPORT**

Établi par

Anne-Carole BENSADON

Philippe BARBEZIEUX

Membres de l'Inspection générale des affaires sociales

- Avril 2014 -

2013-127R



## SYNTHESE

La prévention primaire des maladies cardiovasculaires est aujourd'hui essentiellement axée sur les facteurs de risque classiques or le rôle de l'environnement professionnel est établi ce qui justifierait une prévention collective englobant tous ces facteurs.

L'interaction entre ces différents facteurs de risque et l'extrême complexité liée à la mise en évidence de causalité respective de ces différents facteurs constitue une des explications à la faible place laissée jusque là à la prévention des maladies cardiovasculaires dans la santé au travail, alors même que des auteurs, y compris en France, ont déjà attiré l'attention sur ce phénomène. D'autres raisons peuvent être évoquées qui renvoient aux modalités mêmes de construction du système de santé au travail. Il repose sur un triptyque associant responsabilité des employeurs, réparation et prévention avec un poids accordé à la prévention biaisé par les enjeux financiers et réglementaires liés aux deux autres points du triptyque.

Mieux anticiper et analyser les risques liés au travail pour les prévenir, notamment ceux liés à de nouvelles formes d'organisation du travail, suppose d'accorder toute sa place à la prévention. Les acteurs des services de la santé au travail et en particulier le médecin du travail jouent un rôle majeur dans ce domaine. Le vieillissement de la population a jusque là surtout été pensé en termes de maintien de l'autonomie. C'est également au défi du vieillissement des salariés en activité qu'il convient maintenant de s'attaquer. L'incidence des maladies cardiovasculaires et plus généralement des maladies chroniques augmentent avec l'âge. Le caractère multifactoriel des maladies cardiovasculaires et l'existence de facteurs liés à l'environnement professionnels justifient la prise en compte des maladies cardiovasculaires dans le cadre des démarches de prévention des risques professionnels menées en entreprise. Le futur plan national santé travail doit comporter, parmi les thématiques abordées, la prévention des maladies cardiovasculaires.

Permettre une qualité de vie au travail et le maintien dans l'emploi de salariés vivant avec ces maladies suppose de prendre la mesure de cet enjeu et en mettre en œuvre des stratégies adaptées. Ces stratégies doivent être impulsées et partagées par les acteurs concernés de la santé. La problématique du retour à l'emploi des travailleurs âgés avait du reste fait l'objet d'un précédent rapport IGAS<sup>1</sup>.

La sensibilisation des différents acteurs à l'enjeu des maladies cardiovasculaires au travail et plus généralement des maladies chroniques constitue un atout pour repérer des situations à risque et adapter au mieux l'orientation des personnes. Si les risques professionnels ont été soulignés, les interactions avec le mode de vie justifient que cette démarche s'inscrive dans un cadre de prévention globale.

Cette prévention doit articuler santé au travail et santé publique comme en témoignent les structures de santé qui font du maintien de l'activité professionnelle une dimension forte de la prise en charge du malade et les services de santé au travail qui se sont organisés pour gérer ce risque. L'entreprise apparaît ainsi comme un lieu de prévention. Le cloisonnement entre les différents acteurs peut être surmonté, puisque certaines entreprises et acteurs de santé publique ont réussi à articuler des interfaces favorables à l'élaboration du parcours de vie et de soins du salarié vivant avec une maladie chronique.

La prévention des maladies cardiovasculaires contribue par ailleurs à réduire les inégalités sociales. Rappelons que, s'agissant par exemple des maladies cardiovasculaires, les personnes au chômage présentent des risques accrus de développer une maladie cardiovasculaire ; une fois neutralisé l'effet « travailleur sain ».

---

<sup>1</sup> Daniel C, Eslous L, Karvar A, Retour à l'emploi des seniors au chômage, rapport IGAS, septembre 2013

Si l'entreprise a un rôle à jouer, les stratégies à mettre en œuvre supposent de s'intéresser à la promotion de mesures efficaces et adaptées relevant clairement de la santé publique. Dans cette optique, les données sur la santé au travail mériteraient d'être structurées et optimisées et de s'inscrire dans le cadre d'une politique globale d'amélioration des connaissances sur la santé au travail.

L'interface entre les médecins confrontés aux problématiques de santé au travail, médecins du travail mais également médecins généralistes, spécialistes de ville et hospitaliers est complexe. Une enquête de l'INPES réalisée en 2009 montrait que 61 % des médecins généralistes s'estimaient plutôt mal informés sur les maladies professionnelles et les problèmes de santé au travail. Des formations sur la santé au travail doivent être proposées aux cliniciens dans le cadre du développement professionnel continu.

Par ailleurs, le fait que le médecin du travail soit soumis au secret médical et exerce en toute déontologie ne protège pas le salarié des conséquences sur son emploi de la connaissance sur sa santé que le médecin du travail aura acquis lors ces temps d'échange. Ainsi, la question omniprésente de l'aptitude vient-elle polluer les relations entre le salarié, l'employeur et le médecin du travail.

S'agissant du maintien et du retour à l'emploi, de nouvelles organisations doivent être envisagées pour permettre une meilleure accessibilité à l'éducation thérapeutique du patient (ETP) qui intègre en théorie la dimension « travail ». Les modalités d'autorisation devraient être plus souples et le financement adapté afin de favoriser le développement de l'ETP en ambulatoire et son accessibilité sur l'ensemble du territoire. Les pratiques infirmières avancées des systèmes de santé étrangers apparaissent également intéressantes dans le cadre de la prise en charge de malades souffrant de pathologies chroniques et notamment d'affections cardiovasculaires. Des centres de soins de suite et de réadaptation cardiovasculaires ont fait du retour à l'emploi un objectif majeur. Dans ses recommandations concernant la pratique de la réadaptation cardiovasculaire chez l'adulte, la Société française de cardiologie (groupe exercice réadaptation sport –GERS-) précise que la reprise du travail est un des objectifs de la réadaptation cardiovasculaire avec des impacts tant au plan humain que médico-économique<sup>2</sup>. Les critères d'orientation des patients vers ces structures doivent être mieux définis

Cette articulation entre santé au travail et santé publique se traduit également au travers des programmes de prévention pour la santé que développent certaines entreprises. Il s'agit de démarches volontaires qui contribuent à la promotion de la santé des salariés. Certaines entreprises ont développé des programmes dans ce sens, dans un rôle que l'on pourrait qualifier d'acteurs de santé publique.

Ces démarches de promotion de la santé sont plutôt mises en œuvre par de grandes entreprises. Leur initiation par des services de santé au travail dans un cadre mutualisé pourrait être une piste pour faciliter leur développement dans de petites entreprises. Toutefois, il s'agit de compromis difficiles à trouver car ces démarches ne peuvent conduire à utiliser des ressources qui doivent être consacrées à la prévention des risques professionnels. Cela explique que la promotion de la santé, contrairement à la prévention des risques professionnels ne puisse que se situer dans un contexte de volontariat.

Cette articulation entre santé au travail et santé publique trouve aussi sa place pour aider à faciliter le maintien dans l'emploi des salariés.

---

<sup>2</sup> Pavy Ba et Al, Recommandations du Groupe Exercice Réadaptation Sport (GERS) de la société française de cardiologie concernant la pratique de la réadaptation cardiovasculaire chez l'adulte, version3

La sensibilisation sur les maladies cardiovasculaires au travail ne doit pas conduire à l'éviction de certains salariés ou de certains métiers au sein des entreprises. En effet, le fondement de la médecine du travail renvoie bien à une gestion interne des risques et non à leur externalisation. Or, les démarches de prévention des maladies cardiovasculaires peuvent susciter des effets anxiogènes sur l'ensemble des acteurs dont il faut tenir compte. Il importe de communiquer de façon claire sur ces questions vis-à-vis de l'ensemble des acteurs concernés pour éviter les idées fausses qui aboutiraient à une stigmatisation des malades atteints de pathologies cardiovasculaires.

Les associations de malades constituent des partenaires incontournables dans ce domaine.

Les différents interlocuteurs que la mission a rencontrés ont souligné toute l'importance de l'anticipation et d'une approche globale de cette question. Cela suppose que des échanges puissent avoir lieu sur les situations de travail afin de mettre en place, au-delà des adaptations individuelles, des démarches collectives d'adaptation des conditions de travail.

Le maintien dans l'emploi nécessite l'implication de tous au sein des entreprises. En premier lieu des cadres dirigeants à qui il revient de les impulser, dans le cadre plus vaste de la qualité de vie au travail, facteur de productivité et de compétitivité.

Il convient que l'ensemble des intervenants du champ de la santé puisse faire de l'environnement travail un questionnement systématique, à l'instar de « public health in all policies » qui guide les politiques de santé publique. La mise en œuvre de la stratégie nationale de santé et l'élaboration du troisième plan santé au travail constituent des atouts certains pour sensibiliser les acteurs concernés et développer ce type d'approche.



# Sommaire

SYNTHESE.....	3
RAPPORT.....	11
INTRODUCTION .....	11
<b>1 LES MALADIES CARDIOVASCULAIRES ONT UNE ORIGINE MULTIFACTORIELLE MAIS CERTAINES SITUATIONS DE TRAVAIL NE SONT PAS ASSEZ PRIS EN COMPTE.....</b>	<b>15</b>
1.1 L'analyse de la littérature scientifique met en évidence, au côté des facteurs de risque classique, la réalité de facteurs de risques professionnels dans ce domaine.....	15
1.1.1 Agents chimiques.....	16
1.1.2 Contraintes physiques .....	17
1.1.3 Contraintes organisationnelles.....	19
1.1.4 Stress au travail.....	23
1.1.5 Interaction des facteurs de risque.....	26
1.2 La prévention des maladies cardiovasculaires en milieu de travail prend tout son sens du fait des évolutions sociétales et de l'avancée en âge des travailleurs actifs.....	27
1.2.1 La part de décès liés aux maladies vasculaires diminue mais les facteurs de risques évoluent également.....	27
1.2.2 Un fort impact de l'âge sur la survenue des maladies cardiovasculaires .....	29
1.2.3 Des salariés qui aujourd'hui partent à la retraite à l'issue de la survenue d'une maladie ou d'un handicap .....	30
1.2.4 Une augmentation prévisible de l'âge des salariés en activité .....	31
1.3 Une prévention adaptée des maladies cardiovasculaires peut contribuer à réduire les inégalités sociales .....	32
1.3.1 Les maladies cardiovasculaires touchent prioritairement les personnes les plus défavorisées .....	32
1.3.2 Une population de travailleurs a plus de chance d'être en bonne santé qu'une population inactive.....	34
1.3.3 Le chômage est un facteur de risque cardiovasculaire avec une relation dose-effet.....	35
1.4 L'ensemble des acteurs de prévention sont principalement mobilisés sur la prévention des TMS, RPS et CMR et pas sur le risque cardiovasculaire .....	36
1.4.1 Les TMS, RPS et CMR sont des priorités de la COG identifiées à partir des données de sinistralité .....	36
1.4.2 Le risque cardiovasculaire n'est pas à ce jour identifié en tant que tel dans les statistiques de sinistralité de la branche AT-MP .....	37
1.4.3 Les actions de préventions des risques professionnels procèdent d'une approche globale qui englobe la prévention des maladies cardiovasculaires.....	38
1.5 De nombreux systèmes d'informations ont été mis en place pour améliorer la connaissance sur la santé au travail .....	39
1.5.1 Les rapports annuels d'activité (RAM) des médecins du travail sont peu exploitables en l'état .....	39
1.5.2 Le programme de surveillance des maladies à caractère professionnel piloté par l'InVs constitue un atout pour améliorer la connaissance de la santé au travail .....	40
1.5.3 L'InVS met en place des cohortes prospectives permettant un recueil d'informations très large en termes de données professionnelles (Cohortes Coset) .....	41
1.5.4 Un programme d'alerte concernant les événements inhabituels en milieu de travail est maintenant déployé sur plusieurs régions.....	42
1.5.5 L'exploitation de la base nationale RnV3P peut améliorer les connaissances dans le domaine des risques professionnels.....	43
1.5.6 Le dispositif Evrest vise à mettre en relation conditions de travail et état de santé des salariés.....	44

1.5.7 Les données de la Caisse nationale d'assurance maladie permettent une approche partielle du poids des maladies cardiovasculaires .....	46
<b>2. DES DEMARCHES DE PREVENTION DES RISQUES CARDIOVASCULAIRES ET DE PROMOTION DE LA SANTE SONT DEVELOPPEES PAR CERTAINES ENTREPRISES ET PAR DES SERVICES DE SANTE AU TRAVAIL MAIS RESTENT EN GENERAL DIFFICILES A METTRE EN ŒUVRE .....</b>	<b>47</b>
2.1 La question de la promotion de la santé en entreprise fait débat et le développement de la prévention rencontre des difficultés liées au contexte général de la santé au travail .....	47
2.1.1 Le contexte de pénurie de médecins du travail pèse sur l'exercice des missions.....	47
2.1.2 L'évolution des modes de travail rend difficile un suivi longitudinal des salariés .....	51
2.1.3 La notion de poste de travail est moins pertinente en raison de l'éclatement des temps et les lieux de travail.....	53
2.1.4 La question de l'inaptitude complique le dialogue entre salarié et médecin du travail .....	53
2.2 L'entreprise est lieu de prévention et peut, sous certaines conditions, participer au développement de la promotion à la santé.....	54
2.2.1 Des démarches de prévention individuelle et collective contribuant à la prévention des maladies cardiovasculaires ont été mise en œuvre par des entreprises .....	55
2.2.2 Des programmes et actions ont été développés dans le domaine de la promotion de la santé en entreprise .....	59
<b>3. REPENSER LES JEUX D'ACTEURS ET LES PROCESSUS ET ARTICULER SANTE PUBLIQUE ET SANTE AU TRAVAIL APPARAÎT INCONTOURNABLE .....</b>	<b>62</b>
3.1 Le maintien dans l'emploi et le retour dans l'emploi des salariés supposent d'actionner les outils managériaux .....	62
3.1.1 L'absence de possibilité de reclassement constitue une difficulté majeure .....	62
3.1.2 Le reclassement peut être facilité par la mise en œuvre d'une véritable politique de gestion des carrières au sein de l'entreprise .....	64
3.1.3 La sensibilisation et la motivation des cadres dirigeants, des cadres de proximité et du collectif de travail sont incontournables .....	65
3.1.4 La nature des risques justifie une démarche collective .....	68
3.1.5 Des gestionnaires de cas pourraient intervenir dans les cas complexes de réinsertion, à l'instar de ce qui est réalisé dans d'autres pays .....	70
3.2 Des processus à repenser pour permettre au salarié des décisions éclairées et lui faciliter le maintien ou le retour à l'emploi .....	70
3.2.1 Le salarié est souvent confronté à la décision d'évoquer ou pas un problème de santé avec le médecin du travail.....	70
3.2.2 L'ensemble des acteurs de santé doit se mobiliser dans le cadre d'une démarche de prévention.....	72
<b>CONCLUSION .....</b>	<b>85</b>
<b>LES RECOMMANDATIONS DE LA MISSION.....</b>	<b>87</b>
<b>LISTE DES PERSONNES RENCONTREES.....</b>	<b>89</b>
<b>ANNEXE 1 : MODELES D'ANALYSE DES RISQUES PSYCHOSOCIAUX.....</b>	<b>97</b>
<b>ANNEXE 2 : QUELQUES DISPOSITIONS REGLEMENTAIRES SUR LA SANTE AU TRAVAIL.....</b>	<b>99</b>
<b>ANNEXE 3 : PROGRAMMES ET ACTIONS INTERNATIONAUX DE PROMOTION DE LA SANTE .....</b>	<b>101</b>
<b>ANNEXE 4 : EXEMPLE DE DEMARCHE AYANT BENEFICIE DU LOGO PNNS.....</b>	<b>107</b>



---

ANNEXE 5 : INITIATIVES D'ENTREPRISE DANS LE DOMAINE DE LA PREVENTION DES MALADIES CARDIOVASCULAIRES .....	109
ANNEXE 6 : LISTE DES PROPOSITIONS DU PLAN CANCER.....	113
SIGLES UTILISES .....	115



# RAPPORT

## *Préambule*

*La santé publique est définie en 1920 par Charles Edward Winslow comme la science et l'art de prévenir les maladies, de prolonger la vie et de promouvoir la santé et l'efficacité physiques, à travers les efforts coordonnés de la communauté pour l'assainissement de l'environnement, le contrôle des infections dans la population, l'éducation de l'individu aux principes de l'hygiène personnelle, l'organisation des services médicaux et infirmiers pour le diagnostic précoce et le traitement préventif des pathologies, le développement des dispositifs sociaux qui assureront à chacun un niveau de vie adéquat pour le maintien de la santé, l'objet final étant de permettre à chaque individu de jouir de son droit inné à la santé et à la longévité.*

*Depuis, l'Organisation mondiale de la santé a continué d'étendre le champ de la santé publique qui inclut notamment tous les systèmes de promotion de la santé, de prévention et de lutte contre la maladie. Les déterminants sociaux et environnementaux y ont toute leur place. Ainsi la santé au travail participe-t-elle de la santé publique. Pour certains, elle fait partie de la santé publique. Mais la mission n'a pas souhaité entrer dans ce type de débat.*

*Il lui est néanmoins apparu nécessaire d'interroger les articulations entre santé publique et santé au travail, dans le cadre d'une démarche pragmatique, au travers d'un problème de santé concret.*

*De même la notion de prévention a considérablement évolué. Si les définitions selon le stade de la maladie (prévention primaire, secondaire et tertiaire) demeurent acceptées, elles sont aujourd'hui complétées par d'autres approches, dans le souci d'une prévention globale qui comprend la promotion de la santé.*

*Sans porter de jugement sur ces approches qui ont montré leur intérêt, la mission a souhaité continuer à différencier, même si cela peut paraître artificiel, prévention des risques et promotion de la santé, afin de mettre en avant des pratiques qui existent et permettent d'articuler santé publique et santé au travail, sans remettre en cause une réforme toute récente sur les services de santé au travail.*

## INTRODUCTION

L'IGAS a inscrit la santé au travail parmi les priorités de son programme pluriannuel de travail 2012-2014. Après un premier rapport qui prenait appui sur quatre pathologies traçantes afin d'identifier les interactions entre santé et travail, l'IGAS s'est fixée pour objectif d'étudier l'articulation entre santé au travail et santé publique afin de proposer des évolutions visant à accroître les synergies dans ce domaine.

Anne-Carole Bensadon et Philippe Barbezieux, membres de l'IGAS et auteurs du premier rapport, ont été missionnés pour mener à bien ces travaux. Tout comme pour le premier rapport, ils ont bénéficié de l'aide de François-Olivier Champs, stagiaire à l'IGAS, mais cette fois pour une durée de 1 mois.

La mission ne concerne que les salariés du secteur privé et non ceux des secteurs public, agricole et sanitaire et social. En effet, les spécificités de chaque secteur méritent d'être prises en compte, qu'ils s'agissent des obligations de service public, des statuts d'emploi ou encore des risques particuliers. En outre, les évolutions à envisager devraient intégrer le cadre complexe qui s'impose à chacun d'eux.

Pour mener à bien ses travaux, la mission a procédé par entretiens, visites sur site et analyse de la littérature, notamment internationale. Elle a rencontré des institutionnels, les partenaires sociaux représentés au Conseil d'orientation des conditions de travail (COCT), organisations syndicales de salariés et organisations d'employeurs, les principales sociétés savantes concernées et des personnalités qualifiées. Elle s'est rendue en région Centre et Nord Pas de Calais. Enfin, elle s'est appuyée sur les expériences menées par des services de santé au travail et des entreprises.

La méthodologie retenue pour ces travaux s'inscrit dans la même logique que pour le rapport précédent et utilise une pathologie traçante. Ainsi, la question de l'articulation entre santé au travail et santé publique sera abordée au travers de l'exemple concret des maladies cardiovasculaires.

Les maladies cardio-vasculaires (MCV) peuvent être considérées comme des maladies chroniques. Elles regroupent un certain nombre de troubles affectant le cœur et les vaisseaux sanguins dont les cardiopathies ischémiques ou maladies coronariennes (syndrome coronaire aigu ou infarctus du myocarde par exemple), les maladies cérébrovasculaires (accident vasculaire cérébral notamment), les maladies vasculaires périphériques, les maladies hypertensives et l'insuffisance cardiaque<sup>3</sup>.

Comme le rappelle la Société européenne de cardiologie (SEC), « *Première cause de mortalité en Europe, les maladies cardiovasculaires sont à l'origine d'environ 40 % des décès soit l'équivalent de 2 millions de décès chaque année. Même si la France semble moins touchée que les pays anglo-saxons ou d'Europe du Nord par les maladies cardiovasculaires, celles-ci restent la deuxième cause de mortalité masculine dans l'hexagone et la première cause pour les femmes* »<sup>4</sup>. Il s'agit donc d'un enjeu majeur de santé publique.

Cette thématique offre l'occasion d'aborder le volet prévention lié aux situations de travail et notamment aux nouvelles organisations. Elle permet également, compte tenu du poids des facteurs de risque classiques des maladies cardiovasculaires (notamment hypertension artérielle, dyslipidémies, tabagisme, diabète) attribués le plus souvent aux comportements individuels, de traiter de la pertinence de l'entreprise comme lieu de prévention globale des risques cardiovasculaires et plus généralement de promotion de la santé.

La première Conférence internationale pour la promotion de la santé, réunie à Ottawa a adopté le 21 novembre 1986 une « charte » en vue de contribuer à la réalisation de l'objectif de la santé pour tous d'ici à l'an 2000 et au-delà.

*« La promotion de la santé a pour but de donner aux individus davantage de maîtrise de leur propre santé et davantage de moyens de l'améliorer. Pour parvenir à un état de complet bien être physique, mental et social, l'individu, ou le groupe, doit pouvoir identifier et réaliser ses ambitions, satisfaire ses besoins et évoluer avec son milieu ou s'y adapter. »*<sup>5</sup>

La charte précise notamment que la promotion de la santé appuie le développement individuel et social, grâce à l'information, à l'éducation pour la santé et au perfectionnement des aptitudes indispensables à la vie. Elle souligne l'importance de permettre aux gens d'apprendre à faire face à tous les stades de leur vie et à se préparer à affronter les traumatismes et les maladies chroniques. Il est noté que ce travail doit être facilité dans le cadre scolaire, familial, professionnel et communautaire.

---

<sup>3</sup> Pour plus de détail le lecteur se reportera utilement au dossier réalisé par l'Institut national de veille sanitaire <http://www.invs.sante.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-chroniques-et-traumatismes/Maladies-cardio-vasculaires/Les-cardiopathies-ischemiques>

<sup>4</sup> Communiqué de presse de la société européenne de Cardiologie, Congrès août 2011, Sophia antiopolis

<sup>5</sup> Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé. Première conférence internationale sur la promotion de la santé. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 1986

Pour l'Organisation mondiale de la santé (OMS), le milieu de travail influe directement sur le bien-être physique, mental économique et social des travailleurs et également sur la santé de leurs familles, des communautés et de la société. Il offre un cadre et une infrastructure idéale pour soutenir la promotion de la santé d'un large public<sup>6</sup>.

Le concept de la promotion de la santé en milieu de travail (workplace health promotion) lui apparaît de plus en plus pertinent notamment du fait de la mondialisation qui conditionne la réussite à la possibilité de bénéficier d'employés en bonne santé, qualifiés et motivés.

L'OMS note que pour les nations, le développement de la promotion de la santé au travail sera un pré-requis pour le développement social et économique durable.

Les travaux du groupe de travail n°6 de l'OMS activité de promotion de la santé soulignent que l'éducation à la santé peut aider les travailleurs à éviter les effets négatifs combinés de facteurs de risques liés au mode de vie et des expositions professionnelles. Ils concluent que les politiques publiques des pays en matière de promotion de la santé doivent inclure la stratégie de promotion de la santé au travail.

Du point de vue de la santé au travail, le choix des maladies cardiovasculaires peut paraître étonnant au premier abord. En effet, elles ne constituent pas, loin s'en faut, une des causes les plus fréquentes de la sinistralité que répertorie et indemnise la Caisse nationale d'assurance maladies des travailleurs salariés dans sa branche accidents du travail – maladies professionnelles (CNAMTS-ATMP). Il ne s'agit donc pas d'un sujet prioritaire si l'on se place du point de vue de la réparation. Ce sont les troubles musculo squelettique (TMS), des risques psychosociaux (RPS) et les risques cancérigènes, mutagènes et reprotoxiques (CMR) qui constituent les principales causes de sinistralité.

Mais la santé au travail ne peut être réduite à ce seul champ.

D'un point de vue historique, la loi du 30 octobre 1946, qui rattache la réparation des AT-MP à la sécurité sociale, lie réparation et prévention<sup>7</sup>. L'exposé des motifs souligne qu'il « *s'agit d'établir un système tendant à prévenir et à combattre les AT et MP envisagés comme des risques sociaux et sous l'angle de leurs conséquences sociales* ». L'accentuation du rôle de prévention des services de santé au travail est un des axes affichés de la réforme de la médecine du travail et des services de santé au travail. La circulaire de la Direction générale du travail (DGT) du 9 novembre 2012 rappelle que le médecin du travail est souvent l'acteur de prévention le plus présent dans les entreprises et qu'il est « *capable, par son action en milieu de travail et le suivi individuel de la santé des salariés, d'appréhender l'ensemble des facteurs pouvant avoir des conséquences sur la santé des salariés tant d'un point de vue collectif qu'individuel* »<sup>8</sup>. Elle souligne la nécessité de faire évoluer les services de santé au travail vers des services de prévention privilégiant les actions de prévention primaire. Ce fut autrefois le cas pour le dépistage de la tuberculose avec succès d'ailleurs. La circulaire précitée insiste notamment sur l'importance de la question du maintien dans l'emploi.

Dans ce contexte et dans une optique où la prévention apparaît essentielle, le choix des maladies cardiovasculaires prend tout son sens.

La prévention de ces facteurs de risque s'inscrit sans ambiguïté dans les missions du médecin du travail et, plus largement, des services de santé au travail.

---

<sup>6</sup> Site OMS The workplace: A priority setting for health promotion

<sup>7</sup> Naissance et évolution de l'idée de prévention des risques professionnels, INRS, 2008

<sup>8</sup> 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

La mission n'a pas souhaité entrer dans un débat scientifique sur une définition de la part attribuable des différents facteurs de risque qui pourraient être liés au travail dans l'apparition de maladies cardiovasculaires. Elle s'est attachée à restituer la littérature scientifique dans ce domaine en vue de montrer l'intérêt d'une démarche de prévention de ces risques professionnels individuelle et collective. Si les facteurs de risque cardiovasculaires non liés au travail ne relèvent pas de la responsabilité de l'employeur, le médecin du travail est conduit à considérer le patient dans sa globalité. Il importe qu'il intègre l'ensemble des facteurs de risque cardiovasculaires, professionnels ou non, afin d'apprécier la situation du salarié face à des conditions de travail qui peuvent constituer un facteur aggravant.

L'équilibre à trouver est parfois complexe entre le risque lié à des conditions de travail qui pourront poser problème à certains salariés, le risque d'éviction du monde du travail dont l'impact sur la santé est majeur, comme cela a été démontré à plusieurs reprises, et la position de l'employeur dont la responsabilité peut être mise en cause dans certains cas.

L'augmentation de facteurs de risque cardiovasculaire (en particulier, tabac, diabète obésité), le vieillissement attendu de la population active, renforcent la pertinence de la prévention des risques professionnels chez des salariés présentant d'autres facteurs de risque.

En outre, favoriser le maintien dans l'emploi de salariés qui ont eu une maladie cardiovasculaire constitue et va constituer un enjeu important. Cet enjeu rejoint pour partie celui de l'emploi des salariés de plus de 50 ans. Une étude de l'INSEE publiée en juin 2013 concernant l'ensemble des salariés (secteur public et privé) montre qu'en 2012 « deux tiers des retraités sexagénaires sortis du marché du travail après 50 ans sont passés directement de l'emploi à la retraite. Pour le tiers restant les trajectoires de fin de carrière sont marquées par le chômage, les problèmes de santé, la préretraite ou encore les contraintes familiales »<sup>9</sup>. Le pourcentage des salariés qui n'étaient pas en emploi avant leur retraite est de 41 % si l'on considère uniquement les salariés du secteur privé.

La mission a abordé ces différentes thématiques, ainsi que celle de la pertinence de l'entreprise comme lieu de promotion de la santé. Pour ce faire, elle s'est appuyée sur l'analyse de la littérature, sur des entretiens notamment avec les partenaires sociaux, les acteurs institutionnels, les sociétés savantes concernées, des personnalités qualifiées. Elle a également réalisé une analyse internationale et des visites en régions afin de mieux comprendre les interactions entre les différents acteurs et de bénéficier de l'enseignement d'expériences concrètes mises en œuvre par certaines entreprises dans ces domaines.

A partir de l'exemple des maladies cardiovasculaires, la mission s'est efforcée de répondre aux questions suivantes :

- Comment mieux anticiper et analyser les risques liés au travail pour les prévenir, notamment ceux liés à de nouvelles formes d'organisation du travail ?
- Comment améliorer la dynamique d'articulation entre santé au travail, santé publique et santé environnementale ?
- Quelles pistes concrètes pourraient favoriser le maintien dans l'emploi des salariés malades ?
- L'Entreprise peut-elle jouer un rôle comme lieu de promotion de la santé ?

---

<sup>9</sup> Govillot S, Le passage de l'emploi à la retraite. Travailler pendant la retraite, une situation qui se développe, division Emploi, Insee, Insee Première N°1449 - juin 2013

Pour répondre à ces questions, la mission analyse, dans une première partie, les facteurs de risque cardiovasculaires en insistant sur ceux en rapport avec des situations de travail, puis dans une deuxième partie présente les démarches de prévention et de promotion de la santé dont elle a pu prendre connaissance ainsi que le contexte général dans lequel elles interviennent. Sur la base de l'analyse des facteurs de risque cardiovasculaires et des actions mises en œuvre, la troisième partie propose un certain nombre d'orientations pour repenser les jeux d'acteurs et mieux articuler santé publique et santé au travail.

## **1 LES MALADIES CARDIOVASCULAIRES ONT UNE ORIGINE MULTIFACTORIELLE MAIS CERTAINES SITUATIONS DE TRAVAIL NE SONT PAS ASSEZ PRIS EN COMPTE**

### **1.1 L'analyse de la littérature scientifique met en évidence, au côté des facteurs de risque classique, la réalité de facteurs de risques professionnels dans ce domaine**

Une analyse de la DARES<sup>10</sup>, publiée en mars 2012, a étudié l'évolution des risques professionnels dans le secteur privé entre 1994 et 2010. Elle s'est basée pour cela sur l'enquête SUMER (surveillance médicale des expositions aux risques professionnels) lancée et gérée conjointement par la DGT et la DARES et réalisée en 2009-2010 par 2400 médecins du travail auprès de 48 000 salariés du secteur privé, des hôpitaux publics et d'une partie de la fonction publique d'Etat et des collectivités territoriales. Deux autres enquêtes SUMER datant de 1994 et de 2003 et réalisées selon le même protocole ont également été étudiées afin de permettre une comparaison dans le temps des expositions professionnelles.

Les facteurs de risque de maladies cardiovasculaires classiquement décrits sont ceux liés aux caractéristiques des individus (marqueurs de risque tels que l'âge, le sexe, certains antécédents personnels et familiaux) et aux comportements individuels (essentiellement hypertension artérielle, dyslipidémies, tabagisme, diabète, syndrome métabolique<sup>11</sup>). Les Pr A Chamoux et PY Malaville, soulignent que « *Les neuf facteurs de risque cardiovasculaires combinés (taux anormal de lipides dans le sang, tabagisme, hypertension artérielle, diabète, obésité abdominale, stress, consommation d'alcool, consommation réduite de fruits et légumes, et pratique insuffisante d'une activité physique) permettent de prévoir 90 % des risques cardiovasculaires. Pourtant ces statistiques ne prennent pas ou peu en compte les décès liés à l'environnement de travail. Ainsi, à côté de rares expositions toxiques professionnelles recensées, de nouveaux facteurs de risque cardiovasculaires le stress résultant de contraintes psychologiques au travail, et le travail posté...* »<sup>12</sup>.

L'InVS note également que l'environnement professionnel joue un rôle de plus en plus important dans la morbidité et la mortalité cardiovasculaire<sup>13</sup>. Les auteurs rappellent que les effets des facteurs de risque professionnels sur l'étiologie et la progression des maladies cardiovasculaires (MCV) sont étayés par de nombreux travaux. Ils soulignent que rôle de l'environnement professionnel dans la survenue des maladies cardiovasculaires qui a été longtemps débattu est clairement établi maintenant

La mission relate ici, au travers de plusieurs études, les différents facteurs de risque de maladies cardiovasculaires. Ils n'ont pas tous le même poids.

<sup>10</sup> DARES. L'évolution des risques professionnels dans le secteur privé entre 1994 et 2010 : premiers résultats de l'enquête SUMER. Mars 2012.

<sup>11</sup> L'InVS rappelle les principaux critères diagnostiques du syndrome métabolique : HTA, obésité abdominale, augmentation des triglycérides, diminution du HDL cholestérol, et augmentation de la glycémie à jeun

<sup>12</sup> Chamoux A, Malaville PY, Pathologies cardiovasculaires professionnelles, EMC, 2010, Elsevier Masson

<sup>13</sup> Diène E, Fouquet A, Maladies cardiovasculaires et facteurs de risques professionnels, InVS, Département santé et travail à paraître

### 1.1.1 Agents chimiques

Dans les agents chimiques, certains composés organiques ou minéraux sont suspectés, avec des preuves scientifiques plus ou moins établies, de provoquer après une intoxication aiguë et/ou chronique des troubles tensionnels ou rythmiques pouvant aboutir, dans de rares cas, à des infarctus du myocarde.

Ainsi, le benzo[a]pyrène serait impliqué dans la survenue d'athérosclérose par mutation des cellules musculaires des artères coronaires<sup>14</sup>. Une autre étude<sup>15</sup>, réalisée en 2005 sur 12 367 travailleurs, a quant à elle montré une mortalité par cardiopathie ischémique plus élevée chez les travailleurs exposés à ce composé.

Concernant le monoxyde de carbone, des séquelles cardiaques graves ont été observées à la suite d'intoxications ayant conduit à une hypoxie prolongée. Ces intoxications sont le plus souvent accidentelles et font suite à une exposition chronique aux gaz d'échappement (parc de stationnement, appareil de chauffage défectueux...) <sup>16</sup>.

Il a également été montré qu'une exposition chronique à de faibles doses de monoxyde de carbone favoriserait le développement d'une ischémie myocardique à l'effort chez les sujets ayant une coronaropathie préexistante <sup>17</sup>.

Parmi les composés minéraux, l'antimoine, l'arsenic, le mercure et le plomb sont également susceptibles, par intoxication aiguë ou chronique, d'induire une toxicité cardiovasculaire mais la mission a retrouvé peu d'études qui portent sur ce sujet.

Une baisse de l'exposition aux agents chimiques a été observée en France depuis 2003. Ainsi, en 2010, un tiers des salariés du secteur privé a été exposé à au moins un produit chimique lors de la dernière semaine travaillée précédant l'enquête SUMER<sup>10</sup>, contre 37,0 % des salariés en 2003. Le niveau d'exposition des salariés en 1994 étant similaire à celui observé en 2010. Il est cependant noté que pour les professions les plus exposées (employés de commerce et de services, ouvriers), l'exposition à un produit chimique reste plus élevée en 2010 qu'en 1994 (41,6 % vs 38,7 %). Les auteurs expliquent la décreue des expositions aux produit chimiques pour l'ensemble des salariés sur la période récente par le renforcement de la réglementation (décret « CMR » du 1er février 2001, décret « agents chimiques » du 23 décembre 2003), par les incitations (Plan Santé-Travail 2005-2009) et par la jurisprudence (arrêt « amiante » de la Cour de cassation du 28 février 2002), toutes ces mesures améliorant ainsi la prise de conscience des risques et incitant le développement de la prévention. La multi-exposition à au moins trois produits chimiques a quant à elle diminuée depuis 2003 pour atteindre 14,4 % des salariés du secteur privé. Les ouvriers sont les plus concernés par cette multi-exposition avec 31,8 % des ouvriers qualifiés et 23,4 % des ouvriers non qualifiés. A contrario, les cadres et professions intermédiaires ont moins connu de multi-exposition.

---

<sup>14</sup> Knaapen AM, Curfs DM, Pachen DM, et al. The environmental carcinogen benzo[a]pyrene induces expression of monocyte-chemo-attractant protein-1 in vascular tissue: a possible role in atherogenesis. *Mutat Res.* 2007; 621: 31-41.

<sup>15</sup> Burstyn I, Kromhout H, Partanen T, et al. Polycyclic aromatic hydrocarbons and fatal ischemic heart disease. *Epidemiology.* 2005; 16: 744-50.

<sup>16</sup> Allred EN, Bleeker ER, Chaitman BR, et al. Effects of carbon monoxyde on myocardial ischemia. *Environ Health Perspect.* 1991; 91: 89-132.

<sup>17</sup> Kleinman MT, Davidson DM, Vandagriff RB. Effects of short-term exposure to carbon monoxide in subjects with coronary artery disease. *Arch Environ Health.* 1989; 44: 361-9.



### 1.1.2 Contraintes physiques

Les contraintes physiques rencontrées dans un environnement de travail sont multiples et nombre d'entre elles sont susceptibles d'entraîner des retentissements sur l'état de santé des salariés.

#### ► Efforts physiques intenses

Les efforts physiques intenses sont considérés depuis longtemps comme pouvant être un facteur de risque de développement de pathologies cardiovasculaires. C'est ce que 2 études européennes, présentées au congrès EuroPREvent 2013, ont démontré.

Dans une première étude cas-témoin<sup>18</sup> réalisée en Grèce, les métiers de 250 patients atteints d'un premier événement coronaire aigu, de 250 patients atteints d'un premier accident vasculaire cérébral (AVC) et des 500 patients du groupe « contrôle », ont été classés selon le degré d'effort physique associé. L'échelle de classification allait de 1 (emplois physiquement exigeants) à 9 (emplois sédentaires/intellectuels). Après ajustement de différents facteurs (l'âge, le sexe, l'indice de masse corporelle, le tabagisme, l'hypertension, l'hypercholestérolémie, le diabète, des antécédents familiaux de maladies cardiovasculaires et le suivi d'un régime méditerranéen), les résultats ont montré une diminution du risque d'événement cardiovasculaire de près de 20 % à chaque hausse d'un degré dans l'échelle de classification. Pour le risque de survenu d'un syndrome coronaire aigu, la baisse était de 19 % alors que pour le risque d'AVC ischémique, la baisse était de 17 %.

La deuxième étude<sup>19</sup>, réalisée par une équipe belge, arrive aux mêmes conclusions que la précédente après le suivi de 14 337 hommes d'âges moyens et indemnes de toute maladie coronarienne. Au cours des 3,15 ans de suivi moyen, 87 événements coronariens ont été observés. Après ajustement de différents facteurs (l'âge, l'éducation, le statut professionnel, le stress au travail, l'indice de masse corporelle, le tabagisme, la consommation d'alcool, le diabète, la pression artérielle systolique et le taux de cholestérol), les résultats ont confirmé que l'activité physique était globalement bénéfique lorsqu'elle était réalisée dans un contexte de loisir mais qu'elle pouvait être néfaste lorsqu'il s'agissait d'un effort requis au travail. Les auteurs parlent d'un « effet d'interaction » pour qualifier ce phénomène. En effet, alors qu'une activité de loisir d'intensité modérée à élevée était associée à une diminution du risque d'accidents coronariens de 60 % chez les travailleurs sédentaires, cet effet protecteur n'était pas retrouvé chez les salariés exposés à un travail physique exigeant. Après ajustement aux facteurs de risque cardiovasculaires et sociodémographiques, le risque coronarien pour ces mêmes travailleurs serait presque multiplié par cinq en cas de loisir sportif.

En France, après un recul des contraintes physiques intenses dans la deuxième partie des années 90, on observe une stabilisation de la proportion des salariés qui y sont exposés. En 2010, 39,8 % de l'ensemble des salariés ont été soumis à au moins une contrainte physique intense<sup>20</sup> dans la semaine précédant l'enquête SUMER<sup>10</sup>. Cette proportion est nettement inférieure à celle observée dans une précédente étude de 1994 (45,7 %). Il est intéressant d'observer que sur la période 2003 – 2010, l'exposition à des contraintes physiques intenses a reculé chez les professions les plus exposées à savoir les employés de commerce et de services ainsi que les ouvriers, contrairement à l'exposition des employés administratifs et, dans une moindre mesure, à celle des cadres qui elle, a augmentée.

<sup>18</sup> Panagiotakos D, Georgousopoulou E, Kastorini CM, et al. Physically demanding occupation is associated with higher likelihood of a non-fatal acute coronary syndrome or ischemic stroke: a case/case-control study. Congrès EuroPREvent 2013.

<sup>19</sup> Clays E, De Bacquer D, Janssens H, et al. Physical work demands and leisure time physical activity in relation to risk for coronary heart disease. Congrès EuroPREvent 2013.

<sup>20</sup> Etaient qualifiées d'intenses les contraintes physiques suivantes: 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,

### ➤ La sédentarité

La sédentarité et le manque d'activité physique sont associés à une augmentation du risque de cardiopathie ischémique, notamment à cause du fait que les populations sédentaires ont un risque plus élevé de développer une hypertension artérielle. Ainsi, il est estimé que la sédentarité, au travail et hors travail, multiplie par au moins deux le risque d'infarctus du myocarde. Or de plus en plus de salariés n'ont pas d'activités physiques (plus de 80 %) du fait de la robotisation, des déplacements en véhicule, du travail assis, etc<sup>21</sup>. Concernant l'hypertension artérielle, une revue bibliographique réalisée en 2008 montrait que la fraction attribuable à la sédentarité était de l'ordre de 15 %<sup>22</sup>.

### ➤ Le bruit

Depuis quelques années, le bruit au travail est considéré comme un facteur de risque de survenue de pathologies cardiovasculaires à part entière. Ainsi, une étude de 2008<sup>23</sup>, portant sur 10 872 salariés de scieries suivis durant 8 ans, a montré que l'exposition à un bruit intense était un important facteur prédictif de survenue d'hypertension artérielle. Il a en effet été observé une augmentation de l'incidence de l'hypertension avec l'exposition cumulée au bruit. Le risque de développer une hypertension dans la population la plus exposée (> 115 dB) était ainsi 32 % plus élevé que dans le groupe contrôle (< 95dB). Le plus haut risque relatif étant de 1,5 chez les travailleurs exposés depuis plus de 30 ans à un bruit de 85dB.

Une méta-analyse<sup>24</sup> évaluant les modifications du système cardiovasculaire associées à l'exposition chronique au bruit sur le lieu de travail donne les mêmes conclusions. Au total, sur les 15 publications retenues, publiées entre 1991 et 2007, malgré l'hétérogénéité des études soulignée par les auteurs, les résultats obtenus montrent un accroissement statistiquement significatif des pressions artérielles systolique et diastolique dans le groupe des travailleurs hautement exposés au bruit comparé à celles observées dans les groupes des travailleurs partiellement ou faiblement exposés. Le même constat a été réalisé sur les prévalences de l'hypertension et des anomalies ECG. Concernant les fréquences cardiaques observées, elles étaient, elles aussi, statistiquement plus élevées chez les travailleurs hautement exposés que chez les travailleurs faiblement exposés.

D'après l'analyse réalisée par la DARES en 2012, la proportion de salariés exposés à des bruits supérieurs à 85 dB, toutes durées d'expositions confondues, a augmenté de 1994 à 2010, passant de 13 % à 20 %. Les ouvriers sont les plus marqués par cette hausse, bien que l'ensemble des catégories professionnelles soient concernées. Les auteurs expliquent néanmoins que l'abaissement en 2006 du seuil réglementaire à 80 dB, a pu accroître le nombre de salariés particulièrement suivi par les médecins du travail.

Concernant les salariés hautement exposés au bruit (exposition à un bruit supérieur à 85 dB pendant 20 heures ou plus par semaine), leur proportion est restée stable depuis 1994, soit environ 6 %.

L'InVS souligne que les hypothèses généralement retenues pour expliquer cette association entre bruit et maladies cardiovasculaires sont une variation du cortisol plasmatique et des anomalies lipidiques résultant du stress induit par l'exposition au bruit ou une consommation accrue de tabac ou de médicament due à l'influence d'un environnement bruyant<sup>11</sup>.

---

vibrations transmises aux membres supérieurs 10 h ou plus par semaine, contraintes posturales 2 h ou plus par semaine (à genou, bras en l'air, accroupi ou en torsion).

<sup>21</sup> Le travail, bourreau des cœurs. Santé & Travail. juillet 2011. n°75.

<sup>22</sup> De Gaudemaris R. Environnement de travail et hypertension artérielle. Congrès Cœur et Travail, Paris, 18 septembre 2008. Arch Mal Prof. 2009; 70:196.

<sup>23</sup> Sbihi H, Davies HW, Demers PA. Hypertension in noise-exposed sawmill workers: a cohort study. 2008. Occup Environ Med. Sep;65(9):643-6.

<sup>24</sup> Tomei G, Fioravanti M, Cerratti D, et al. Occupational exposure to noise and the cardiovascular system: a meta-analysis. 2010. Sci Total Environ. 15; 408 (4):681-9.

### ➤ **L'exposition au froid ou à la chaleur**

Quelques études soulignent l'impact du froid sur la mortalité d'origine cardiovasculaire chez hommes âgés de 25 à 59 ans. S'agissant du travail à la chaleur, l'InVS note également qu'il produit le même impact que le froid surtout « *quand les personnes font face à des tâches physiques exigeantes ; l'augmentation du débit sanguin et la transpiration augmentent le travail du cœur, favorisent l'hémoconcentration ce qui peut entraîner des thromboses vasculaires.* »<sup>11</sup>

### ➤ **La pollution atmosphérique**

De très nombreuses études épidémiologiques ont montré la relation entre pollution atmosphérique et maladies cardiovasculaires. En 2007, un numéro complet de la revue *Extrapol* éditée par l'InVS et l'ADEME (Agence de l'environnement et de la maîtrise de l'énergie) était consacré à ce sujet. Les mécanismes supposés en cause étaient d'une part ceux du stress oxydatif et de l'inflammation, d'autre part un problème au niveau du contrôle nerveux autonome du cœur, ces deux types de mécanismes étant décrits comme non-exclusifs<sup>25</sup>.

## 1.1.3 Contraintes organisationnelles

Ces deux dernières décennies, l'organisation du travail a évolué sur le plan de la durée hebdomadaire/journalière du travail, de l'intensité du travail mais également de la répartition du temps de travail avec notamment une augmentation du travail posté.

D'après l'enquête de la DARES, une légère augmentation des salariés du privé travaillant le dimanche et les jours fériés, même occasionnellement, a été observée sur la période 2003 – 2010 (30,2 % vs 31,2 %). Le même constat a été réalisé concernant la part des salariés soumis au travail posté<sup>26</sup> passant ainsi de 12,5 % en 1994 à 14,3 % en 2010. Le secteur d'activité faisant le plus appel au travail posté est l'industrie avec 30,8 % des salariés travaillant sous cette organisation en 2010 contre 25,6 % en 1994. Les horaires variables d'un jour sur l'autre concernaient 22,4 % des salariés en 2010 contre 19,8 % en 2003. La tendance inverse a été observée sur les astreintes dont la part a légèrement diminuée passant de 10,3 % des salariés en 2003 à 8,5 % en 2010. Les horaires imprévisibles (horaires de travail du lendemain ou de la semaine suivante inconnus par le salarié) se font également plus rares en 2010 qu'en 2003.

### ➤ **Durées de travail hebdomadaire ou journalière**

Les conséquences cardiovasculaires liées à des journées de travail excessives ont été mises en lumière dans une méta-analyse publiée en 2012<sup>27</sup>. Les auteurs ont retenu et analysé 12 études (7 études cas-témoin, 4 études prospectives et 1 étude transversale) datant de 1958 à 2010 et réalisées dans différents pays (5 études japonaises, 2 études américaines et une étude de chacun des pays suivants : Danemark, Finlande, Pays-Bas, Suède et Royaume-Uni). Le nombre de patients étudiés au travers de ces 12 études était de 22 518, dont 57 % d'hommes et 43 % de femmes. Au total, 2 313 cas de pathologie coronarienne ont été relevés.

Dans toutes les études les participants avaient plus de 40 ans à l'exception d'une étude cas-témoin, où les patients étaient âgés de 25 à 40 ans au moment de leur infarctus du myocarde, et d'une étude prospective, où les patients étaient âgés de 20 à 60 ans au moment de l'inclusion.

Dans seulement 3 des 12 études sélectionnées, la majorité des participants exerçaient un métier manuel.

<sup>25</sup> Effets cardiovasculaires de la pollution atmosphérique, *Extrapol*, n°32 ; septembre 2007, ADEME, InVS

<sup>26</sup> Le travail posté, également appelé travail en rotation, est une forme d'organisation du travail où plusieurs équipes se relaient au même poste les unes après les autres.

<sup>27</sup> Virtanen M, Heikkilä K, et al. Long Working Hours and Coronary Heart Disease: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Am J Epidemiol.* 2012 Oct 1; 176 (7): 586-96.

Plusieurs critères ont été utilisés parmi les différentes publications afin d'identifier une durée de travail excessive. Ainsi, 2 études cas-témoin ont pris comme critère le fait que les employés effectuaient des heures supplémentaires alors que les autres publications ont étudié la durée de travail journalière (2 études prospectives et 1 étude cas-témoin) ou hebdomadaire (4 études cas-témoin, 2 études prospective et une étude transversale). Les limites horaires utilisées pour définir une durée de travail journalière excessive allaient, selon les études, de  $\geq 10$  heures à  $> 11$  heures, alors que pour la durée de travail hebdomadaire, celle-ci allait de  $> 40$  heures à  $> 65$  heures.

Pour les critères d'évaluation des études cas-témoin, 4 études ont utilisé l'admission à l'hôpital pour un premier infarctus du myocarde, une étude a utilisé l'admission pour un premier infarctus ou pour un angor et deux études ont utilisé comme critère unique la survenue d'un premier infarctus et d'une récurrence d'infarctus. La seule étude transversale de la méta-analyse a utilisé, quant à elle, la survenue de symptômes d'angor. Concernant les 4 études prospectives, les critères d'évaluation choisis pour chacune d'elles étaient respectivement : la survenue d'une maladie du système circulatoire ; la survenue d'événements cardiovasculaires (AVC, infarctus du myocarde, insuffisance cardiaque, rupture d'anévrisme aortique ou mort subite) ; le décès par événement ischémique cardiaque ; la survenue d'infarctus du myocarde fatals et non fatals ainsi que les angors caractérisés.

Le risque relatif estimé sur l'ensemble des études variait de 1,59 à 1,80. Le risque relatif a été estimé pour les 4 études prospectives à 1,39 alors que pour les 7 études cas-témoin, il était de 2,43.

Les échantillons ne contenant que des hommes ont suggéré une plus forte association entre temps de travail excessif et survenue d'accident coronarien que les échantillons mixte ou uniquement composés de femmes. Le même constat a été fait lors de l'utilisation des limites horaires hautes (journalière ou hebdomadaire) par rapport aux limites horaires basses.

Afin d'éliminer une confusion possible due au travail posté, les auteurs ont éliminé les études faisant intervenir des travailleurs suivant ce rythme et ont ainsi estimé le risque relatif à 1,51.

Les auteurs ont cependant souligné que bien qu'il n'y ait que peu de biais statistiques au sein de la méta-analyse, une large hétérogénéité existait entre les études. La taille, le design, la mesure des critères d'évaluation et les ajustements statistiques variaient en effet assez largement entre les différentes publications (l'ajustement aux facteurs de risques coronariens était absent de la majorité des études).

### ➤ **Intensité du travail**

L'intensité du travail représente un facteur de risque psychosocial. En effet, comme le souligne la DARES<sup>10</sup>, « *les risques relatifs à l'intensité et à la complexité du travail renvoient aux exigences associées à l'exécution du travail en termes quantitatifs (contraintes de temps, quantité de travail excessive...) et qualitatifs (complexité mal maîtrisée des tâches, demandes contradictoires, responsabilités...)* ». Ainsi, la part des salariés français exposés à des contraintes a nettement augmentée entre 1994 et 2010. Pour arriver à ce constat, l'enquête SUMER a évalué la part des salariés dont le rythme de travail était déterminé par au moins trois contraintes préalablement déterminées :

- le déplacement automatique d'un produit ou d'une pièce et/ou la cadence automatique d'une machine ;
- d'autres contraintes techniques ;
- la dépendance immédiate vis-à-vis du travail d'un ou plusieurs collègues ;
- des normes de production ou des délais à respecter en une journée au plus ;
- une demande extérieure obligeant à une réponse immédiate ;
- les contrôles ou surveillances permanents exercés par la hiérarchie ;

- un contrôle ou un suivi informatisé.

En 1994, 28 % des salariés subissaient ce type de contraintes contre 34 % en 2003 et 36 % en 2010. L'enquête a par ailleurs permis d'évaluer la proportion de salariés soumis à un changement de rythme de travail suite à une demande extérieure obligeant à une réponse immédiate. Cette proportion a augmenté sur l'ensemble des salariés du privé entre 1994 et 2010 passant ainsi de 49,8 % à 56,8 %. Cette tendance à la hausse a été observée dans les secteurs de l'industrie et de la construction confirmant la pénétration de la pression des clients dans ces secteurs d'activité, alors que ces contraintes diminuaient légèrement dans le secteur tertiaire.

### ➤ **Travail posté**

De nombreuses études ont été réalisées pour tenter de démontrer les liens existant entre le travail posté et la survenue de maladies cardiovasculaires. Une récente méta-analyse<sup>28</sup>, publiée en 2012 dans le *British Medical Journal*, a ainsi identifié et analysé 34 études observationnelles regroupant plus de 2 millions de patients. Parmi les études sélectionnées, 11 d'entre elles étaient prospectives, 13 rétrospectives et 10 cas-témoin. Les participants étaient qualifiés de travailleurs postés s'ils travaillaient le soir (4 études), la nuit (9 études), si leurs horaires étaient irréguliers ou non spécifiées (6 études), si leur emploi du temps variait (11 études) ou s'ils participaient à des équipes tournants (10 études). 7 études ont reporté plus d'une des catégories précédentes. Les groupes « contrôle » de ces études étaient soit des travailleurs opérant dans des horaires dits normaux (30 études), soit la population générale (4 études).

Le risque relatif de survenue d'infarctus du myocarde pour les salariés en travail posté était de 1,23 et le risque relatif de survenue d'AVC était de 1,05. Le risque de survenue d'événements coronariens a lui aussi été calculé 1,24 mais les auteurs soulignent l'hétérogénéité significative entre les différentes études concernant ce critère. Tous les types de travail posté, à l'exception des travailleurs d'équipes du soir, étaient associés à un risque statistiquement plus élevé de survenue d'événements coronariens.

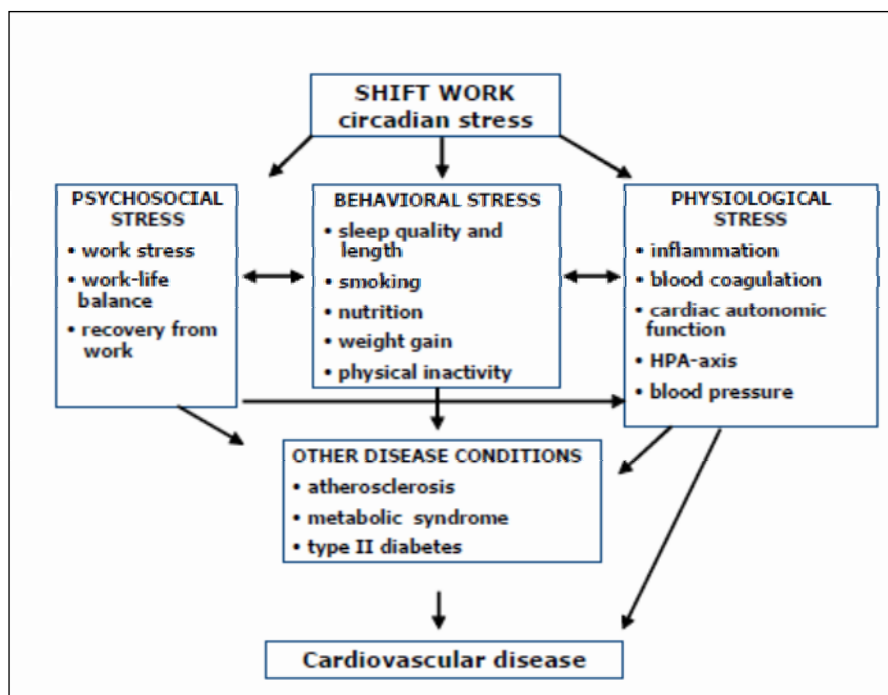
Une publication finlandaise de 2010<sup>29</sup>, s'est quant à elle basée sur un modèle où le travail posté peut induire trois types stress différents (psychosocial, comportemental et physiologique) conduisant eux même à la survenue de pathologies cardiovasculaires. Une représentation schématique de ce modèle est présentée ci-dessous.

---

<sup>28</sup> Vyas V, Garg A, Iansavichus AV, et al. shift work and vascular events: systematic review and meta-analysis. *BMJ*. 2012. 345:e4800.

<sup>29</sup> Puttonen S, Härmä M, MD, Hublin C. Shift work and cardiovascular disease – pathways from circadian stress to Morbidity. *Scand J Work Environ Health* 2010;36(2):96–108

Schéma 1 : modèle représentant les différents types de stress pouvant être engendrés par le travail posté.



Source : D'après Puttonen S et al., 2010, *Scandinavian journal of work, environmental and health*.

Les auteurs soulignent toutefois que les mécanismes physiologiques reliant le stress à la survenue de pathologie cardiovasculaire sont encore peu connus en dépit du nombre croissant d'études portant sur le sujet. Réalisant une revue de la littérature dans ce domaine, ils concluent toutefois que le manque de contrôle effectif du salarié sur ses horaires de travail, le déficit de récupération physique et les problèmes d'équilibre entre la vie personnelle et professionnelle peuvent en effet conduire à des MCV. Il est également suggéré que le stress psychosocial pourrait engendrer les deux autres types de stress, à savoir le stress comportemental et le stress physiologique. Ceci s'expliquerait par les déficits en sommeil plus importants, par la propension plus élevée au tabagisme et par les mauvaises habitudes alimentaires qu'ont les travailleurs aux horaires décalés. De nombreuses études mettent également en lumière des corrélations entre le travail posté et la prise de poids, la survenue d'un syndrome métabolique ou l'apparition d'un diabète de type II.

**Les auteurs notent qu'il est prématuré de poser des conclusions définitives sur ces corrélations, mais un faisceau de preuves de plus en plus important existe dorénavant entre le travail posté et les MCV.**

L'InVS précise que le risque accru de morbidité cardiovasculaire s'explique par deux mécanismes : (1) un bouleversement des rythmes circadiens qui entraîne des modifications du système neurovégétatif cardiovasculaire : la pression artérielle, le pouls, la sécrétion d'adrénaline, le sommeil sont régis par ce rythme circadien de 24 heures et leur perturbation est susceptible d'entraîner des problèmes de santé ; (2) le stress secondaire dû au manque de sommeil et à l'isolement social (travailler pendant des horaires ou des jours non conventionnels) peut favoriser certains comportements comme les troubles de l'alimentation et la consommation de tabac ou d'alcool).



### 1.1.4 Stress au travail

Depuis plusieurs années, de nombreuses études font le parallèle entre l'existence d'un état de stress chez les salariés et la survenue de MCV.

Ainsi, trois grandes études longitudinales récentes ont démontré l'impact du stress professionnel sur la survenue d'infarctus du myocarde (IDM).

L'étude INTERHEART<sup>30</sup>, publiée en 2004 dans le *Lancet*, a été réalisée sur près de 30 000 personnes dans 52 pays. Les auteurs ont identifié neuf facteurs de risque modifiables expliquant 90 % du risque d'IDM quels que soient le pays et l'ethnie. Après ajustement statistique, la part du risque pour les facteurs psychosociaux (comprenant le stress au travail ou au domicile, le stress financier, les événements majeurs de la vie, les antécédents de dépression et le locus de contrôle) atteint 32 %, ce qui équivaut à la part attribuable au tabagisme. La conclusion de cette étude mondiale vaut quelles que soient l'ethnie, la culture ou les individus.

L'étude Whitehall II<sup>31</sup>, réalisée en 2008, a confirmé que le stress d'origine professionnelle était un facteur de risque indépendant. Pour arriver à cette conclusion, 10 308 fonctionnaires, non exposés à un stress physique, ont été suivis durant 12 ans. Une dose-réponse positive a été observée entre l'accumulation de stress psychosocial d'origine professionnelle et la survenue de coronaropathies, les sujets les plus jeunes étant les plus exposés. Les auteurs ont observé une importante augmentation du niveau de risque avec une élévation du rapport de risque comprise entre 1,41 et 1,52 pour un stress signalé une fois et entre 1,56 et 1,61 pour un stress signalé à deux reprises.

Enfin, l'étude suédoise WOLF<sup>32</sup> publiée en 2009, a permis de suivre 3 122 employés durant 10 ans. 74 cas d'IDM ou d'angine de poitrine ont été identifiés au cours de cette période. Après ajustement sur les facteurs de risques classiques, les auteurs ont conclu à un lien de fort et à une relation dose-réponse positive entre la survenue de pathologies coronariennes aiguës et la perception des comportements managériaux par le salarié. Ces derniers comprenaient la considération personnelle envers les salariés, la clarté des objectifs et des attentes, les informations et les aides apportées, la capacité de promouvoir les points positifs et la participation des salariés.

A côté de ces trois études longitudinales, plusieurs méta-analyses et revues de la littérature ont été réalisées et toutes arrivent aux mêmes conclusions.

Une revue systématique de la littérature réalisée en 2012<sup>33</sup> a étudié l'impact du stress relatif au travail sur la survenue de pathologie cardiovasculaire. Par pathologie cardiovasculaire, les auteurs entendaient infarctus du myocarde, AVC, angor et hypertension artérielle. Afin de limiter les biais méthodologiques et statistiques, seuls les essais randomisés et les études prospectives ont été inclus.

---

<sup>30</sup> Rosengren A, Hawken S, Ounpuu S, et al. Association of psychosocial risk factors with risk of acute myocardial infarction in 11 119 cases and 13 648 controls from 52 countries (the INTERHEART study): case-control study. *Lancet*. 2004; 364:953-62.

<sup>31</sup> Chandola T, Britton A, Brunner E, et al. work stress and coronary heart disease: what are the mechanisms? *Eur Heart J*. 2008; 29:640-8

<sup>32</sup> Nyberg A, Alfredsson L, Theorell T, et al. Managerial leadership and ischaemic heart disease among employees: the Swedish WOLF study. *Occup Environ Med*. 2009; 66: 51-5.

<sup>33</sup> Backe EM, Seidler A, Latza U, et al. The role of psychosocial stress at work for the development of cardiovascular diseases: a systematic review. *Int Arch Occup Environ Health*. 2012. 85:67-79.

Cette revue systématique a permis d'identifier 17 publications utilisant le modèle demande/contrôle de Karasek, modèle se basant sur le chevauchement entre la demande faite à l'individu (demande psychologique ou charge de travail) et le contrôle ou la latitude décisionnelle que l'individu exerce sur son activité (Cf. annexe 1). Les publications retenues rassemblaient au total 13 cohortes de salariés. Sur 7 cohortes, il a été identifié un risque significativement plus élevé de développer des pathologies cardiovasculaires chez les travailleurs soumis à de fortes contraintes que chez ceux n'en subissant que très peu. Les valeurs estimées du risque varient ainsi de 1,33 à 2,62. Parmi ces études, celle publiée par Chandola et al. en 2008 a par ailleurs montré une relation dose-réponse entre la fréquence des situations stressantes et la survenue d'événements cardiovasculaires.

Trois cohortes, étudiées dans 4 publications, ont quant à elles utilisées le modèle Effort-Reward-Imbalance (ERI) de Siegrist. Cette approche s'appuie sur la réciprocité entre l'effort fourni au travail et la récompense proposée au salarié (cf. annexe 1). Toutes ont permis de montrer un lien statistiquement significatif entre le stress et la survenue de MCV.

En conclusion, cette revue de la littérature a permis de montrer l'existence d'un lien entre le stress au travail et la morbi-mortalité cardiovasculaire, lien qui reste toutefois interdépendant du modèle théorique d'évaluation du stress et des sous groupes de salariés étudiés.

Une méta-analyse<sup>34</sup>, publiée dans le *Lancet* en 2012, a étudié à partir de 13 études de cohortes européennes réalisées de 1985 à 2006, le lien entre les tensions au travail et la survenue de maladies coronariennes. Au total, sur les 197 473 personnes incluses dans cette méta-analyse, 15 % étaient victimes de stress au travail. Avec un suivi moyen d'une durée de 7,5 ans, les auteurs ont répertoriés 2358 accidents coronariens ce qui leur a fait conclure à une fraction de maladies coronariennes attribuable au stress égal à 3,4 %. Le risque relatif, calculé après ajustement par l'âge, le sexe et le statut socio-économique, a quant à lui été estimé à 1,17. Les situations de tension au travail sont donc associées à une augmentation du risque de survenue d'accidents coronariens.

Enfin, une étude française publiée en avril 2013<sup>35</sup> s'est quant à elle basée sur l'enquête européenne sur les conditions de travail de 2005<sup>36</sup> et sur 3 méta-analyses récentes afin d'obtenir les fractions attribuables de trois facteurs dépendant du travail (le stress au travail, l'Effort-Reward Imbalance ERI et la précarité de l'emploi) sur la survenue de MCV et de désordres mentaux. Les prévalences d'exposition au stress, à l'ERI et à la précarité ont été calculées en se basant sur l'échantillon de l'enquête, soit à partir de 29 680 travailleurs (14 799 femmes et 14 881 hommes) issus de 31 pays européens. Le risque relatif (RR) a quant à lui été obtenu à partir de trois méta-analyses<sup>37, 38, 39</sup>. Les prévalences d'exposition et RR estimés ont ainsi pu permettre de calculer les fractions attribuables.

---

<sup>34</sup> Kivimaki M, Nyberg S, Batty GD, et al. Job strain as a risk factor for coronary disease: a collaborative meta-analysis of individual participant data. *Lancet*. 2012; 380 (9852): 1491-1497.

<sup>35</sup> Niedhammer I, Sultan-Taïeb H, Chastang JF, et al. Fractions of cardiovascular diseases and mental disorders attributable to psychosocial work factors in 31 countries in Europe. *Int Arch Occup Environ Health*. 2013. Non encore publié.

<sup>36</sup> Parent-Thirion A, Fernandez ME, Hurley J, et al. Fourth european working conditions survey. European foundation for the improvement of living and working conditions. 2007.

<sup>37</sup> Kivimaki M, Virtanen M, Elovainio M, et al. Work stress in the etiology of coronary heart disease – a meta-analysis. 2006. *Scand J Work Environ Health* 32(6):431–442.

<sup>38</sup> Kivimaki M, Nyberg ST, Batty GD, et al. Job strain as a risk factor for coronary heart disease: a collaborative meta-analysis of individual participant data. 2012. *Lancet* 380(9852):1491–1497.

<sup>39</sup> Stansfeld S, Candy B. Psychosocial work environment and mental health – a meta-analytic review. 2006. *Scand J Work Environ Health* 32(6):443–462.



Les prévalences d'exposition ont été estimées pour le stress, l'ERI et la précarité à respectivement 26,90 %, 20,44 % et 14,11 %. Les fractions de MCV attribuables au stress ont été estimées à 4,46 % et varient de 2,51 % à 5,77 % sur l'ensemble des pays européens. Toutes étaient significativement différentes de zéro et aucune différence n'a été observée entre les pays étudiés. Les fractions de MCV attribuables à l'ERI ont quant à elles été estimées à 18,21 % et varient de 9,78 % à 27,89 % sur l'ensemble des pays. Les fractions attribuables calculées n'étaient pas toutes significativement différentes de zéro au sein des pays étudiés sans qu'il ne soit toutefois observé de différences entre les Etats. Les différences entre fractions attribuables au sein de l'échantillon sont expliquées par les auteurs comme étant dues aux prévalences d'exposition qui varient entre chaque Etat. En revanche, les différences observées entre les RR découleraient de l'hétérogénéité des politiques de protection sociale au sein des pays étudiés mais aussi des différences en termes de médecine du travail, que ce soit en densité de médecins ou en qualité de pratique.

Le rapport « Bien-être et efficacité au travail »<sup>40</sup> rédigé en 2010 par Christian Larose, Muriel Penicaud et Henri Lachmann, rappelait que si le stress au travail n'était pas un phénomène nouveau, ses manifestations, ses conséquences et sa visibilité se sont accrues ces dernières années. Ainsi, en 2007, les consultations pour risque psychosocial sont devenues la première cause de consultation pour pathologie professionnelle<sup>41</sup>. Selon la définition issue de l'Accord national interprofessionnel sur le stress au travail de 2008 et retenue dans le rapport, « *un état de stress survient lorsqu'il y a déséquilibre entre la perception qu'une personne a des contraintes que lui impose son environnement et la perception qu'elle a de ses propres ressources pour y faire face* ».

Le stress sur le lieu de travail a été reconnu par l'Agence européenne pour la sécurité et la santé au travail (EU-OSHA) comme le problème de santé le plus répandu dans le monde du travail avec 22 % des travailleurs européens affectés. Les nouveaux Etats membres seraient par ailleurs nettement plus touchés par ce phénomène que les anciens Etats membres (30 % vs 20 %).

Dans le programme SOLVE du Bureau International du Travail<sup>42</sup>, les auteurs rappellent que le stress, qu'il soit d'origine privé et/ou professionnel, peut se traduire par des réactions physiques, psychologiques et comportementales. Concernant son retentissement sur le système cardiovasculaire, « *le stress peut provoquer de l'hypertension et modifier les habitudes alimentaires, augmentant ainsi le risque d'apparition de pathologies telles que les affections cardiaques et les AVC* ».

L'enquête SUMER<sup>10</sup> s'est basée sur le modèle de Karasek pour mesurer la « demande psychologique » définie comme la charge mentale qu'engendre l'accomplissement des tâches professionnelles. Il en ressort que celle-ci a augmenté entre 2003 et 2010 (+2 % en moyenne pour le score de demande psychologique) et ce pour toutes les catégories socioprofessionnelles. Les auteurs expliquent cette hausse par le recul du nombre de salariés confrontés à une faible demande psychologique. D'autre part, les exigences du travail se sont accrues pour les salariés qui jusqu'ici étaient relativement épargnés. S'ajoute à cela la crise économique de 2008-2009 qui ne semble pas avoir diminuée la demande psychologique des salariés.

Concernant le contrôle direct par un supérieur hiérarchique, l'analyse de la DARES<sup>10</sup> a montré que ce dernier a diminué entre 1994 et 2010 dans les secteurs de l'industrie et de la construction, la catégorie socioprofessionnelle la plus touchée étant celle des ouvriers non qualifiés. Le secteur du tertiaire a quant à lui été marqué par une hausse sensible du contrôle hiérarchique entre 2003 et 2010, notamment pour les employés de commerce et de service (+6 points) chez qui pourtant ce poids de la hiérarchie avait diminué entre 1994 et 2003.

---

<sup>40</sup> Larose C, Penicaud M, Lachmann H, Moleux M. Bien-être et efficacité au travail – 10 propositions pour améliorer la santé psychologique au travail. Février 2010.

<sup>41</sup> Source : AFSSET, réseau national de vigilance et de prévention des pathologies professionnelles.

<sup>42</sup> BIT. Guide du formateur. SOLVE : intégrer la promotion de la santé dans les politiques de sécurité et santé au travail. Novembre 2012.

En revanche, le suivi ou le contrôle informatique s'est particulièrement développé, et ce dans tous les secteurs d'activité, passant de 14,5 % à 30,1 % pour l'ensemble des salariés entre 1994 et 2010.

Outre le contrôle, l'autonomie (ou latitude décisionnelle), est un facteur de risque psychosocial de risque au travail. L'enquête SUMER révèle que les cadres et les professions intermédiaires ont connu un recul de leurs marges de manœuvre contrairement aux ouvriers qui ont progressé en autonomie. Ainsi, la latitude décisionnelle a baissé de 3 points chez les cadres et les professions intermédiaires entre 2003 et 2010 alors qu'elle a légèrement augmenté pour les ouvriers. Les auteurs ont également relevé que les salariés sont moins nombreux en 2010 qu'en 2003 à déclarer un manque de moyens pour effectuer correctement leur travail, qu'il s'agisse de moyens matériels ou d'informations claires et suffisantes, de collègues ou de formations, alors même que leurs marges de manœuvre ne se développaient pas. Cela semblerait confirmer une meilleure stabilité des organisations et une meilleure tolérance sur les éventuelles restrictions portant sur les moyens.

On peut donc constater, sur la période 1994 – 2010, une augmentation modérée de la demande psychologique associée à une légère diminution, même contrastée, de la latitude décisionnelle. Cela se traduit, selon la définition de Karasek, par un accroissement significatif du nombre de salariés en situation de tension au travail. Ce phénomène a touché l'ensemble des catégories socioprofessionnelles sur la période 2003 – 2010. Les auteurs de l'enquête DARES<sup>10</sup> ont pris comme référence, pour arriver à cette conclusion, les valeurs médianes de la demande psychologique et de la latitude décisionnelle enregistrées en 2003.

Alors que les indicateurs de soutien social du salarié sont restés stables et élevés sur la période 2003 – 2010, de plus en plus de salariés ont déclaré subir des comportements hostiles ou ressentis comme tels sur leur lieu de travail (21,7 % en 2010 contre 16,3 % en 2003). Ainsi, les « comportements méprisants » ont augmentés de 5 points (15,4 % en 2010), les situations de « déni de reconnaissance du travail » de 3 points (13,2 % en 2010) et les « atteintes dégradantes » de 1 point (2,8 % en 2010).

### 1.1.5 Interaction des facteurs de risque

Un facteur de risque d'une maladie peut être défini comme tout facteur associé à une augmentation de la probabilité de survenue de cette maladie. Une maladie donnée peut être causée par plus d'un mécanisme de cause à effet, et chaque mécanisme implique l'action conjointe de multitude de causes qui le composent, d'origine génétique et environnementale<sup>43</sup>.

Comme le soulignent K J Rothman et S Greenland, la plupart des causes identifiées ne sont ni nécessaires ni suffisantes pour produire la maladie. Il n'est donc pas nécessaire d'identifier chaque facteur pour prévenir la maladie. Le modèle de causalité circulaire décrit prévoit que les facteurs agissent « de concert » pour produire un effet et ne doivent pas nécessairement agir en même temps.

La maladie cardiovasculaire est multifactorielle.

Différentes études ont montré l'effet cumulatif des facteurs risques cardiovasculaires classiques. Ces facteurs ne s'additionnent pas mais se potentialisent. La question de la potentialisation des facteurs de risques classiques avec les facteurs de risque professionnels est posée. En outre, ces différents facteurs de risque ne sont pas tous indépendants les uns des autres.

---

<sup>43</sup> Kenneth J. Rothman, DrPH, Sander Greenland, Causation and Causal Inference in Epidemiology Rothman, Am J Public Health 2005

Les mécanismes liant le travail et nuit et le travail posté avec une augmentation de fréquence de facteurs de risque cardiovasculaire classiques comme le surpoids ou l'obésité en sont une illustration. C'est ce que décrit G Lasfargues, alors Professeur de médecine du travail au CHU de Tours : « *les perturbations touchant les hormones impliquées dans la régulation du comportement alimentaire, comme la leptine qui induit la satiété, peuvent provoquer une augmentation de la faim et de l'appétit favorisant la prise de poids plus fréquente constatée chez les salariés en travail posté ou de nuit* »<sup>44</sup>.

La prévention primaire est aujourd'hui essentiellement axée sur les facteurs de risque classiques. Comme le souligne l'InVS, « *la prévention collective sera plus efficace lorsque tous les facteurs, en particulier ceux liés à l'environnement professionnel, seront identifiés et pris en compte* ».

**Recommandation n°1:** Le caractère multifactoriel des maladies cardiovasculaire et l'existence de facteurs liés l'environnement professionnel justifie la prise en compte des maladies cardiovasculaires dans cadre des démarches de prévention des risques professionnels menées en entreprise.

**Recommandation n°2:** Les démarches de prévention en santé publique supposent la prise en compte de l'ensemble des facteurs de risque, y compris ceux liés à l'environnement professionnel.

## 1.2 La prévention des maladies cardiovasculaires en milieu de travail prend tout son sens du fait des évolutions sociétales et de l'avancée en âge des travailleurs actifs

### 1.2.1 La part de décès liés aux maladies vasculaires diminue mais les facteurs de risques évoluent également

Les maladies cardiovasculaires constituent la deuxième cause de décès en France mais entre 2000 et 2008, la part des décès liés aux maladies cardiovasculaires a régressé de 30 à 28 %, cette évolution s'explique notamment par les progrès réalisés dans le traitement des affections cardiaques<sup>45</sup>.

Ces données méritent toutefois d'être tempérées par la nature des facteurs de risques et leurs évolutions. le Pr Danchin souligne que l'accroissement du tabagisme en particulier chez les femmes jeunes, « *l'augmentation considérable et continue du poids et la proportion grandissante de l'obésité liées à la sédentarité croissante des populations, qui risque d'entraîner une véritable épidémie de diabète, lui-même à l'origine de maladies cardiovasculaires graves* » ainsi que « *les succès des traitements des principales maladies cardiologiques, comme l'infarctus, associés au vieillissement de la population dont la conséquence est l'augmentation de l'insuffisance cardiaque* » pourrait conduire à une augmentation de la mortalité liée aux maladies cardiovasculaires<sup>46</sup>.

---

<sup>44</sup> Lasfargues G, Comment le travail pèse sur nos artères, Risque cardiovasculaire : le travail, bourreau du cœur, Santé & Travail n° 075 - juillet 2011

<sup>45</sup> BEH 7 juin 2011 n°22 Données sur la mortalité en France : principales causes de décès en 2008 et évolutions depuis 2000, Albertine Aouba (albertine.aouba@inserm.fr), Mireille Eb, Grégoire Rey, Gérard Pavillon, Éric Jouglu, Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès (Inserm-CépiDc), Le Kremlin-Bicêtre, France

<sup>46</sup> Interview du Pr Danchin, site de la Fédération hospitalière de France, janvier 2014

### Evolution épidémiologique des principales maladies cardiovasculaires

**Les cardiopathies ischémiques ou maladies coronariennes** représentent la deuxième cause de décès, tant pour les hommes que pour les femmes (après les maladies cérébro-vasculaires). L'InVS précise que d'après les registres populationnels des cardiopathies ischémiques (anciennement registres Monica), la mortalité coronarienne a diminué d'environ 30 % en France entre 1985 et 1992 pour les classes d'âge comprises entre 35 et 65 ans. Elle souligne que cette baisse s'est poursuivie avec globalement -15 % et -22 % pour les hommes et les femmes de 35 à 74 ans, entre 2000-2003 et 2004-2007. Toutefois, il n'y a pas eu d'évolution significative pour les femmes âgées de 35 à 54 ans<sup>47</sup>. S'agissant de la morbidité, les résultats sont de même type. Une baisse de l'incidence des événements coronariens aigus a été observée pour les classes d'âges comprises entre 35 et 74 ans (-16 % pour les hommes et à -19 %). L'InVS note là encore l'absence de réduction d'incidence pour les femmes âgées de 35 à 54 ans.

En outre, la réduction globale observée de -7,6 % des taux de personnes hospitalisées pour cardiopathie ischémique (standardisation sur la population française) entre 2002 et 2008 correspond surtout à une baisse des patients de 65 ans et plus hospitalisés pour infarctus du myocarde (autour de -23 %). Or l'InVS note que le taux standardisé a diminué dans la population masculine (-10,2 %), mais a augmenté pour les femmes (+6,7 %). *« L'analyse par classe d'âge décennale montre que l'augmentation est significative pour les femmes âgées de 35 à 54 ans ».*

En ce qui concerne l'infarctus du myocarde, l'analyse des données entre 2002 et 2008 montre que le nombre global de patients hospitalisés a diminué de 7,4 % et le taux standardisé de 17,2 % mais avec des résultats différenciés selon l'âge et le sexe. On observe en particulier une augmentation significative des hospitalisations pour les femmes entre 35 et 54 ans, probablement à mettre en relation avec l'augmentation du tabagisme et de l'obésité, facteur favorisant la survenue du diabète, facteur de risque des maladies cardiovasculaires<sup>48</sup>.

L'InVS note qu'en 2008 le centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès (Inserm/CépiDC) a recensé près de 22 000 décès ayant l'**insuffisance cardiaque (IC)** pour cause initiale en France (4,1 % de l'ensemble des décès) et que la quasi-totalité des décès concernait des personnes âgées de 65 ans ou plus.

Le nombre de personnes hospitalisées pour insuffisance cardiaque entre 2002 et 2008 (+14,4 %) augmente mais en fait on observe une très légère réduction du taux standardisé sur cette période (-2,5 %) compte tenu du vieillissement de la population. Cette baisse recouvre des hétérogénéités par classe d'âge et par sexe avec des taux d'hospitalisation en augmentation pour les femmes de 45 à 54 ans.

L'InVS précise : *« Aux âges actifs, il y avait un retentissement important sur la vie professionnelle avec une proportion d'actifs occupés réduite de moitié dans la population avec insuffisance cardiaque (25-59 ans : 39,0 %, versus 78,0 % pour les personnes sans IC) ».*

Le nombre des **maladies cérébrovasculaires** a fortement diminué au cours des dernières décennies : - 33 % entre 1990 et 2008 et - 50 % si l'on considère les taux standardisés sur l'âge<sup>49</sup>.

En 2008, La proportion de personnes hospitalisées pour AVC et âgées de moins de 65 ans était globalement égale à 25,3 %. L'InVS note que dans la population des 65 ans et plus, les taux standardisés d'hospitalisation pour AVC ont effectivement diminué (-7,8 % pour les hommes et -6,1 %

<sup>47</sup> InVS maladies cardiovasculaires, 2010

<sup>48</sup> BEH 6 novembre 2012, n°41 Personnes hospitalisées pour infarctus du myocarde en France : tendances 2002-2008, Christine de Peretti, Francis Chin, Philippe Tuppin, Nicolas Danchin.

<sup>49</sup> Fiche 72 du rapport DRESS 2011 sur l'évaluation des objectifs de la loi de santé publique

pour les femmes) mais pas pour les personnes de moins de 65 ans. Les taux standardisés d'hospitalisation ont augmenté de +10,8 % (+9,7 % pour les hommes et +12,9 % pour les femmes)<sup>50</sup>. Une étude par classe d'âge plus précise montre que cette augmentation concerne les hommes âgés de 25 à 64 ans et les femmes de 15 à 54 ans.

Les décès liés aux **maladies veineuses thromboemboliques** augmentent de façon exponentielle avec l'âge, ainsi que le souligne l'InVS « pour atteindre près de 150 décès pour 100 000 chez les plus de 80 ans ».

Entre 2002-2010, le taux standardisé de patients hospitalisés pour maladie veineuse thromboembolique a augmenté de 11 % chez les hommes alors qu'il est resté stable chez les femmes. L'InVS note toute fois que les évolutions étaient différentes en fonction de l'âge des patients : « *les taux d'hospitalisation pour EP ont augmenté significativement chez les hommes de moins de 65 ans et les femmes de moins de 55 ans et diminué à partir de 75 ans pour les hommes et de 65 ans chez les femmes* ».

*Source : articles InVS cités/Mission*

**Recommandation n°3 : La diminution de la part de décès liés aux maladies cardiovasculaires ne doit pas amener à relâcher la vigilance dans la prévention des facteurs de risque**

### 1.2.2 Un fort impact de l'âge sur la survenue des maladies cardiovasculaires

L'incidence des maladies cardiovasculaires augmente avec l'âge.

Le tableau ci-dessous présente le taux d'attaque des syndromes coronaires aigus en fonction de l'âge et du sexe.

Tableau 1 : Taux d'attaque (pour 100 000) de syndrome coronaire aigu en 2006

	35-44 ans	45-54 ans	55-64 ans	65-74 ans
<b>Hommes</b>	119	371	649	1149
<b>Femmes</b>	28	88	134	449

*Source : Facteurs de risque non modifiables, Bruno Pavy, Cœur et travail, Editions Frison Roche, septembre 2013*

Le risque d'AVC augmente proportionnellement avec l'âge. Après 55 ans, le risque d'AVC est multiplié par deux après chaque décennie<sup>51</sup>.

Le risque d'infarctus du myocarde est augmenté après 55 ans.

Ainsi, les scores classiques d'évaluation du risque de maladies cardiovasculaires (SCORE ou Framingham) font intervenir le critère d'âge. Les recommandations de la Société européenne de cardiologie incluent dans leur point fort le fait que le dépistage des facteurs de risque, incluant le profil lipidique, peut être envisagé chez les hommes âgés d'au moins 40 ans et chez les femmes âgées d'au moins 50 ans ou ménopausées.

<sup>50</sup> Personnes hospitalisées pour accident vasculaire cérébral en France : tendances 2002-2008 Christine de Peretti c.deperetti@invs.sante.fr)1, Francis Chin1, Philippe Tuppin2, Yannick Béjot3, Maurice Giroud3, Alexis Schnitzler4, France Woimant5

<sup>51</sup> Médecine d'urgence 2003, p. 107-117. © 2003 Elsevier SAS. Accident vasculaire cérébral, C. Pellerin, Y. Mauget, A. Bouju, F. Rouanet, M.E. Petitjean, P. Dabadie)

Les données du régime général de l'assurance maladie, analysées pour la mission, permettent de comparer en 2012, en fonction de l'âge, les nombres d'arrêt de travail pour maladies cardiovasculaires<sup>52</sup> de plus de 45 jours continus ou de courte durée mais ayant fait l'objet d'un contrôle du fait d'un ciblage (arrêts de travail itératifs, professionnels de santé prescrivant nettement plus d'arrêts de travail que leurs confrères, signalement de l'employeur).

Ces données figurent dans le tableau ci-dessous.

Tableau 2 : Evolution du nombre d'arrêts de travail pour maladies cardiovasculaires de plus de 45 jours continus ou de courte durée mais ayant fait l'objet d'un contrôle du fait d'un ciblage, en fonction de l'âge et du sexe en 2012

	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	>=75	Tot
<b>F</b>	10	113	216	295	451	700	1098	1293	1509	414	59	8	4	6170
<b>M</b>	26	119	252	494	1026	1985	3366	4827	5462	1299	178	36	8	19 78
<b>Tot</b>	<b>36</b>	<b>232</b>	<b>468</b>	<b>789</b>	<b>1477</b>	<b>2685</b>	<b>4464</b>	<b>6120</b>	<b>6971</b>	<b>1713</b>	<b>237</b>	<b>44</b>	<b>12</b>	<b>25248</b>

Source : CNAMTS - Hippocrate

Même si ces données ne portent pas sur l'exhaustivité des arrêts de travail pour maladies cardiovasculaires, elles reflètent l'exhaustivité des arrêts de travail de plus de 45 jours pour maladies cardiovasculaires car depuis 2009, tous les arrêts de travail de plus de 45 jours font l'objet d'un contrôle du service médical de l'assurance maladie. En outre, la proportion des arrêts de travail de plus de 45 jours par rapport aux contrôles pour des arrêts de plus courte durée est très importante. Toutes pathologies confondues, les arrêts de travail de plus de 45 jours représentent 90 % contrôles des arrêts de travail réalisés par le service médical de l'assurance maladie. On fait ici l'hypothèse que cette proportion est sensiblement comparable s'agissant des seules pathologies cardiovasculaires.

La progression continue avec l'âge du nombre d'arrêts de travail de plus de 45 jours contrôlés par le service maladie témoigne de l'évolution de l'incidence de ces pathologies avec l'âge. Le nombre d'arrêts de travail pour maladie cardiovasculaire est 15 fois plus important pour les patients âgés de 55 à 60 ans que pour ceux âgés de 25 à 29 ans. A partir de 60 ans, la diminution constatée est à mettre en regard de la diminution de personnes en situations de travail dans ces tranches d'âges. Les hommes sont nettement plus concernés que les femmes ce qui peut s'expliquer d'une part par des facteurs épidémiologiques et d'autre part par la proportion d'homme en activité sur des tranches d'âges comparables.

Les données fournies par l'assurance maladies en 2009, 2010 et 2011 permettent de constater des tendances comparables concernant évolution en âge et nombre d'arrêts de travail de plus de 45 jours pour maladies cardiovasculaires.

### 1.2.3 Des salariés qui aujourd'hui partent à la retraite à l'issue de la survenue d'une maladie ou d'un handicap

Le tiers des salariés âgés de 60 à 69 ans partis à la retraite en 2012 n'était plus en activité. Pour un quart de ceux-ci, cette sortie de l'activité était liée départ était lié à des raisons de santé ou de handicap.

<sup>52</sup> Seuls ont été retenus les assurés pour lesquels l'arrêt de travail a été justifié par le médecin conseil. L'âge pris en compte est celui à la date du premier jour d'arrêt de travail. Pour cibler les pathologies cardiaques, le tri a été réalisé sur codes de la Classification internationale des maladies de l'OMS10<sup>ème</sup> révision (CIM 10)



### 1.2.4 Une augmentation prévisible de l'âge des salariés en activité

Depuis plusieurs années le taux d'activité au sens du BIT<sup>53</sup>, en moyenne annuelle, des 50-64 ans, remonte notamment sous l'effet des réformes successives des retraites. Alors qu'il s'était fortement dégradé durant les années 80 passant de 59,7 % en 1980 à 46,3 % en 1990 à cause de l'abaissement de l'âge de la retraite à 60 ans et des possibilités accrues de départ en préretraite, la tendance au relèvement s'est accentuée depuis 2008 et il a atteint 61,1 % en 2012.

Le taux d'activité a augmenté de 5,2 points entre 2008 et 2012 dont 2,5 points sur la seule année 2012<sup>54</sup>.

Si l'on examine la situation des personnes âgées de 55-64 ans, en 2011, 44,4 % étaient actives (47,2 % pour les hommes et 41,8 % pour les femmes), dont 41,5 % en emploi et 2,9 % au chômage.

Pour cette tranche d'âge, le taux d'activité corrigé des effets de structure démographique a augmenté continuellement depuis 2001 pour tous les âges, pour les hommes comme pour les femmes. Malgré la crise de 2008-2009, la hausse de ce taux s'est accentuée au cours des quatre dernières années : + 3,2 points en 2011, contre environ + 2 points chaque année de 2008 à 2010 et + 0,5 point par an en moyenne de 2003 à 2008.

Pour les 60-64 ans, le taux d'activité qui avait connu une progression plus rapide que par le passé à partir de 2006, s'est nettement accéléré en 2011, en raison notamment du relèvement au second semestre de l'âge d'ouverture des droits à la retraite pour les personnes nées à compter du 1er juillet 1951, suite à la réforme de 2010.

Entre 2000 et 2010, le taux d'emploi des 55-64 ans (qui mesure la proportion des actifs occupés de cette tranche d'âge), corrigé des effets de structure démographique, a augmenté de 10,3 points. Cette progression s'est accélérée en 2011 et, comme pour les taux d'activité, cette accélération a concerné d'abord les 55-59 ans (depuis 2008), puis les 60-64 ans (depuis 2011). En 2011, le taux d'emploi des 55-59 ans était de 64 % et celui des 60-64 ans de 18,9 %<sup>55</sup>.

Entre 2008 et 2012, l'âge moyen de départ à la retraite des assurés de la CNAV est passé de 61,1 ans en 2008 à 62 ans en 2013<sup>56</sup>.

Selon les projections du Conseil d'orientation des retraites et avec la législation actuelle, l'âge effectif de départ à la retraite augmenterait, rapidement au cours des dix prochaines années, avant de se stabiliser d'ici 2040 dans la plupart des régimes. Entre 2011 et 2040, le report de l'âge effectif de départ à la retraite serait en moyenne de l'ordre de deux ans pour les salariés du secteur privé. Vers 2040 et au-delà, les salariés du secteur privé partiraient à la retraite en moyenne à 64 ans<sup>57</sup>.

<sup>53</sup> Rapport entre le nombre d'actifs -actifs occupés et chômeurs- et l'ensemble de la population correspondante

<sup>54</sup> Séries longues. Emploi population active. Taux d'activité selon l'âge, INSEE

<sup>55</sup> Conseil d'orientation des retraites. Retraites : un état des lieux du système français. Douzième rapport. Janvier 2013.

<sup>56</sup> PLFSS 2014. Annexe 1. Programme de qualité et d'efficacité. Retraites. Indicateur n°3-1. Age effectif au départ de la retraite des assurés du régime général par genre, des régimes alignés et de la fonction publique

<sup>57</sup> Conseil d'orientation des retraites. Retraites : fiches pour l'information et le débat. Mai 2013. Fiche n°7 : Les perspectives d'âge de départ et de niveau des retraites

## 1.3 Une prévention adaptée des maladies cardiovasculaires peut contribuer à réduire les inégalités sociales

### 1.3.1 Les maladies cardiovasculaires touchent prioritairement les personnes les plus défavorisées

Les inégalités face aux maladies cardiovasculaires selon la CSP ou le niveau de revenu ont été largement décrites<sup>58</sup>.

L'étude Interheart précitée avait montré que le faible niveau d'éducation était le marqueur le plus souvent associé à un risque accru d'infarctus du myocarde parmi les variables éducation, revenu du ménage, possession matérielle et profession.

Dans le document préparatoire au Projet régional de santé de la région PACA, il était souligné que la mortalité par cardiopathies ischémiques était 2,5 fois plus élevée chez les hommes de 25-54 ans employés-ouvriers que chez les cadres-professions intellectuelles supérieures en Paca sur 1991-2005. Ces différences selon le genre et le statut socioprofessionnel reflétaient en partie des différences d'exposition aux facteurs de risque cardio-vasculaires (tabac, obésité, alimentation, activité physique)<sup>59</sup>.

En région Midi-Pyrénées, les constats étaient du même ordre. « *En 1991-2005, les inégalités sociales de mortalité étaient importantes pour l'ensemble des maladies cardiovasculaires. Les ouvriers-employés avaient un risque trois fois plus élevé de décéder par maladie cardiovasculaire que les cadres et professions intellectuelles supérieures (écart identique à la moyenne nationale)* ». Ces résultats étaient mis en relation avec les différences d'exposition aux facteurs de risque cardiovasculaires selon le niveau socioprofessionnel et en particulier avec l'obésité, facteur majeur de risque cardiovasculaire<sup>60</sup>.

L'InVS a réalisé une étude sur la mortalité prématurée par maladies cardiovasculaires chez les hommes selon la catégorie sociale et le secteur d'activité<sup>61</sup>. Ce travail a été réalisé dans le cadre du programme de surveillance Cosmop dont l'objectif est de décrire de façon systématique la mortalité selon les caractéristiques professionnelles. Les taux de mortalité les plus élevés sont retrouvés chez les ouvriers et employés, avec un gradient social décroissant de la catégorie des ouvriers à celle des cadres, résultats en cohérence avec plusieurs travaux de la littérature scientifique consacrée aux liens entre la catégorie sociale et la morbi-mortalité cardiovasculaire ».

Le constat de ces inégalités n'est pas sans conséquences sur les stratégies à mettre en œuvre. Des chercheurs avaient réalisé une étude sur les facteurs de risque et les caractéristiques socioprofessionnelles de 4500 patients admis en coronarographie dans un institut de chirurgie cardiaque et interventionnelle. Ils notaient que les facteurs de risque étaient influencés par les styles de vie, influencés par les inégalités socioprofessionnelles. Ils citaient notamment les études montrant que les individus à faible revenu avaient plus de mal à pratiquer une activité physique, une probabilité plus importante de fumer.

---

<sup>58</sup> Inégaux face à la santé : du constat à l'action. LECLERC A., KAMINSKI M. & LANG T. Editions La Découverte, Paris, 2008. 298p.

<sup>59</sup> Etats de santé et inégalités en région Provence Alpes Côte d'Azur 2010, Document préparatoire au PRS élaboré pour l'ARS de PACA, ARS PACA, ORS PACA

<sup>60</sup> Repères sur les inégalités de santé, analyse sociale et territoriale, ARS Midi-Pyrénées, ORS Midi-Pyrénées, 2011

<sup>61</sup> Diène E, Fouquet A, Geoffroy B, Julliard S. Mortalité prématurée par maladies cardiovasculaires chez les hommes selon la catégorie sociale et le secteur d'activité, InVS, à paraître



Ils concluaient sur la nécessité de « *connaître davantage le profil socioéconomique des personnes souffrant de maladies cardiovasculaires, afin d'identifier leur distribution sociale et de repérer les axes d'interventions possibles dans le cadre de la conception et la promotion des mesures de prévention efficaces* »<sup>62</sup>.

La feuille de route de la stratégie nationale de santé indique que « *les facteurs explicatifs de la surmortalité qui frappe les catégories les moins favorisées interviennent pour l'essentiel en amont de la prise en charge proprement médicale des différentes pathologies. Ces catégories cumulent en effet les facteurs de risque : expositions plus fréquentes aux risques environnementaux (toxiques en milieu professionnel, polluants de l'habitat, pollution urbaine), prévalence plus élevée des facteurs de risques comportementaux liés au modes de vie, moindre accès au dépistage précoce et diagnostic tardif des pathologies graves* ».

Ce constat peut être illustré par les résultats de l'expérimentation PREMTES (PREvention, Médecine du Travail, Examens de Santé), dont la mission a eu connaissance lors de son déplacement en région Nord-Pas-de-Calais, région très impliquée dans cette expérimentation (13 services de santé au travail et centres d'examens de santé y ont participé). Conduite sur la période 2008-2010 cette action avait pour objectif de proposer systématiquement aux travailleurs "en situation de vulnérabilité" un bilan de prévention réalisé par les centres d'examen de santé. Ce dispositif était coordonné et analysé par le Centre technique d'appui et de formation des Centres d'examens de santé (CETAF).

#### **Expérimentation PREMTES**

**Objectif :** Evaluer un partenariat entre des Services de Santé au Travail (SST) et des Centres d'examens de santé (CES) de l'Assurance Maladie, visant à proposer aux travailleurs en situation de vulnérabilité sociale de passer le bilan de prévention des CES. Ce bilan, clinique, para-clinique et biologique, est conclu par des préconisations spécifiques aux problèmes de santé diagnostiqués, par des aides appropriées pour l'ouverture de droits sociaux et par des informations sur l'accès à des professionnels (dentistes, psychologues, diététiciens, centres de vaccination, dépistages organisés des cancers ...) ou à diverses associations.

**Méthodes :** Les travailleurs en situation de vulnérabilité sociale ont été identifiés lors de la visite de médecine du travail grâce à un questionnaire socio-administratif auto administré comportant le score EPICES (score individuel de précarité reposant sur 11 questions binaires oui / non), de sorte que le bilan de prévention des CES soit proposé aux salariés identifiés comme vulnérables. Leur état de santé a été comparé, par la régression logistique multivariée, à celui de travailleurs non vulnérables (selon EPICES), examinés dans les mêmes CES entre 2007 et 2008 dans le cadre de leur activité de routine.

**Résultats :** L'expérimentation a été conduite entre 2008 et 2010, auprès de 32 SST et 20 CES situés dans 10 régions françaises. Le questionnaire a été administré par 192 médecins du travail dans un échantillon aléatoire de 15 692 salariés (femmes = 45,2 %), suivis en services interentreprises (86,1 %), autonomes d'entreprises (7,3 %) et hôpitaux (6,6 %). La représentativité de l'échantillon a été vérifiée par comparaison avec deux enquêtes nationales françaises : Surveillance Médicale des Risques Professionnels (SUMER) et Enquête Santé et Protection Sociale (ESPS). Parmi l'ensemble des travailleurs, 27,2 % (4272) ont été identifiés comme vulnérables par le score EPICES.

<sup>62</sup> TCHICAYA A et Al, Facteurs socioéconomiques et facteurs de risque de maladies cardiovasculaires parmi les patients admis en coronarographie à l'Institut National de Chirurgie Cardiaque et de Cardiologie Interventionnelle au Luxembourg, projet ESANDE, CEPS, INSTEAD, août 2009

Le bilan de prévention leur a été proposé et près du quart de ces travailleurs (1015) se sont rendus dans les CES pour réaliser le bilan. Les données de santé montrent que, comparativement aux travailleurs non vulnérables, les risques de santé dégradée sont élevés et statistiquement significatifs pour la plupart des indicateurs étudiés : tabagisme, sédentarité, prise de médicaments psychotropes, non-recours au médecin et au dentiste, non suivi gynécologique, défaut d'accès au dépistage du cancer du col de l'utérus, perception négative de la santé, mauvais état buccodentaire, obésité, hypertension artérielle, diabète, hypertriglycéridémie, anémie (les odds ratios sont compris entre 1,50 et 3,50).

Les données recueillies ont également permis d'étudier les situations professionnelles à risque de vulnérabilité sociale : temps partiel non choisi, contrats aidés, intérim, CDD, emplois saisonniers, certains secteurs d'activités tels que services aux entreprises, services aux particuliers, bâtiment, hôtellerie, restauration, ménage à domicile.

*Extrait : document PREMTES, CETAF*

Les résultats de cette expérimentation montrent que les facteurs de risques cardiovasculaires (sédentarité, obésité, hypertension artérielle, hypertriglycéridémie) sont statistiquement significatifs et que le développement des collaborations médecine du travail-médecine de ville est tout à fait positif.

L'articulation avec les politiques de santé publique prend ici tout son sens. Si la prévention des risques professionnels notamment dans le cadre des maladies cardiovasculaires relève clairement de la responsabilité de l'employeur, ces différents constats amènent sur un terrain qui n'est pas celui de l'entreprise mais où elle pourrait, si elle en a la capacité et si elle le souhaite jouer un rôle dans l'amélioration de la santé des salariés.

Ce type d'action ne saurait occulter le rôle premier des services de santé au travail mais plusieurs expériences particulièrement intéressantes ont été menées dans ce domaine, des expériences où l'entreprise est « promotrice de santé ». Elles sont décrites en partie 3.

### 1.3.2 Une population de travailleurs a plus de chance d'être en bonne santé qu'une population inactive

Les risques professionnels de maladies cardiovasculaires ont fait l'objet d'un long développement dans ce rapport. Si la réduction des inégalités de santé passe par une prévention adaptée des maladies cardiovasculaires, les personnes qui travaillent sont en meilleure santé.

L'effet « travailleur sain » (healthy worker effect) a fait l'objet de nombreuses publications. Il constitue du reste un biais classique des études réalisées en milieu professionnel comme le rappelle un article sur la méthodologie des enquêtes épidémiologiques en milieu de travail : « *Comme dans la plupart des études en milieu professionnel, la population étudiée est une population de personnes au travail, donc sélectionnés pour être indemnes de maladie grave et incapacitante. Il s'agit de l'effet du travailleur sain* »<sup>63</sup>. Cet effet travailleur sain relève d'une sélection de personnes dont l'état de santé et tel qu'il leur permet de travailler, mais les personnes au chômage présentent de risques cardiovasculaires accrus.

<sup>63</sup> Enquêtes épidémiologiques en milieu de travail: quelques bases pour le médecin du travail, A. Descatha (1,2), B. Geoffroy-Perez (3), A. Leclerc (1), M. Goldberg (1,3), (1) INSERM U687-IFR 69, Hôpital National de Saint-Maurice, 14 rue du val d'Osnes, 94415 Saint-Maurice CEDEX.

### 1.3.3 Le chômage est un facteur de risque cardiovasculaire avec une relation dose-effet

Plusieurs études montrent désormais qu'il existe un lien entre maladies cardiovasculaires et chômage et que ce lien est retrouvé même en neutralisant l'effet de sélection décrit ci-dessus (effet travailleur sain).

Une équipe de chercheurs nord américains a réalisé une étude prospective<sup>64</sup> sur une cohorte de 13 451 adultes âgés de 51 à 75 ans, intégrés au panel Health and Retirement Study de l'Université du Michigan et ayant bénéficiés d'un suivi bisannuel de 1992 à 2010. Le modèle à risques proportionnels de Cox a été utilisé pour étudier les effets des multiples antécédents professionnels sur la survenue d'infarctus du myocarde tout en prenant en compte les données sociodémographiques et les facteurs de confusion.

L'âge médian au sein de la cohorte était de 62 ans et 1061 infarctus du myocarde ont été reportés. Sur l'ensemble de l'échantillon, 14,0 % des sujets étaient au chômage à l'inclusion, 69,7 % ont connu au moins une perte d'emploi et 35,1 % ont été au chômage durant une partie de l'étude. L'analyse multivariée a montré que le risque de survenue d'un infarctus du myocarde était significativement plus élevé pour les chômeurs que pour les salariés n'ayant jamais perdu leur emploi. De plus, ce risque augmentait progressivement chez les salariés avec le nombre de pertes d'emploi successives. Ainsi, pour les salariés ayant connu une seule perte d'emploi, ce risque était de 1,22 alors qu'il était de 1,63 pour les salariés ayant perdu 4 fois ou plus leur emploi. Les auteurs ont par ailleurs observé que le risque d'infarctus du myocarde était plus élevé au cours de la première année de chômage 1,27 mais sans connaître d'évolution les années suivantes. Les auteurs ont ainsi conclu que le chômage, les pertes répétées d'emploi et les courtes périodes d'inactivité professionnelle engendraient des risques significativement accrus de survenue d'infarctus du myocarde. Ils montrent ainsi l'existence d'une relation dose-effet entre le nombre de pertes d'emploi subies et l'incidence de l'infarctus du myocarde.

Les mêmes constats ont été réalisés lors d'une étude américaine analysant l'impact d'une perte d'emploi chez des salariés de plus de 50 ans sur la survenue d'infarctus du myocarde ou d'AVC<sup>65</sup>. Les auteurs ont utilisé la même base de données épidémiologique que l'étude précédente, à savoir la Health and Retirement Survey. Le modèle à risques proportionnels de Cox a permis d'estimer si les travailleurs perdant leur emploi avaient un risque plus élevé d'infarctus du myocarde et d'AVC que les individus qui continuaient à travailler.

Sur les 4301 salariés inclus en 1992, 582 (13,5 %) ont été licenciés au cours des 10 ans qu'a duré le suivi. Après ajustement des variables, les auteurs sont arrivés à démontrer que les individus ayant été licenciés avaient plus de deux fois plus de risque de subir un infarctus du myocarde ou un AVC que les personnes qui continuaient à travailler.

---

<sup>64</sup>Dupre ME, George LK, Liu G, et al. The cumulative effect of unemployment on risks for acute myocardial infarction. *Arch Intern Med.* 2012 Dec 10; 172(22):1731-7.

<sup>65</sup>Gallo sWT, Teng HM, Falba TA, et al. The impact of late career job loss on myocardial infarction and stroke: a 10 year follow up using the health and retirement survey. *Occup Environ Med.* 2006; 63:683-687.

## 1.4 L'ensemble des acteurs de prévention sont principalement mobilisés sur la prévention des TMS, RPS et CMR et pas sur le risque cardiovasculaire

### 1.4.1 Les TMS, RPS et CMR sont des priorités de la COG identifiées à partir des données de sinistralité

Dans le cadre de la convention d'objectifs et de gestion (COG) de la branche AT-MP 2014-2017 signée le 30 décembre 2013, les partenaires sociaux ont rappelé, en préambule de leurs orientations que la branche AT-MP « *en tant qu'assureur solidaire elle a pour principe d'action la gestion du risque à travers ses trois métiers que sont la prévention, la réparation et la tarification* ». Si la première des cinq grandes orientations retenues dans la COG est de positionner la prévention au cœur de la gestion du risque professionnel, la logique d'assureur conduit à assurer une prévention des risques fondée sur le ciblage et l'évaluation, comme en témoigne l'axe stratégique n° 1 de la COG.

*« Une telle approche implique que soit défini un nombre limité de priorités sur lesquelles seront concentrés les actions, les moyens, les efforts d'évaluation et le pilotage, étant entendu que ces priorités, selles ne résument pas la totalité de l'activité du réseau, induisent la nécessité de hiérarchiser les actions pour l'affectation des moyens dédiés.*

*Les cibles prioritaires devront être identifiées à partir d'analyses de sinistralité et de faisabilité des interventions, en lien avec les orientations adoptées par la CAT-MP et les comités techniques nationaux (CTN). Elles devront tenir compte des orientations des pouvoirs publics telles que précisées par le plan santé au travail (PST) et, le cas échéant, des nouvelles orientations gouvernementales.*

*Au niveau national ces priorités sont limitées à un nombre de thèmes intéressant par nature l'ensemble des territoires. Trois risques prioritaires (troubles musculo-squelettiques, risque de chute dans le BTP, exposition à des agents cancérigènes) et cinq problématiques particulières (seniors, jeunes et nouveaux embauchés, TPE, entreprises en contact avec l'amiante, risques psycho sociaux) sont ainsi retenus ».*

Ces priorités se situent dans le droit fil de celles qui avaient été retenues dans la précédente COG 2009-2012 prorogée sur 2013 qui comportait :

- quatre priorités d'actions : troubles musculo-squelettiques, cancers d'origine professionnelle, risque routier, risques psycho-sociaux,
- quatre cibles prioritaires : PME-TPE, salariés seniors, salariés menacés de désinsertion professionnelle, salariés des entreprises sous traitantes.

L'absence du risque cardiovasculaire dans les cibles prioritaires de la branche AT-MP n'est pas surprenante dans la mesure où ces cibles sont identifiées à partir d'analyses de sinistralité, ce qui peut se comprendre dans une approche assurantielle.

La COG n'est pas le seul outil permettant le pilotage des politiques de santé au travail, le Plan national santé travail dont l'élaboration est prévue prochainement et ses déclinaisons régionales constituent également des leviers.

**Recommandation n°4 : Le futur Plan national santé travail doit comporter, parmi les thématiques abordées, la prévention des maladies cardiovasculaires.**

### 1.4.2 Le risque cardiovasculaire n'est pas à ce jour identifié en tant que tel dans les statistiques de sinistralité de la branche AT-MP

Les statistiques de sinistralité ne recensent que les accidents ou maladies reconnues en relation avec l'activité professionnelle et ayant donné lieu à une indemnisation ce qui écarte bien évidemment les affections dont le caractère professionnel n'a pas été reconnu (et en ce domaine, s'agissant des maladies l'expertise est parfois complexe) et surtout tous les accidents et maladies non déclarés qui peuvent être en relation avec le travail.

En effet le cadre de restitution des statistiques d'accidents du travail comporte trois entrées dont la décomposition interne n'identifie pas spécifiquement le sujet cardiovasculaire :

- la nature des lésions, répartie en 18 rubriques : chocs, plaies, fractures, brûlures... Deux d'entre elles comprennent peut-être des accidents consécutifs à une maladie cardiovasculaire : commotion et traumatisme interne et nature inconnue et non classée ;
- le siège des lésions, réparti en 8 rubriques : tête et cou, membres supérieurs, dos-rachis-moelle épinière... La rubrique « localisation inconnue et non classée » concerne peut-être des accidents d'origine cardiovasculaires ;
- l'élément matériel, réparti en 14 rubriques : accident de plain-pied, chutes, machines, outils... dont une rubrique déclarations non classées faute de données suffisantes, malaises, mort subite ou non qui concerne vraisemblablement pour partie des accidents d'origine cardiovasculaire.

Les services de la branche AT-MP nous ont confirmé que les affections cardiovasculaires n'apparaissent pas dans le régime AT compte tenu des modalités d'instruction des dossiers de déclaration d'accident du travail. En effet, lors de la déclaration d'un accident du travail, le symptôme est toujours codé R 53, c'est-à-dire malaise. Lors de l'instruction du dossier il y a deux possibilités :

- soit il n'existe pas d'état antérieur, ce qui est exceptionnel, et dans ce cas l'assuré social continue d'être indemnisé suivant le régime AT et le service médical reste bien souvent sur le code syndrome R 53 ;
- soit il existe un état antérieur et un arrêt de travail fait suite au malaise. Dans ce cas, le service administratif interroge le service médical pour lier l'indemnisation au régime AT ou Maladie selon la question de l'imputabilité de l'AT et là aussi le code syndrome R 53 est conservé.

Concernant les maladies professionnelles, les affections cardiovasculaires ne sont pas individualisées dans les tableaux de maladies professionnelles. Elles n'apparaissent que dans le cadre de complications d'une pathologie déjà décrite par un code syndrome

Ainsi dans le tableau n° 25 relatif aux 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, figure la maladie A2: Silicose chronique ainsi définie :

*« pneumoconiose caractérisée par des lésions interstitielles micronodulaires ou nodulaires bilatérales révélées par des examens radiographiques ou tomodensitométriques ou par des constatations anatomopathologiques lorsqu'elles existent ; ces signes ou ces constatations s'accompagnent ou non de troubles fonctionnels respiratoires.*

*Complications :*  
- cardiaque : insuffisance ventriculaire droite caractérisée.... »

Par contre, pour la CNAMTS dans sa branche assurance maladie, les maladies cardiovasculaires sont clairement identifiées comme un enjeu majeur et font l'objet d'analyses de données approfondies, comme en témoigne le rapport charges et produits pour 2014. (CNAMTS Rapport charges et produits pour 2014) Il est précisé que les pathologies cardiovasculaires représentent 10 % des dépenses totales, soit 14,7 milliards d'euros et que deux pathologies dominent en termes de coût : la maladie coronaire (qu'elle soit aiguë – infarctus du myocarde - ou chronique) et l'accident vasculaire cérébral (AVC aigu ou séquelles d'AVC), qui représentent ensemble 55 % du total, l'insuffisance cardiaque et les troubles du rythme venant ensuite avec 13-14 %. Ces pathologies sont identifiées par les codes correspondant dans le cadre du Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) ou par les Affections de longue durée (ALD) spécifiques.

Le rapport précité identifie également les traitements des facteurs de risque cardiovasculaire que sont le diabète, l'hypertension artérielle (HTA) et l'hyperlipidémie comme une forte source de dépenses avec 18,7 milliards d'euros dont 7,5 milliards d'euros correspondant au traitement du diabète. Ces facteurs de risques sont repérés par les prescriptions de traitements jugés spécifiques.

#### 1.4.3 Les actions de préventions des risques professionnels procèdent d'une approche globale qui englobe la prévention des maladies cardiovasculaires

Si l'absence de données chiffrées sur le nombre d'accidents du travail ou de maladies professionnelles en relation avec une pathologie cardiovasculaire n'a pas permis d'identifier son niveau de sinistralité et donc de faire de la prévention de cette pathologie une des priorités d'action de la COG, cela ne signifie pas qu'à l'occasion des visites de prévention les médecins ne procèdent pas à la recherche d'antécédents cardiovasculaires et de facteurs de risque et à un examen global du salarié incluant par exemple la prise de la tension artérielle. Par ailleurs, les actions de prévention qui sont conduites pour limiter les conséquences négatives de certaines conditions de travail peuvent contribuer à prévenir les risques cardiovasculaires. Ainsi, la priorité d'action TMS contribue à réduire la pénibilité des postes de travail. De même la prise en compte des risques psychosociaux peut contribuer à réduire le stress au travail.

Plus largement on peut considérer que la plupart des mesures destinées à améliorer les conditions de travail, au-delà des priorités d'actions et des cibles prioritaires définies dans les COG, ont un impact positif sur la prévention des risques cardiovasculaires.

Ainsi, comme l'a indiqué à la mission une organisation syndicale, l'adoption en 2002 par les cimentiers d'un nouveau conditionnement des sacs de ciments limitant leur poids à 35 kg contre 50 auparavant a indéniablement réduit la pénibilité des manutentions dans ce secteur. Dans le même esprit, le comité technique des services, commerces et industries de l'alimentation a édicté une recommandation sur la prévention des risques liés aux manutentions manuelles des sacs de farine, applicable à compter du 31 décembre 2013, qui limite à 25 kg le poids des sacs de farine et améliore leur conception pour faciliter leur préhension.



## 1.5 De nombreux systèmes d'informations ont été mis en place pour améliorer la connaissance sur la santé au travail

A défaut de pouvoir exploiter les statistiques de sinistralité de la branche AT-M pour tenter de mieux cerner la réalité des maladies cardiovasculaires en milieu de travail, la mission a recherché si d'autres modalités de recueil d'information pouvaient être mobilisées. Elle a ciblé ses travaux sur certains systèmes d'information particulièrement axés sur les risques professionnels sans recherche d'exhaustivité. En particulier, ni les registres de maladies cardiovasculaires, ni l'étude MONICA ((MONI)torage des maladies CARdio-vasculaires), ni la cohorte CONSTANCES ne sont présentées malgré leur intérêt potentiel dans ces domaines. De même des cohortes spécifiques telles que la cohorte Gazel d'EDF, outil majeur d'information sur les risques professionnels, n'y figurent pas.

### 1.5.1 Les rapports annuels d'activité (RAM) des médecins du travail sont peu exploitables en l'état

Établis par les médecins du travail (article D.4624-42 du Code du travail), ils sont transmis chaque année à la DIRECCTE et permettent de présenter dans le bilan annuel des conditions de travail rédigé chaque année par la Direction générale du travail (DGT) « *les données chiffrées de la médecine du travail* »<sup>66</sup>.

Le contenu de ce rapport est fixé par l'arrêté du 13 décembre 1990 pris en application de l'article R 241-33 du code du travail fixant les modèles de rapport annuel du médecin du travail. Les rubriques que doit renseigner le médecin du travail visent pour l'essentiel à recenser son activité au regard de ses obligations fixées par le code du travail (nombre d'entreprises et de salariés suivis, conditions d'exercice, nombre de visites par types de public, tiers temps). Il doit en outre fournir des informations sur les pathologies dépistées et observées quelle qu'en soit la cause et le dépistage des maladies en relation avec le travail ainsi que des commentaires sur son activité clinique, sur les examens complémentaires, sur les motifs d'inaptitude.

L'ensemble des interlocuteurs rencontrés par la mission ont indiqué que le contenu des diverses rubriques de ce rapport, les conditions dans lesquelles il était renseigné par les médecins du travail et les difficultés de son exploitation ne pouvaient en faire le support d'un suivi épidémiologique, tant en ce qui concerne les maladies cardiovasculaires que d'autres pathologies.

La DGT a entrepris depuis plusieurs années des travaux pour faire évoluer les conditions d'exploitation et le contenu du RAM.

S'agissant des conditions d'exploitation, un projet SINTRA (Système d'Information santé au travail) avait été lancé en 2007 mais abandonné fin 2012 suite à la réforme de services de santé au travail.

**Recommandation n°5 :** La mission estime que le contenu du rapport d'activité des médecins du travail pourrait être simplifié et évoluer vers une approche davantage épidémiologique. Une fois son contenu revu, son informatisation en vue d'une exploitation simplifiée mais effective mériterait d'être à nouveau envisagée

---

<sup>66</sup> Conditions de travail. Bilan 2012 Chapitre 3. Les données chiffrées. Point 3. Les données chiffrées de la médecine du travail

### 1.5.2 Le programme de surveillance des maladies à caractère professionnel piloté par l'InVs constitue un atout pour améliorer la connaissance de la santé au travail

Par ailleurs, la mission a souhaité, en s'appuyant sur les données recueillies dans la région Nord Pas de Calais dans le cadre du programme des maladies à caractère professionnel mis en place par l'Institut national de veille sanitaire et l'inspection du travail, étudier les informations disponibles sur la prévalence des maladies cardiovasculaires y figuraient.

#### **Les maladies à caractère professionnel, zoom sur la région Nord Pas de Calais**

Une maladie à caractère professionnel (MCP), est définie comme toute maladie susceptible d'être d'origine professionnelle et non prise en charge au titre des maladies professionnelles indemnisables (MPI). Leur déclaration est une obligation pour tout docteur en médecine (article L.461-6 du Code de la sécurité sociale).

Dans le cadre d'un partenariat entre l'Institut de veille sanitaire et l'Inspection médicale du travail, un programme de surveillance des MCP (dit « Programme MCP ») a été mis en place dans plusieurs régions de France.

L'objectif de ce programme est de permettre une veille sanitaire en milieu du travail, afin d'améliorer la connaissance des pathologies d'origine professionnelle, de détecter d'éventuelles pathologies émergentes en estimant les prévalences des MCP dans la population salariée et de décrire les agents d'exposition professionnelle qui y sont associés.

À terme, le but est de fournir des informations pertinentes aux acteurs de la prévention.

Le programme MCP repose sur des médecins du travail volontaires qui signalent pendant deux semaines consécutives (appelées « quinzaines MCP »), deux fois par an, tous les cas de MCP observés au cours de leurs consultations. Les caractéristiques de l'ensemble des salariés venus en consultation lors des quinzaines sont également recueillies par le médecin (sexe, âge, profession, secteur d'activité de l'entreprise, ...) afin de calculer la prévalence de ces MCP.

La région Nord - Pas-de-Calais participe au programme de surveillance des MCP depuis 2009. Dans le cadre de l'Atlas régional de la santé au travail, les résultats des Quinzaines du Nord – Pas-de-Calais peuvent fournir des informations selon les secteurs d'activité présents en région.

#### Définition

Sont définis comme « MCP », toutes pathologies ou symptômes considérés par le médecin du travail comme en lien avec le travail et n'ayant pas fait l'objet d'une réparation en maladie professionnelle (maladie non déclarée, déclarée mais en cours d'instruction, ou refusée). En sont exclues les pathologies qui relèvent d'un accident du travail.

*Extrait de : La santé au travail dans le Nord-Pas-de-Calais. Atlas régional. Actualisation 2013.*

A la demande de la mission, le Département coordination des alertes et des régions de la cellule de l'InVS en Région Nord-Pas-de-Calais et Picardie a exploité les données des quinzaines MCP des années 2009, 2011 et 2012 pour connaître la prévalence des maladies cardiovasculaires signalés parmi les salariés examinés au cours ces quinzaines.



Tableau 3 : Prévalence des maladies cardiovasculaires à caractère professionnel dans les régions Nord-Pas de Calais et Picardie

Quinzaine	Salariés vus	Toutes Pathologies		Cardiovasculaire	
		Nbr de Signalements	Taux de signalement	Nbr de Signalements	Prévalence
2009	14008	801	5,30%	30	0,20%
2011	6153	376	5,80%	5	0,08%
2012	3335	203	5,60%	2	*

Source : Département coordination des alertes et des régions. Cellule InVS région Nord-Pas-de-Calais et Picardie.

Parmi les 30 signalements de maladies cardiovasculaires à caractère professionnel en 2009, 4 concernaient des personnes qui présentaient également une autre pathologie. Il s'agissait pour 2 d'entre eux d'une lombalgie, d'une TMS main poignet pour un autre et d'un burn out pour le dernier. Pour les 7 autres maladies cardiovasculaires à caractère professionnel signalées en 2011 et 2012, seule l'une d'entre elle était associée à une autre pathologie.

Ainsi, le programme de surveillance des maladies à caractère professionnel offre un potentiel d'informations particulièrement intéressant puisqu'il élargit le cadre des données épidémiologiques en santé au travail et que ce sont les médecins du travail qui renseignent les questionnaires.

### 1.5.3 L'InVS met en place des cohortes prospectives permettant un recueil d'informations très large en termes de données professionnelles (Cohortes Coset)

Le programme Coset (Cohortes santé et travail) développé par l'InVS doit concerner l'ensemble de la population active en France et notamment les salariés du privés en activité ou de façon temporaire, en période d'inactivité professionnelle.

L'InVS souligne que Coset est conçu comme un outil généraliste sans objectif spécifique avec un recueil d'information très large en termes de données professionnelles (parcours, nuisances subies) et en termes de pathologies étudiées<sup>67</sup>.

#### Programme Coset (Cohortes santé et travail)

Il vise à améliorer la connaissance et la surveillance de la morbidité et de la mortalité de la population active en France. L'objectif principal peut se décliner en objectifs spécifiques :

- « décrire à l'instant « t » la morbidité (et mortalité) des actifs français selon le type d'emploi (profession, catégorie socioprofessionnelle et secteur d'activité) ;
- décrire l'évolution de la morbidité (et mortalité) des actifs français dans le temps selon le type d'emploi (profession, catégorie socioprofessionnelle et secteur d'activité) ;
- décrire et surveiller les liens entre la morbidité (mortalité) des actifs français et des expositions professionnelles qu'elles soient d'origine physique, chimique ou psychosociale ou organisationnelle ;
- calculer des fractions de morbidité (mortalité) attribuables aux facteurs d'exposition professionnelle ;

<sup>67</sup> Geoffroy-Perez B, Bénézet L, Santin G, Delabre L, Delézire P, Chatelot J. Programme Coset : Cohortes pour la surveillance épidémiologique en lien avec le travail. Premier bilan de la phase pilote pour la mise en place de la cohorte d'actifs relevant du régime agricole au moment de l'inclusion - cohorte Coset-MSA. Saint-Maurice: Institut de veille sanitaire; 2012. 45 p.

- *faciliter la mise en place d'études ad hoc en cas de repérage de problèmes émergents ou mal documentés sur le plan scientifique »*

Ce programme utilisera notamment les données du système national interrégimes de l'assurance maladie (SNIRAM)

*Source : InVS/Mission*

Ce programme offre un potentiel d'informations particulièrement intéressant à exploiter du fait du couplage des données de l'assurance maladie et de données sur la vie professionnelle.

#### 1.5.4 Un programme d'alerte concernant les événements inhabituels en milieu de travail est maintenant déployé sur plusieurs régions

##### **Déploiement du GAST : Groupe d'alerte en santé travail.**

Afin d'améliorer la coordination et le traitement des signalements, par des acteurs de terrain (médecin du travail, syndicat, association...) d'événements sanitaires inhabituels en milieu professionnel, l'InVS a initié en 2008 un nouveau dispositif d'alerte : le Groupe d'alerte en santé travail (Gast). Sont considérés comme événements sanitaires inhabituels les cas groupés d'une même maladie ou d'une exposition inhabituelle. Expérimenté en région Aquitaine, le Gast s'articule avec les plateformes régionales de veille et d'urgences sanitaires des ARS. Coordonné par la Cire (cellule de l'InVS en région) et le référent national de l'Institut en santé-travail, il regroupe les interlocuteurs régionaux concernés par les risques professionnels : Inspection médicale du travail de la Direccte (Direction régionale des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi), consultation de pathologie professionnelle du centre hospitalier, centre antipoison...

Outre une meilleure information des acteurs locaux, le Gast qui apporte une expertise pluridisciplinaire, permet de donner une réponse rapide et concertée à tout signalement. Cette expertise permet avant tout une évaluation du signalement, qui peut mener si nécessaire à une enquête épidémiologique, qui sera alors réalisée par la Cire. Le Gast de par sa composition, est légitime à émettre des recommandations en matière d'investigations, de prévention, ou de surveillance.

Compte tenu du bilan positif de l'expérimentation en Aquitaine, les Gast ont été déployés :

- en 2011, Languedoc-Roussillon, Pays de Loire, Auvergne et Midi-Pyrénées ;
- en 2012 : Lorraine, Centre, Nord-Pas-de-Calais ;
- en 2013 : Basse-Normandie, Bourgogne.

*Source : InVS, département santé et travail*

Le déploiement du dispositif d'alertes en santé travail Gast peut aider à suivre l'émergence de pathologies, cardiovasculaires notamment, et à mieux comprendre leur origine, mais il devrait être intégré dans la restructuration d'ensemble des données sur les maladies cardiovasculaires (cf. : recommandation n° 6 ci-infra).

### 1.5.5 L'exploitation de la base nationale RnV3P peut améliorer les connaissances dans le domaine des risques professionnels

Les 32 centres de consultations de pathologies professionnelles (CCPP) sont fédérés au sein du Réseau national de vigilance et de prévention des pathologies professionnelles (RNV3P) qui est un réseau de vigilance et de prévention en santé au travail qui regroupe les 32 CCPP de France métropolitaine et un échantillon de services de santé au travail associés au réseau. 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).

Le RNV3P constitue non seulement une plateforme d'échange entre cliniciens et autres professionnels de la santé au travail mais il est également un système de production coordonné de connaissances à des fins de vigilance, d'amélioration des connaissances et de prévention des risques professionnels.

Depuis juillet 2010, l'Anses est l'opérateur du réseau. En tant qu'opérateur, il a pour mission de coordonner toutes les activités associées au RNV3P et participe aux travaux scientifiques associés en partenariat avec la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés, la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole, l'Institut de veille sanitaire et la Société française de médecine du travail.

Les informations recueillies au cours des consultations de pathologies professionnelles sont rassemblées au sein d'une base nationale accessible.

#### **RNV3P**

Les objectifs principaux du RNV3P sont :

- L'amélioration et l'harmonisation des pratiques de diagnostic des pathologies liées au travail et à l'environnement ;
- Le repérage de risques émergents ou ré-émergents en santé au travail ;
- Le repérage et la description de situations professionnelles à risque sanitaire en France ; prévention.

Le RNV3P a également pour vocation :

- D'être une plateforme d'échange entre cliniciens et autres professionnels de la santé au travail ;
- D'aider à définir des actions prioritaires régionales ou nationales ;
- De guider les choix en matière d'évaluation des risques, de prévention et de susciter des travaux de recherche.

Pour atteindre ses objectifs et assurer un fonctionnement efficace du RNV3P, différentes structures ont été mises en place, notamment différents organes réguliers, une équipe projet qui coordonne et assure le soutien aux partenaires du réseau, ainsi qu'une dizaine de groupes ou sous-groupes de travail correspondant chacun à une thématique particulière. Tous participent à l'approfondissement des questions scientifiques soulevées par les actions du réseau.

*Source : ANSES*

L'exploitation des informations contenues dans la base nationale de données nationales pourrait sans doute contribuer à améliorer la connaissance du lien entre expositions professionnelles et maladies cardiovasculaires.

### 1.5.6 Le dispositif Evrest vise à mettre en relation conditions de travail et état de santé des salariés

La mission, à l'occasion de son déplacement dans la région Nord-Pas-de-Calais, a rencontré la directrice du groupement d'intérêt scientifique (GIS) EVREST (Evolutions et Relations en Santé au Travail) afin de mieux cerner les données disponibles pour le suivi des maladies cardiovasculaires en milieu de travail.

Cette enquête a permis de recueillir des informations sur 23 523 salariés en 2011 et 2012. Elle a mobilisé 895 médecins du travail dans 19 régions en 2011 et 2012. Le questionnaire explore quatre grands thèmes :

- les conditions de travail (changement dans le travail en lien éventuel avec l'état de santé, horaires de travail et leur régularité, contraintes de temps et pression temporelle, sens et vécu du travail, charge physique, exposition à certains types de risques professionnels) ;
- la formation reçue et dispensée ;
- le mode de vie (sport, tabac, café) ;
- l'état de santé, rempli par le médecin ou l'infirmière en liaison avec le salarié couvre six domaines : cardiorespiratoire, neuropsychique, digestif, ostéoarticulaire, dermatologique, troubles de l'audition.

#### **LE DISPOSITIF EVREST**

Le dispositif Evrest (Evolutions et Relations en Santé au Travail) est un observatoire pluriannuel par questionnaire, construit par des médecins du travail et des chercheurs pour analyser et suivre différents aspects du travail et de la santé des salariés. Il permet de traduire, au moins partiellement, et sous une forme standardisée adaptée à une exploitation quantitative, des informations élaborées au cours des entretiens médicaux. Il contribue à rendre visibles, au niveau collectif, certaines informations qui restent le plus souvent limitées au cadre du colloque singulier entre le salarié et le médecin.

Ce dispositif vise d'une part à constituer une base nationale, à partir d'un échantillon de salariés (ceux nés en octobre d'une année paire) parmi ceux vus par les médecins du travail (cette base pouvant être exploitée aux niveaux national et régional), d'autre part à permettre à chaque médecin (ou à un groupe de médecins qui décideraient de se coordonner) de produire et exploiter l'ensemble de ses données pour enrichir la pratique de prévention et les réflexions sur le travail et la santé au niveau d'une collectivité de travail.

Ce dispositif se présente avec trois grands niveaux de fonctionnement :

- Le niveau national : structuré autour d'un Groupement d'Intérêt Scientifique (Gis) (constitué le 1er janvier 2009), et s'appuyant sur une « Équipe projet nationale Evrest ».
- Le niveau régional : dans chaque région participant à Evrest, un ou plusieurs médecins référents régionaux prennent en charge la gestion des inscriptions des médecins volontaires de leur région, les informent sur le dispositif Evrest et son fonctionnement.
- Les médecins du travail participants : chaque médecin peut, s'il le souhaite – outre sa contribution à l'échantillon national – élargir ponctuellement ou durablement son utilisation du dispositif EVREST, selon des besoins qui lui sont propres (individuellement ou de façon coordonnée avec d'autres, par exemple au niveau d'une entreprise, d'un service de santé au travail ou d'une branche professionnelle). L'échantillon national est constitué des salariés nés en octobre des années paires, vus :

- lors d'un entretien périodique ; un entretien réalisé dans le cadre d'une visite de reprise qualifiée également de visite périodique peut aussi être l'occasion de remplir un questionnaire Evrest, à partir du moment où l'arrêt de travail n'interfère pas sur la relation entre le travail et la santé ; un entretien santé travail infirmier peut aussi être l'occasion de remplir un questionnaire Evrest, à partir du moment où l'infirmier(ière) complète la fiche sur délégation du médecin du travail et après avoir été formé(e) à Evrest ;
- ou dans le cadre d'un entretien d'embauche, s'ils sont depuis au moins 2 mois dans l'entreprise.

La spécificité et l'objectif du dispositif Evrest ne résident pas dans l'exhaustivité et la précision des mesures, mais dans la diversité des domaines couverts, la possibilité de les mettre en relation, et surtout dans la mise en place d'un suivi longitudinal de ces données.

La partie administrative du questionnaire est remplie par le service de santé au travail, la partie concernant les expositions, le vécu au travail et le mode de vie par le salarié lui-même ou par le médecin à partir des appréciations du salarié, et la partie santé par le médecin lors de la consultation. Si le salarié a répondu seul aux items concernant le vécu au travail et le mode de vie, le médecin prend connaissance de ses réponses et est éventuellement amené à en rediscuter avec le salarié.

L'interprétation des chiffres doit se faire avec prudence. En effet, l'échantillon de salariés décrit dans ce rapport ne peut prétendre à être représentatif de l'ensemble des salariés exerçant leur activité sur le territoire français.

Du fait de cette absence de garantie de représentativité, l'échantillon Evrest se prête mal à une utilisation visant à établir des niveaux (fréquence de telle ou telle caractéristique du travail, ou de tel problème de santé). Il est préférable d'utiliser les chiffres fournis pour des comparaisons, par exemple entre catégories socioprofessionnelles ou secteurs d'activité, plutôt que des descriptifs bruts réalisés sur l'échantillon dans son ensemble.

*Source : Evolutions et relations en santé au travail. Rapport descriptif national 2011-2012. Version corrigée septembre 2013*

Le rapport descriptif national 2011-2012 (version septembre 2013) donne des informations sur le domaine cardiorespiratoire et y différencie les problèmes de santé en lien avec l'appareil cardiovasculaire et ceux en lien avec une hypertension artérielle.

Les résultats sont exprimés en pourcentage des 23 523 salariés qui ont participé à cette enquête).

#### Appareil cardiovasculaire:

- existence d'un problème : 3,7 % (6,3 % pour les plus de 45 ans),
- plaintes ou signes cliniques : 3,3 % (5,4 % pour les plus de 45 ans),
- gêne dans le travail : 0,9 % (1,3 % pour les plus de 45 ans),
- traitement ou autre soin : 2,2 % (4,3 % pour les plus de 45 ans).

#### Hypertension artérielle :

- existence d'un problème : 7,9 % (16,5 % pour les plus de 45 ans),
- plaintes ou signes cliniques : 6,4 % (13,2 % pour les plus de 45 ans),
- gêne dans le travail : 0,5 % (1,1 % pour les plus de 45 ans),
- traitement ou autres soins : 5,6 % (12,6 % pour les plus de 45 ans).

Les résultats sont à interpréter avec prudence, compte tenu des questions de représentativité et du caractère déclaratifs des informations. Ils apportent toutefois des informations intéressantes dans ce domaine et ce dispositif devra donc être pris en compte dans la réflexion sur la restructuration des données que la mission recommande (cf recommandation n° 6 infra).

### 1.5.7 Les données de la Caisse nationale d'assurance maladie permettent une approche partielle du poids des maladies cardiovasculaires

Outre les données portant sur les dépenses d'assurances maladies relatives aux maladies cardiovasculaires, le rapport charge et produit donne également des informations sur les effectifs de personnes soignées à partir d'une cartographie réalisée. « Sur 58,8 millions de personnes qui ont eu des soins remboursés par le Régime général au cours de l'année 20117, 24,4 millions (42 %) ont au moins une pathologie, ou un traitement particulier, ou une maternité, ou un épisode hospitalier ponctuel, individualisé par la cartographie. Le reste de la population (34,3 millions de personnes, 58 %) n'a eu que des soins courants ». Parmi les cinq grandes catégories de pathologies chroniques les plus fréquentes, on retrouve les pathologies cardiovasculaires, les autres étant les maladies respiratoires chroniques, le diabète, les cancers et les pathologies psychiatriques. Ainsi, 3,3 millions de personnes soit 5,7 % des bénéficiaires sont traités pour des pathologies cardiovasculaires dont 1,4 million soit 2,4 % des bénéficiaires pour des pathologies coronaires, 667 000 pour AVC.

Les hospitalisations dans l'année pour un épisode aigu : IDM, AVC ou embolie pulmonaire concernent 289 000 personnes soit 0,5 % de la population.

La CNAMTS a également réalisé une répartition du poste IJ selon les grands groupes de population de la cartographie (journée des statistiques et de la gestion du risque d'octobre 2013, préciser référence).

54 % des dépenses d'IJ maladie/ATMP concernent des pathologies avec diagnostics ou traitements chroniques spécifiques identifiables<sup>68</sup>. Parmi ces 54 %, les IJ rattachables à des pathologies cardiovasculaires correspondent à 5 % de ce total, les IJ rattachables à des traitements antihypertenseurs ou hypolipémiantes ou un diabète 10 %, les IJ rattachables à des cancers 7 %, les IJ rattachables à des pathologies psychiatriques ou à la prise de psychotropes 25 % et 6 % sont rattachées à une catégorie « autres ».

La CNAMTS a élaboré des fiches repères notamment dans le domaine des maladies cardiovasculaires destinées aux médecins afin de leur proposer des indications de durée d'arrêt de travail en fonction de la pathologie et des contraintes liées au type de poste. Ces fiches ont fait l'objet d'une validation par la HAS.

Elles sont présentées aux médecins dans le cadre de campagnes d'informations par le biais d'entretiens confraternels et d'échange avec des délégués de l'assurance maladie.

Les systèmes d'information présentés ci-dessus montrent que de nombreuses données permettent de renseigner sur la santé au travail. Si des interactions existent entre la plupart des responsables de ces systèmes d'information, une analyse approfondie et globale permettrait de déterminer les évolutions à opérer dans ce domaine et d'envisager un pilotage renforcé du dispositif d'ensemble.

**Recommandation n°6 : Les données sur la santé au travail mériteraient d'être structurées et optimisées et de s'inscrire dans le cadre d'une politique globale d'amélioration des connaissances sur la santé au travail.**

<sup>68</sup> 46 % sont rattachables à des soins courants ou des petites consommations de médicaments (y compris traitements chroniques analgésiques dont AINS), à des épisodes hospitaliers ponctuels ou à des IJ versées au titre maladies-ATMP

## 2 DES DEMARCHES DE PREVENTION DES RISQUES CARDIOVASCULAIRES ET DE PROMOTION DE LA SANTE SONT DEVELOPPEES PAR CERTAINES ENTREPRISES ET PAR DES SERVICES DE SANTE AU TRAVAIL MAIS RESTENT EN GENERAL DIFFICILES A METTRE EN ŒUVRE

### 2.1 La question de la promotion de la santé en entreprise fait débat et le développement de la prévention rencontre des difficultés liées au contexte général de la santé au travail

La mission a rencontré tous les représentants des organisations syndicales de salariés qui siègent au COCT et a abordé avec eux la question de la promotion de la santé.

Le développement des politiques de promotion de la santé au travail peut parfois susciter un certain scepticisme. En particulier, l'ensemble des organisations s'inquiète d'une promotion de la santé au sein de l'entreprise qui servirait en quelque sorte d'alibi et conduirait, notamment dans un contexte de pénurie de médecin du travail, à privilégier cette dimension au détriment de la prévention des risques professionnels.

Le Medef s'est exprimé sur ce thème dans un numéro de l'ANACT consacré à la promotion à la santé : « *Quand le contexte est favorable, l'entreprise, au côté de l'Etat, pourrait contribuer à développer des actions de sensibilisation sur la santé globale (hygiène de vie, alimentation, sport, campagne de prévention de certaines maladies, etc....). Prenant acte de la perméabilité croissante entre sphères privée et professionnelle, le MEDEF a d'ores et déjà mené des réflexions sur les transformations récentes qui ont touché les modes d'organisation et leurs incidences sur l'équilibre vie privée-vie professionnelle. Il a aussi cherché à identifier les bonnes pratiques comme, par exemple, l'offre de services facilitant le quotidien des salariés* »<sup>69</sup>. La CGPME est apparue plus réservée lors de sa rencontre avec la mission compte tenu des rôles respectifs des entreprises et de l'Etat et du risque de faire assumer financièrement aux entreprises des dépenses de santé publique.

Au-delà des débats sur le rôle et la place de l'entreprise dans la promotion de la santé, la prévention des risques professionnels en entreprise qui est au cœur des missions de services de santé au travail rencontre des difficultés dans l'exercice de ses missions. Ces difficultés sont liées à la démographie de médecins du travail et à l'évolution des modes d'organisation des entreprises.

#### 2.1.1 Le contexte de pénurie de médecins du travail pèse sur l'exercice des missions

Tous les interlocuteurs rencontrés par la mission ont évoqué la question de la démographie médicale qui se traduit par une diminution régulière du nombre de médecins du travail. Ce phénomène, est bien documenté au niveau national.

Si le nombre d'internes en médecine du travail a augmenté de 14 % entre 2006-2007 et 2010-2011, passant de 239 à 272, soit un niveau supérieur à celui de l'ensemble des disciplines filiarisées hors médecine générale (10 %) et en particulier à celui de la santé publique (6 %) <sup>70</sup>, il est loin de compenser les départs à la retraite à venir et de pouvoir inverser la tendance de ces dernières années.

<sup>69</sup> ANACT-Travail et changement n° 339. Promotion de la santé : un nouveau regard sur le travail Septembre/octobre 2011. Déclaration de J.F. Pilliard, président de la commission protection sociale du MEDEF

<sup>70</sup>Rapport annuel 2010-2011 de l'observatoire national de la démographie des professions de santé. Tome 3. Des professions de santé en évolution



Avec un total de 953 médecins du travail (en ETP) en services autonomes et 4 594 (en ETP) en services interentreprises, le nombre de médecins du travail a baissé en 2011 de près de 9,8 % par rapport à 2010. Cette diminution est beaucoup plus forte que celle enregistrée en 2010 (-4,4 %) ou en 2009 (-6,4 %) <sup>71</sup>.

La mission a pu constater les conséquences de cette diminution du nombre de médecins du travail dans les SSTI qu'elle a rencontrés qui sont tous, quelle que soit leur taille, concernés par cette situation.

Ainsi l'Association interprofessionnelle des centres médicaux et sociaux de santé au travail de la région Ile de France (ACMS) a vu le nombre de ses médecins du travail passer de 345 en 2009 à 280 en 2012 alors que le nombre de salariés suivis demeurait stable (1 005 538 en 2009, 1 011 773 en 2012). Objectif Santé Travail qui comptait 54 médecins en 2008 n'en comptait plus que 45 en 2012 alors que sur la même période le nombre de salariés suivis est passé de 124 000 à 130 000. Ce service a chiffré à 15 en 2013 le déficit d'ETP de médecins du travail pour assurer l'ensemble des visites médicales prévues par le code du travail (embauche, visites périodiques à deux ans, visites de pré-reprise et de reprise) déficit qui passerait à 40 en 2019 si la diminution du nombre de médecins ne peut être enrayerée et si les entretiens infirmiers ne se développent pas.

#### 2.1.1.1 Une profession peu connue, dont les fonctions sont souvent perçues comme limitées aux décisions d'aptitude

Le suivi individuel de l'état de santé du salarié, dont les conditions sont précisément définies par le code du travail, constitue l'activité essentielle du médecin du travail. Ce suivi emporte des conséquences importantes dans la mesure où il débouche sur la reconnaissance de l'aptitude du salarié à occuper son poste de travail.

#### **La visite d'embauche constitue une obligation qui ne semble pas toujours être respectée et occupe une large part de l'activité des médecins du travail**

Ce suivi intervient dès l'embauche, l'article R 4624-10 du code du travail précisant que : *« Le salarié bénéficie d'un examen médical avant l'embauche ou au plus tard avant l'expiration de la période d'essai par le médecin du travail. Les salariés soumis à une surveillance médicale renforcée en application des dispositions de l'article R. 4624-18 ainsi que ceux qui exercent l'une des fonctions mentionnées à l'article L. 6511-1 du code des transports bénéficient de cet examen avant leur embauche. »*

Cette obligation s'impose à toutes les entreprises et pour tous les salariés recrutés, même sous contrat à durée déterminée.

L'annexe 5 précise les conditions de réalisation des examens d'embauche.

Les évolutions intervenues ces dernières décennies dans les modes de recrutement des salariés ont été marquées par une multiplication de recrutements en contrats de courte durée et donc par un niveau élevé de turn over. Ainsi les estimations de déclarations d'embauches de l'ACOSS sur l'année 2013 font état de 2,9 millions d'embauches en CDI, 3,4 millions en CDD de plus d'un mois et 14,8 millions en CDD de moins d'un mois <sup>72</sup>. Ces données ne prennent pas en compte l'intérim : en 2012, 1,9 million de personnes ont signé 16 millions de contrats de mission <sup>73</sup>.

<sup>71</sup> Conditions de travail. Bilan 2012. Conseil d'orientation des conditions de travail

<sup>72</sup> Acooss. Acoostat 2013

<sup>73</sup> L'intérim en 2012 : fort repli du travail temporaire, DARES Analyses n° 49 juillet 2013

Sous réserve des situations énumérées à l'article R 4624-12 qui dispensent d'un examen médical d'embauche, la visite d'embauche est obligatoire y compris pour les CDD de courte durée. En pratique l'obligation peut s'avérer difficile à remplir dans ces cas là compte tenu des délais d'obtention d'une date de visite médicale auprès des centres de médecine du travail. Pour autant, au regard de l'obligation faite à l'employeur sur ce point, et de son obligation générale de sécurité à l'égard de ses salariés, il est fortement conseillé de faire le nécessaire auprès de la médecine du travail pour tenter d'obtenir un rendez-vous et d'être à tout le moins en mesure de pouvoir justifier des démarches effectuées en ce sens.

Aussi il n'est guère surprenant que les visites médicales d'embauche constituent une proportion importante des visites réalisées par les médecins du travail. En 2011, au niveau national elles représentaient 14 % des examens médicaux dans les services de santé autonomes (SSTA) mais 32 % dans les SSTI. Dans les SSTI rencontrés par la mission, si on retrouve la proportion nationale dans les très grands services (30 % pour l'ACMS et Pôle Santé Travail), elle est bien supérieure pour Objectif Santé Travail (45 %). Cependant il convient d'interpréter les chiffres nationaux et locaux avec beaucoup de précaution, nombre d'interlocuteurs ayant indiqué à la mission que beaucoup de visites d'embauches, en particulier pour les contrats courts n'étaient pas réalisées. Cette situation amène à s'interroger sur l'intérêt d'une obligation réglementaire qui ne peut être mise en œuvre.

### **Les entretiens infirmiers ne semblent pas encore avoir trouvé toute leur place, la question de l'aptitude dominant souvent les visites médicales périodiques**

Au-delà de la visite d'embauche, le code du travail prévoit des visites médicales périodiques (art. R. 4624-16 et suivants) associées à des entretiens infirmiers.

L'examen périodique est destiné :

- à vérifier le maintien de l'aptitude du salarié au poste de travail occupé,
- et à l'informer sur les conséquences médicales des expositions au poste de travail et du suivi médical nécessaire.

Comme pour la visite médicale d'embauche, une fiche d'aptitude est établie.

En principe, la visite médicale périodique a lieu au moins tous les 24 mois. Cependant, cette périodicité peut excéder 24 mois si elle est prévue par l'agrément du service de santé au travail, à condition : qu'un suivi adéquat de la santé des salariés soit assuré et que des entretiens infirmiers et des actions pluridisciplinaires annuelles aient été mis en place, en tenant compte des recommandations de bonnes pratiques existantes.

### **La loi a prévu une surveillance médicale renforcée dans certains cas**

L'article R. 4624-18 prévoit une surveillance médicale renforcée pour :

- les travailleurs âgés de moins de 18 ans;
- les femmes enceintes;
- les salariés exposés: à l'amiante, aux rayonnements ionisants, au plomb (dans les conditions prévues à l'article R.4412-160), au risque hyperbare, au bruit (dans les conditions prévues au 2° de l'article R.4443-2), aux vibrations (dans les conditions prévues à l'article R.4443-2), aux agents biologiques des groupes 3 et 4, aux agents cancérigènes, mutagènes ou toxiques pour la reproduction de catégorie 1 et 2;
- les travailleurs handicapés.

Sous réserve de la périodicité des examens périodiques (tous les deux ans) et des examens prévus pour les salariés exposés aux rayons ionisants (catégorie A: une fois par an), le médecin du travail est juge des modalités de la surveillance médicale renforcée, en tenant compte des recommandations de bonnes pratiques existantes.

Cette surveillance comprend au moins un ou des examens de nature médicale selon une périodicité n'excédant pas 24 mois.

**Des actions spécifiques liées au risque cardiovasculaires pourraient être développées dans le cadre du tiers temps des médecins du travail.**

L'article R.4624-1 du Code du travail définit le contenu des actions sur le milieu de travail (tiers temps) (cf. annexe 5)

Les interventions que les services de santé au travail développent dans le cadre du tiers temps sont bien évidemment étroitement articulées avec leur activité de surveillance médicale et permettent de les prolonger vers des actions de promotion de la santé.

Ainsi l'Association Santé Travail 62-59, SSTI qui intervient sur la zone Arras, Béthune, Hénin et Lens et qui compte 85 médecins du travail répartis sur 16 centres, a mis en place depuis 2008 une action de suivi et de prévention du risque cardiovasculaire dénommée « *Transport à cœur* ». L'équipe multidisciplinaire en charge de cette action mobilise 14 médecins du travail, une diététicienne et deux intervenantes en diététique, deux infirmières en santé au travail, une assistante en santé au travail et une chargée de projet. Elle bénéficie d'un appui scientifique et technique de l'Institut de Santé au Travail du Nord de la France (ISTNF) dans les domaines de la nutrition, de la communication et de la statistique.

Cette action est partie du constat effectué à l'occasion des visites de prévention qu'en raison de leurs conditions de travail (horaires décalés, sédentarité, alimentation) les chauffeurs poids lourds prennent du poids au fur et à mesure de leur ancienneté.

Quatre types d'interventions sont mises en œuvre :

- A l'occasion de la visite médicale, un bilan sanguin est proposé : dosages de la glycémie, des triglycérides, du cholestérol. L'indice de masse corporelle (IMC) et le périmètre abdominal sont relevés avec mesure de la tension artérielle. Le médecin du travail complète le questionnaire sur les habitudes de vie et de travail avec le salarié et lui remet un bon d'ordonnance pour le bilan sanguin. Des 800 examens médicaux réalisés il ressort que 40 % des chauffeurs poids lourds ont un tour de taille « à risque », 33 % sont en surpoids, 26 % en obésité et 58 % sont considérés comme sédentaires au regard de l'activité physique. 233 anomalies sanguines ont été détectées avec orientation vers le médecin traitant pour 150 d'entre eux.
- Le chauffeur poids lourds peut bénéficier, en dehors des heures de travail, d'une consultation personnalisée avec une diététicienne : une fois par mois pendant six mois, puis tous les six mois. Près de 50 chauffeurs ont bénéficié de cet accompagnement individuel sur le long terme.
- Afin de relayer ces actions individuelles par des actions collectives, une dizaine de forums santé sont proposés chaque année, sur le temps de travail : stands sur le sommeil, l'alimentation, les substances psycho-actives...
- Pour les chauffeurs routiers travaillant en horaires décalés des interventions de nuit dans les entreprises sont prévues sous forme de remise d'une collation type adaptée à ce type d'horaires de travail. 120 salariés en ont bénéficié<sup>74</sup>.

C'est également dans le cadre de ce tiers temps que sont développées des actions d'information des salariés sur la santé publique ainsi que des études sur les risques au travail. Cependant la place qu'occupent visites d'embauche et visites périodiques ne permet pas de consacrer un tiers du temps d'activité des médecins du travail aux actions sur le milieu de travail.

---

<sup>74</sup> Magazine Entreprise&Santé n°22, 2ème trimestre 2013, pages 26 et 27

Ainsi en 2011 seules 13,2 % des entreprises suivies ont fait l'objet de visites des locaux de travail par les médecins du travail dans le cadre des actions sur le milieu de travail<sup>75</sup>. Une réforme des SST encore trop récente pour qu'on en mesure vraiment les effets

La diffusion des différents textes ayant duré près d'un an et demi (loi en juillet 2011, décrets en janvier 2012, circulaire en novembre 2012) et les dispositifs à mettre en place (projet pluriannuel de service, agrément, CPOM) nécessitant des négociations longues et complexes compte tenu du nombre d'acteurs mobilisés, expliquent que la mise en œuvre de la loi prenne beaucoup de temps. A titre d'exemple, aucun CPOM n'est encore signé en région Nord-Pas-de-Calais, selon les informations fournies par la CARSAT lors de sa rencontre avec la mission, même s'il est envisagé que les signatures interviennent d'ici la fin du premier semestre 2014.

Cependant la mission a constaté lors de ses rencontres avec les SSTI que des points fondamentaux de la réforme tels que la mise en place d'un entretien infirmier sont déjà mis en œuvre dans certains services.

La loi prévoit en effet qu'un entretien infirmier puisse être mis en place, notamment en cas de modulation de la périodicité des examens médicaux prévue par l'agrément du SST (code du travail, art. 4624-16 et R 4624-19). Un tel entretien a vocation à s'inscrire dans le suivi périodique des salariés sans pouvoir se substituer aux examens d'embauche, de pré reprise et de reprise, qui restent de la responsabilité du médecin du travail.

Ainsi le service de santé au travail Objectif santé travail, dans les Yvelines, prévoit-il que le suivi de santé des salariés soit assuré en coopération entre médecin et infirmier spécialisé en santé au travail. Le médecin réalise prioritairement les visites médicales de pré-reprise et de reprise, les visites à la demande du salarié ou de l'employeur. L'infirmier réalise « des entretiens santé travail » dans le cadre du suivi périodique. Il remet une attestation de suivi de santé travail et oriente si besoin le salarié vers le médecin. En 2012, 9345 entretiens santé travail ont été réalisés, niveau d'activité important pour une première année de mise en œuvre de ce dispositif si on la compare aux 60 953 visites réalisées cette même année par les médecins.

## 2.1.2 L'évolution des modes de travail rend difficile un suivi longitudinal des salariés

### 2.1.2.1 Le développement des contrats courts (CDD, intérim) a été très important au cours des trois dernières décennies

On comptait 1,7 million de ces contrats en 1990 (7,1 % de l'emploi salarié), 2,6 millions en 2007 (11,4 % de l'emploi salarié). Les contrats courts sont concentrés sur les jeunes et les salariés les moins qualifiés. Ainsi, la part des CDD (et contrats saisonniers) parmi les jeunes salariés de 15 à 24 ans est passée de 11 % en 1984 à 25 % en 1987 et depuis cette date, elle se situe entre 25 % et 30 % soit nettement plus que parmi les salariés de 25 ans et plus (3 % au milieu des années 1980, 7 % au milieu des années 1990 et maintien à ce niveau depuis)<sup>76</sup>. La part des CDD dans les embauches dans les établissements de 10 salariés et plus était de 82,6 % au 3<sup>ème</sup> trimestre 2013<sup>77</sup>.

<sup>75</sup> Rapport sur les conditions de travail. Bilan 2012. Conseil d'orientation sur les conditions de travail

<sup>76</sup> Trente ans de vie économique et sociale. Insee Références Edition 2014. Trois décennies d'évolution du marché du travail. Pierre-Yves Cabannes

<sup>77</sup> Indicateurs n° 9 février 2014, DARES

### 2.1.2.2 La traçabilité des expositions est difficile

L'exposition à certains risques professionnels a fait l'objet de dispositions spécifiques du code du travail afin d'assurer un suivi individuel des salariés. Ainsi pour les produits chimiques et les rayonnements ionisants, un suivi individuel d'exposition est organisé destiné à retracer l'historique de l'exposition des travailleurs et à faciliter le lien entre l'exposition à un risque professionnel et l'apparition de la maladie afin de permettre la reconnaissance de son caractère professionnel.

Cette obligation ne s'impose plus pour les produits chimiques car la réforme des retraites a prévu un certain nombre de mesures concernant la pénibilité au travail qui, s'agissant des risques chimiques, se substituent à l'ancien dispositif.

Les mesures concernant la pénibilité au travail ont pour objectif :

- de prévenir la pénibilité dans toutes les entreprises,
- d'assurer une meilleure traçabilité de l'exposition professionnelle des salariés aux facteurs de pénibilité,
- de permettre un départ à la retraite à 60 ans pour les salariés exposés à un ou plusieurs facteurs de pénibilité, sous certaines conditions.

La pénibilité au travail se caractérise par une exposition à un ou plusieurs facteurs de risques professionnels susceptibles de laisser des traces durables, identifiables et irréversibles sur la santé. Ces facteurs de pénibilité définis dans le Code du travail sont au nombre de dix, regroupés dans trois rubriques :

- contraintes physiques marquées :
  - ✓ manutentions manuelles de charges,
  - ✓ postures pénibles définies comme positions forcées des articulations,
  - ✓ vibrations mécaniques.
- environnement physique agressif :
  - ✓ agents chimiques dangereux, y compris les poussières et les fumées,
  - ✓ activités exercées en milieu hyperbare,
  - ✓ bruit,
  - ✓ températures extrêmes.
- rythme de travail :
  - ✓ travail de nuit dans certaines conditions,
  - ✓ travail en équipes successives alternantes,
  - ✓ 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.

Certains de ces facteurs de pénibilité (manutention manuelles de charges, bruit, températures extrêmes, travail de nuit dans certaines conditions) ont également été identifiés dans la littérature scientifique comme susceptibles d'avoir un impact sur l'appareil cardiovasculaire.

Dans l'attente des résultats des travaux en cours sur le compte pénibilité, il apparaît prématuré à la mission d'envisager un autre type de recueil spécifique d'informations sur la traçabilité des situations de travail exposant à un risque cardiovasculaire.

### 2.1.3 La notion de poste de travail est moins pertinente en raison de l'éclatement des temps et les lieux de travail

« La règle littéraire de l'unité de lieu et de l'unité de temps, bien connue de ceux qui ont étudié la tragédie classique est aussi celle qui régit l'organisation du travail depuis le début de la révolution industrielle. Le travail se déroule dans un lieu unique, par exemple l'atelier ou le bureau, et dans un temps bien défini, concrétisé par une démarcation entre le temps de travail et les autres temps sociaux : éducation, loisirs, famille, etc. (...) Aujourd'hui, ces repères s'estompent »<sup>78</sup>.

En 2010 selon l'enquête SUMER près d'un quart des salariés signalent qu'ils travaillent plus souvent chez un client, sur un chantier ou dans un autre lieu (voie publique, véhicule...) que dans les locaux de leur employeur. Ils bénéficient moins souvent de dispositifs de prévention connus du médecin du travail. Ainsi celui-ci signale l'existence d'un document d'évaluation des risques pour seulement 41 % d'entre eux (contre 55 % pour les travailleurs sédentaires), un plan de prévention pour 26 % (contre 38 %), et l'intervention d'un expert pour 23 (contre 35 %). L'éclatement des lieux de travail semble rendre plus difficile la définition d'une politique de prévention<sup>79</sup>.

### 2.1.4 La question de l'inaptitude complique le dialogue entre salarié et médecin du travail

Le fait que le médecin du travail soit soumis au secret médical et exerce en toute déontologie ne protège pas le salarié des conséquences sur son emploi de la connaissance sur sa santé que le médecin du travail aura acquis lors de ces temps d'échange

On peut également s'interroger sur le caractère réellement protecteur pour la santé du salarié de ces visites centrées sur l'aptitude.

Le rapport de l'IGAS de 2003<sup>80</sup> sur la prévention questionnait déjà la pertinence du concept d'aptitude en tant qu'outil de prévention, donnant pour illustration le fait que les travailleurs contaminés par l'amiante avaient tous été déclarés aptes. Il notait également « *la notion de non contre-indication d'exposition aux produits cancérigènes, mutagènes et toxiques récemment validée par le Conseil d'Etat est perçue par beaucoup de médecins du travail comme une atteinte aux valeurs fondatrices et à la déontologie de la médecine du travail* ».

Par ailleurs, le développement du travail précaire, de la sous-traitance, des modes de travail dans les lieux éclatés, de la polyvalence et le fait que l'exposition à certains risques ne se manifeste sur la santé que de façon très différée contribuent à interroger la pertinence de cette notion d'aptitude.

Cette question se pose également en termes d'égalité des salariés. Les échanges lors du congrès de l'association cœur et travail montrent que les pratiques des médecins du travail sont hétérogènes, même si des journées de ce type contribuent à leur amélioration.

Le Professeur Fantoni-Quinton soulignait que les notions d'aptitude-inaptitude constituaient des garanties trompeuses pour chacun. Outre la situation du salarié et du médecin du travail, elle évoquait également celle des employeurs : « *L'insécurité juridique résulte enfin de la valeur non prédictive des avis d'aptitude qui ne préserve en rien la responsabilité des employeurs en cas de survenue d'une lésion professionnelle.* »

<sup>78</sup> Valenduc G. et Vendramin P. Les tensions du temps. Dossier éducation permanente. Association pour une Fondation travail-université, juin 2005.

<sup>79</sup> DARES Analyses n° 55. Septembre 2013. La prévention des risques professionnels vue par les médecins du travail

<sup>80</sup> Pour une prévention durable, Documentation française, Rapport IGAS, 2003



Dans cet article, elle insiste également sur le fait que « *ni la convention de l'Organisation internationale du travail (OIT) n°161 adoptée en 1985 sur les services de santé au travail, ni la directive européenne CEN°89/391 du 12 juin 1989 du Conseil concernant la mise en œuvre des mesures visant à promouvoir l'amélioration de la sécurité et de la santé des travailleurs au travail, ni la Charte sociale du Conseil de l'Europe ne fixent à un médecin le soin de délivrer des avis d'aptitude ou d'inaptitude au travail* ».

Cette notion d'aptitude constitue également un frein à la déclaration des maladies professionnelles.

## **2.2 L'entreprise est lieu de prévention et peut, sous certaines conditions, participer au développement de la promotion à la santé**

Le rôle de l'entreprise en matière de prévention allie prévention individuelle et collective. Il suppose des approches collectives avec une adaptation globale des conditions de travail.

Les démarches ciblées sur la prévention des risques cardiovasculaires dont la mission a pu prendre connaissance ont le plus souvent été initiées par les services de santé au travail et plus particulièrement par des médecins du travail du fait de leur formation ou de leur expérience professionnelle. Les raisons de la prise en compte des risques cardiovasculaires par le médecin du travail ou le service de santé interentreprises sont diverses. Certains médecins de travail qui avaient exercé antérieurement comme cardiologue ont tout naturellement continué à s'intéresser aux pathologies cardiovasculaires. Des médecins du travail ont par ailleurs pu être à l'origine d'actions de promotion de la santé en entreprise suite à des accidents ou à des décès d'origine cardiovasculaire, même si les conditions de travail de l'entreprise ne semblaient à l'origine de ces situations.

Cependant, dans le domaine de la prévention des maladies cardiovasculaires, l'intervention du médecin du travail peut être complexe.

En effet, l'évaluation de la situation globale du salarié repose sur le recensement des différents facteurs de risque cardiovasculaire et leur cumul multiplie le risque de développer une maladie cardiovasculaire.

Le recensement et l'évaluation des facteurs de risque de maladies cardiovasculaires de nature professionnelle relèvent du rôle du médecin du travail. Mais l'interaction des différents facteurs entre eux et leur effet cumulatif selon des modalités qui sont plus complexes qu'une sommation des effets de chaque facteur pris individuellement, expliquent qu'il n'est pas possible pour le médecin du travail de s'arrêter au recensement des seuls facteurs de risque professionnels.

Pour les facteurs de risques classiques liés au patient et à ses comportements individuels (sexe, âge, tabac, diabète, dyslipidémies, hypertension artérielle), des modèles statistiques permettent, au travers de scores de risque cardiovasculaire (exemple Score de Framingham ou SCORE), une évaluation du risque cardiovasculaire et notamment des patients à haut risque de maladies cardiovasculaires<sup>81</sup>. La Société européenne de cardiologie recommande l'estimation du risque global selon le niveau de plusieurs facteurs de risque chez les adultes asymptomatiques sans maladie cardiovasculaire.

En médecine de ville ou en établissement de santé, ces scores permettent notamment une amélioration des échanges interprofessionnels et peuvent être utilisés comme support de communication « soignant –soigné » pour inciter aux changements d'habitudes de vie et faciliter l'adhésion au traitement. Ainsi, l'évolution théorique du score de risque peut être montrée à un patient pour lui expliquer l'effet de telle ou telle modification de son comportement (arrêter de fumer par exemple) sur la réduction théorique du risque de survenue de la maladie.

---

<sup>81</sup> Méthodes d'évaluation du risque cardiovasculaire global, juin 2004, site de la HAS



Les outils de type score semblent rarement utilisés dans le cadre des services de santé au travail. Pour certains interlocuteurs ils pourraient permettre une première estimation du risque cardiovasculaire qui faciliterait l'appréhension des effets potentiels des facteurs de risques cardiovasculaires professionnels sur la personne examinée et également une orientation médicale adaptée des patients à haut risque, dans le cas où ils ne bénéficieraient pas d'un suivi.

Compte tenu du contexte décrit précédemment concernant les services de santé au travail, de la diversité des situations rencontrées, du rôle de la Haute Autorité de Santé en termes d'élaboration de bonnes pratiques, la mission n'a pas souhaité se prononcer sur une utilisation plus systématisée d'un score d'évaluation du risque cardiovasculaire dans le cadre des services de santé au travail.

## 2.2.1 Des démarches de prévention individuelle et collective contribuant à la prévention des maladies cardiovasculaires ont été mise en œuvre par des entreprises

### 2.2.1.1 Certains services de santé au travail interentreprises ont développé des organisations et des outils spécifiques pour évaluer le risque cardiovasculaire

#### ► Des organisations permettent le recours à un cardiologue référent au sein du SST

L'Association interprofessionnelle des Centres Médicaux et Sociaux de santé au travail pour la région Ile-de-France (ACMS) et le Pôle Santé Travail Métropole Nord, qui sont les deux SSTI suivant le plus grand nombre de salariés en France, se sont organisés pour apporter dans un appui aux médecins du travail sur certaines pathologies ou sujets requérant une expertise particulière.

Ainsi à l'ACMS, le groupe d'études spécialisées pour le maintien dans l'emploi et le diagnostic (GESMED) comporte plusieurs pôles spécialisés (ergonomie et maintien dans l'emploi, toxicologie-risque chimique, radioprotection, risque biologique, risques psychosociaux, cardiologie).

Il intervient à la demande des médecins du travail du service sur l'état de santé du salarié et ses conséquences sur son aptitude au poste. Ainsi dans le domaine de la cardiologie, les 280 médecins du travail relevant de l'ACMS ont effectué en 2012 7187 électrocardiogrammes (ECG) de repos sur des salariés pouvant présenter des risques cardiovasculaires et travaillant sur certains postes à forte contrainte physique. Le pôle cardiologie du GESMED a rendu 544 avis cardiologiques et d'aide à la décision d'aptitude dont 441 relectures d'ECG. Chaque avis donne lieu à un compte rendu standardisé adressé par télécopie ou courriel au médecin du travail demandeur, les cas les plus urgents étant traités par entretien téléphonique. Sur les 441 ECG, 201 ont été jugés strictement normaux et 240 présentaient une anomalie d'importance inégale qui ont justifié une orientation chez un cardiologue pour avis, réalisation d'examens complémentaires spécialisés (échocardiographie, épreuve d'effort) et prise en charge ainsi qu'une adaptation du poste de travail dans le cadre d'une démarche de prévention pluridisciplinaire participant au maintien dans l'emploi. Le pôle cardiologie a également effectué en 2012 118 fréquencesmètres. Enfin il organise des actions de formation pour les médecins du travail, par exemple sur permis de conduire et cardiopathies en 2012<sup>82</sup>.

---

<sup>82</sup> Rapport d'activité 2012 de l'ACMS

Le Pôle Santé Travail métropole Nord dispose pour sa part d'un plateau de spécialités médicales (cardiologie, dermatologie, rhumatologie, psychologie, psychiatrie, pneumologie, ORL, ophtalmologie). S'agissant de la cardiologie, jusqu'en 2012 deux cardiologues intervenaient à Lille et à Roubaix. A Lille, en 2012 77 médecins du travail du SSTI ont formulé 884 demandes de consultations. Les principales indications de consultations concernaient les habilitations DATR (postes Directement Affectés à des Rayonnements ionisants) (163), des bilans d'évaluation du risque cardiovasculaire global (87), des visites de chauffeurs poids lourds et de conducteurs d'engins (85). Parmi les pathologies ou anomalies les plus fréquentes on comptait 84 patients hypertendus, 13 patients coronariens, 23 patients présentant des extrasystoles et 27 des troubles du rythme.

Ces consultations ont permis une évaluation pronostique de risques fonctionnels de symptômes divers tels que : palpitations pour 2 patients, malaises pour 8 patients, souffle cardiaque pour 25 patients, précordialgies atypiques pour 33 patients et dyspnée pour 15 patients.

Les examens complémentaires qu'il est possible de pratiquer au sein du service sont très complets et l'activité est soutenue : ECG (784) échographies (80), Holter ECG (33), enregistrements ambulatoires de tension artérielle (57), tests de 400 mètres sur tapis (47).

A Roubaix, 38 médecins du travail du SSTI ont demandé 317 consultations. Les deux principales indications de consultation concernaient des vérifications d'aptitude (139) et des demandes de précision pathologique (115). Le cardiologue fait réaliser la plupart des examens en externe et oriente les salariés vers les médecins traitant (57 salariés) et vers des spécialistes de ville (17 salariés) pour des consultations ou des examens complémentaires. A compter de 2013, suite au départ à la retraite du cardiologue en poste à Roubaix, le site de Lille a pris en charge la totalité des consultations de cardiologie demandés par les médecins du travail du SSTI<sup>83</sup>.

Cependant, ce type d'organisation semble réservé aux SSTI suivant un nombre très important de salariés. Objectif Santé Travail, dans les Yvelines, qui comptait en 2012 45 médecins et assurait le suivi de 130 000 salariés ne disposait pas au sein de son pôle santé d'un cardiologue. Le mouvement de fusion et de regroupement des services interentreprises qui se poursuit depuis plusieurs années (311 en 2008, 268 en 2012) pourrait éventuellement permettre l'émergence de services d'une taille suffisante pour disposer d'un cardiologue en appui des médecins du travail.

➤ **L'intervention d'un ergonome permet de faire modifier les postes de travail et d'envisager des adaptations collectives**

Compte tenu des risques cardiovasculaires résultant de certaines activités physiques intenses, l'ergonome est un acteur à part entière des politiques de prévention cardiovasculaires. Dans les deux SSTI suivant le plus grand nombre de salariés que la mission a rencontrés (ACMS et pôle santé travail métropole Nord) cardiologue et ergonome travaillent ensemble au sein des équipes pluridisciplinaires.

Ainsi, dans le pôle ergonomie de l'ACMS, il existe un module spécifique « charge physique » au sein duquel un médecin biomécanicien intervient sur les phénomènes de pénibilité au travail en collaboration avec les 13 ergonomes du pôle et à cette occasion est amené à traiter des questions de risque cardiovasculaire, non seulement dans une approche individuelle, mais aussi collective.

---

<sup>83</sup> Rapport d'activité 2012 de Pôle Santé Travail

Ainsi, dans un groupe de distribution alimentaire rencontré par la mission un programme de prévention dans le domaine de la manutention manuelle<sup>84</sup> a été développé entre 2008 et 2010 :

- Mise en place de transpalettes électriques à haute levée dans les rayons épicerie/liquides,
- Réorganisation des process pour la mise en rayon des produits fruits et légumes :
  - ✓ Support pour le dépotage à bonne hauteur des palettes de livraison
  - ✓ Support pour le stockage dans les chambres froides
  - ✓ Chariot manuel de transport des cagettes
  - ✓ Refonte de la méthodologie des consignes d'organisation
- **Des outils spécifiques pour évaluer la charge cardiovasculaire du poste de travail au regard des capacités du salarié**

Pour les risques de troubles musculosquelettiques et mais aussi pour les études de pénibilité physique, facteur de risque cardiovasculaire, le pôle ergonomie et maintien dans l'emploi du GESMED utilise le logiciel CAPTIV, développé par l'entreprise TEA (Technologie Ergonomie Applications), en collaboration avec l'INRS (Institut National de Recherche et de Sécurité). C'est un système d'acquisition innovant destiné à synchroniser des images vidéo avec des observations visuelles et des mesures issues de différents capteurs physiologiques (ECG en particulier) et biomécaniques (mouvement accélération). Il permet en particulier l'évaluation de l'astreinte biologique de l'aptitude physique d'un individu par rapport à une situation de travail<sup>85</sup>.

L'utilisation d'un tel outil permet, en curatif, d'objectiver, pour les salariés souffrant de problèmes cardiovasculaires, les conditions de reprise du travail au regard de la charge cardiaque du poste et également, en préventif, d'évaluer l'impact d'un changement d'ergonomie d'un poste de travail.

➤ **Certaines entreprises ont prévu des bilans spécifiques de prévention**

Pour les salariés considérés comme des «des hauts cadres dirigeants» et qui le souhaitent, certaines entreprises proposent des bilans annuels de prévention primaire des risques cardiovasculaires. Ces bilans sont financés par l'entreprise et sont parfois réalisés dans des consultations de prévention d'établissements de santé dont l'essentiel de l'activité, financée par l'assurance maladie, est elle tournée vers la prévention des maladies cardiovasculaires chez des personnes à haut risque.

Il n'est pas rare que ces consultations permettent le repérage de facteurs de risques qui conduisent à des recommandations hygiéno-diététiques et à la prescription de traitements médicamenteux. Dans certains cas, les investigations complémentaires ont pu conduire à une prise en charge en cardiologie interventionnelle.

On constate donc l'intérêt de ce type de démarche.

Ce ciblage s'explique pour partie par le niveau de stress supposé lié au mode d'exercice de ces salariés. Toutefois, ce ne sont pas les seuls salariés risquant de développer une maladie cardiovasculaire (cf. point 1.3.1).

---

<sup>84</sup> Casino, Plan d'évolution de prévention et santé –PEPS

<sup>85</sup> Source : Rapport d'activité ACMS 2012 et TEA

### 2.2.1.2 L'analyse de l'état de santé du salarié et le lien avec sa situation de travail peuvent être particulièrement complexes et nécessitent de disposer de lieux de référence

Les moyens dont disposent les SST même lorsqu'ils se sont organisés pour prévenir les maladies cardiovasculaires ne suffisent pas toujours quand les situations sont particulièrement complexes.

L'organisation de l'offre de soins offre un panel diversifié de structures susceptibles en théorie de jouer un rôle de référence pour les cas complexes de prévention des risques cardiovasculaires.

**Les médecins généralistes, médecins traitants et les cardiologues libéraux** sont les interlocuteurs privilégiés des médecins du travail sous réserve de l'accord du salarié. Toutefois, l'organisation des échanges peut s'avérer compliquée (cf. infra). En outre, certaines situations peuvent nécessiter des échanges approfondis, parfois sur des cas très complexes. **Mais il ne s'agit pas de la majorité des situations.**

Dans ces cas, **les consultations de prévention des maladies cardiovasculaires** peuvent également jouer un rôle de référence dans le cadre du parcours de soins du « malade/salarié », sans toutefois remplacer le rôle spécifique des consultations de pathologies professionnelles. Comme décrit précédemment, ces consultations de prévention cardiovasculaire visent principalement à jouer un rôle chez les patients à haut risque.

Le Professeur Alain Simon, qui, notamment, dirige le service de cardiologie préventive de l'hôpital européen Georges-Pompidou, prend l'exemple du risque coronarien. Il note que le sujet à haut risque se définit par plus de 20 % de risque d'évènement coronarien à 10 ans et que certains individus présentent plusieurs facteurs de risque d'intensité légère à modérée mais dont le cumul peut conduire à un risque élevé<sup>86</sup>. Il insiste sur l'importance de la prévention cardiovasculaire primaire et secondaire qui repose toujours :

- sur les règles hygiéno-diététiques et en fonction des facteurs de risque modifiables et du niveau de risques,
- sur des médicaments ayant démontré leur efficacité non seulement pour réduire le facteur de risque mais aussi pour réduire le risque de morbi-mortalité.

Il souligne également que la priorité doit être accordée au dépistage du haut risque en prévention primaire<sup>87</sup>.

**Certains praticiens des établissements de soins de suite et de réadaptation cardiovasculaires** remplissent déjà ce type de mission, en particulier quand il s'agit de patients qui ont déjà été pris en charge et sont donc connus des services, et sont amenés à échanger avec le médecin du travail pour les situations délicates.

**Les consultations de pathologies professionnelles jouent un rôle très spécifique dans ce domaine.**

Les consultations hospitalières spécialisées de pathologies professionnelles aident au diagnostic médical et au traitement des maladies secondaires aux expositions professionnelles des patients adressés par les médecins généralistes et spécialistes dont les médecins du travail.

Leurs missions comprennent une prise en charge médico-sociale y compris dans la dimension insertion professionnelle, avec l'appui d'assistantes sociales spécialisées.

---

<sup>86</sup> G. Chironi, A. Simon, Facteurs de risque cardiovasculaire et prévention ; La Revue du Praticien, 2010, vol.60, n°9, pp.1303-1309

<sup>87</sup> A. Simon La Revue du Praticien, Médecine Générale, 2012, vol. 62, n° 6, pp.771-775

Les médecins consultants sont spécialisés en « médecine et santé au travail », travaillant en collaboration avec les médecins hospitaliers d'autres spécialités et utilisant les différents plateaux techniques de l'hôpital. Les principales problématiques de santé au travail sont prises en charge dont les pathologies cardio vasculaires. Les consultations visent à :

- aider au diagnostic de l'étiologie professionnelle d'une affection,
- contribuer à la prévention des pathologies professionnelles,
- dépister les pathologies professionnelles (suivi post-professionnel et post-exposition)
- aider à la décision en matière d'aptitude/inaptitude,
- apporter un appui médical à l'orientation professionnelle,
- aider aux démarches médico-légales relatives aux accidents et aux maladies professionnelles (déclaration, contentieux...)

A Lille, où la mission a rencontré les responsables du service de pathologies professionnelles, le volet maintien dans l'emploi a été développé par la création en 2006 d'un centre téléphonique régional d'aide et d'orientation pour le maintien et la réinsertion professionnelle (santé emploi info service) (voir point 3.2.2.2).

## 2.2.2 Des programmes et actions ont été développés dans le domaine de la promotion de la santé en entreprise

### 2.2.2.1 Les pouvoirs publics encouragent les politiques de promotion de la santé dans les entreprises, en particulier concernant la nutrition et l'activité physique

La promotion de la santé dans les entreprises fait l'objet de nombreuses réflexions sur le plan international et a donné lieu notamment à l'élaboration de programmes et d'actions dans ce domaine au niveau international (cf. annexe 4).

En France, l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES), a pour missions de :

- mettre en œuvre, pour le compte de l'Etat et de ses établissements publics, des programmes de santé publique ;
- exercer une fonction d'expertise et de conseil en matière de prévention et de promotion de la santé ;
- assurer le développement de l'éducation à la santé sur l'ensemble du territoire ;
- participer, à la demande du ministre chargé de la santé, à la gestion des situations urgentes ou exceptionnelles ayant des conséquences sanitaires collectives, notamment en participant à la diffusion de messages sanitaires en situation d'urgence ;
- établir les programmes de formation à l'éducation à la santé.

En avril 2009, l'INPES consacrait, en partenariat avec les ministères de la santé et du travail, l'ANACT, l'INRS, la Mutualité sociale agricole (MSA) et l'ISTNF (Institut de santé au travail du Nord de la France), une session de ces journées de la prévention sur le thème de la prévention des risques et la promotion de la santé en entreprise et consacrait un dossier sur ce thème dans son magazine « La santé de l'homme »<sup>88</sup>.

<sup>88</sup> Dossier Santé et travail. La santé de l'homme, Education populaire et éducation à la santé, n°405, janvier-février 2010

Ainsi que le précisait le précédent rapport de l'IGAS sur le sujet, des actions ont pu être réalisées au niveau local par les pôles régionaux de compétence en éducation et promotion de la santé : « *Il s'agit de plateformes ressources, constituées suite à un appel à projet de l'INPES, qui fédèrent les compétences et ressources en éducation pour la santé, promotion pour la santé. Ces 26 plateformes régionales bénéficient d'un soutien financier de l'INPES* »<sup>89</sup>.

Les journées de la prévention INPES de juin 2014 consacreront une partie des débats à la santé au travail.

En France, dans le cadre du Programme national nutrition santé (PNNS), une charte « *Entreprises actives du PNNS* » a été élaborée. Cette charte prévoit notamment dans son article 3 la mise en place, chaque année, d'un minimum de trois actions dans trois des sept domaines d'intervention suivants : l'offre alimentaire, l'offre d'activité physique, l'information-éducation, la formation, le soutien à la participation à la recherche, et, en lien avec la médecine du travail, le dépistage, la facilitation de la prise en charge des pathologies liées à la nutrition. Le mot « entreprise » est entendu comme l'entité publique ou privée où sont prises les décisions qui s'appliquent à l'ensemble des lieux où se développe l'activité de l'entreprise sur le territoire national.

La procédure d'attribution d'un logo PNNS a pour objectifs d'amplifier la communication du PNNS, de garantir la cohérence des informations nutritionnelles et d'autoriser l'utilisation du logo PNNS pour des actions ou documents réalisés par des promoteurs.

Un comité national d'évaluation pour l'attribution du logo PNNS, coordonné par l'INPES, a pour fonction d'analyser la conformité des demandes d'attribution au regard du respect du cahier des charges et de la qualité des documents ou des actions proposés.

Les documents ou actions doivent viser au moins l'un des objectifs prioritaires généraux ou des objectifs spécifiques de ce programme, en faciliter l'atteinte sans aller à l'encontre d'aucun autre objectif, de façon explicite ou par omission, directement ou indirectement et doivent en respecter l'ensemble des principes.

Ils doivent en outre être compatibles avec les repères de consommation et conseils qui figurent dans les guides publiés par l'INPES dans le cadre du PNNS.

En 2013, les 36 promoteurs dont le dossier a été examiné se répartissent comme suit : 19 associations dont 3 fondations ou associations financées à plus de 70 % par des entreprises ; 12 entreprises privées ; 2 établissements à caractère public, 2 collectivités territoriales.

Une entreprise sous-traitante du secteur automobile situé en région Nord Pas de Calais a bénéficié du logo PNNS pour la mise en place une action visant à promouvoir l'hygiène alimentaire, l'activité physique et la gestion du sommeil auprès des travailleurs postés de l'entreprise.

Ce point est détaillé en annexe 4.

L'instruction N°DGS/EA3/DGOS/2012/28 du 19 janvier 2012 relative à la mise en œuvre par les Agences régionales de santé de l'action 33 du Programme national nutrition santé 2011-2015 " développer la charte entreprise active du PNNS ", décrit la procédure à suivre pour s'engager dans cette démarche. Si l'articulation au niveau national n'apparaît pas de façon explicite, la circulaire étant sous les timbres de la DGS et de la DGOS, il n'en est pas forcément de même en région. Par exemple, en Aquitaine, l'ARS souligne que la signature de charte d'engagement nutritionnel est réalisée en partenariat avec des services déconcentrés également concernés telles que la Direction régionale de l'alimentation et de l'agriculture et de la forêt (DRAAF) ou la Direction régionale des entreprises, de la consommation, de la concurrence, du travail et de l'emploi (DIRECCTE), représentée au sein de la Commission de coordination des politiques de prévention.

---

<sup>89</sup> Interactions entre santé travail, rapport IGAS, juin 2013



### 2.2.2.2 Le Centre d'analyse stratégique insistait sur la nécessité de sensibiliser les employeurs et les employés à l'enjeu de la santé par le sport

Le Centre d'analyse stratégique (CAS) a tenté, à partir d'une étude réalisée en 2012 par le Centre national de la recherche scientifique de mieux évaluer dans quelle mesure le lieu de travail peut contribuer à l'essor de l'activité physique et sportive pour tous<sup>90</sup>. Selon cette étude, pour les employeurs et les syndicats, le sport était souvent perçu comme relevant de la vie privée des salariés et côté salariés, un clivage semblait exister entre d'une part les employés et les ouvriers et d'autre part les cadres (plus enclins à faire du sport en général). Il notait que le sport était souvent assimilé à un loisir, et pouvait donner l'impression, que ceux qui le pratiquaient, même à l'heure du déjeuner étaient moins impliqués dans leur travail. Le CAS soulignait également la perception potentielle de la gestion du sport dans la sphère professionnelle comme « *un outil de contrôle des dirigeants sur les salariés - lorsque les activités proposées ne sont pas gérées par le CE mais par la direction des ressources humaines (DRH)* ». Il précisait qu'un grand nombre d'organisations offraient à leurs salariés la possibilité de pratiquer une activité physique la plupart du temps par le biais du comité d'entreprise (CE). Toutefois, ces organisations répondaient au profil type des grandes entreprises urbaines et les dimensions de communication et d'image étaient davantage à l'origine de ces démarches qu'une motivation visant à l'amélioration de la santé des salariés.

Dans son état des lieux, le CAS mentionnait qu'en 2009 48 % des français pratiquaient un sport de manière régulière dont 13 % sur le lieu de travail avec des variations majeures selon la taille de l'organisation.

Ainsi, le CAS soulignait que la taille de l'organisation et la présence d'un CE ou d'un équivalent étaient des critères très importants. Il notait également que dans les petites organisations, il était « *difficile de déléguer occasionnellement une partie de son travail, même pour quelques heures par semaines pour faire du sport* ».

Il rappelait également la mise en place par le MEDEF en 2008 d'une mission « sport et entreprise », l'organisation en 2011 par le Conseil interfédéral du sport d'entreprise au sein du comité national olympique et sportif français (CNOSF) des premières assises du sport en entreprise et l'édition en 2012 par le MEDEF et le CNOSF d'un « guide pratique du sport en entreprise ». Ce guide incitait « *les employeurs à faire du sport un outil de management, de communication et d'amélioration de la santé.* ».

Parmi les recommandations pour permettre à tous les types de public de pratiquer un sport sur le lieu de travail, le CAS insistait la nécessité de sensibiliser les employeurs et les employés à l'enjeu de la santé par le sport. Il préconisait une diversification de l'offre sportive pour tous les profils de salariés et des aménagements d'horaires de travail pour faciliter les activités physiques et sportives. Il soulignait également l'importance de intégrer le sport dans les politiques de management des ressources humaines en particulier à destination des seniors.

### 2.2.2.3 En France, des programmes et des actions ont été développés par des entreprises dans le domaine de la prévention des facteurs de risque classique des maladies cardiovasculaires, en particulier activité physique et nutrition

L'annexe 5 présente plusieurs exemples d'initiatives d'entreprise dans le domaine de la prévention des risques cardiovasculaires.

---

<sup>90</sup> Note d'analyse n° 298, octobre 2012, centre d'analyse stratégique, Comment mettre le sport au service de la santé des salariés ?



### **3 REPENSER LES JEUX D'ACTEURS ET LES PROCESSUS ET ARTICULER SANTE PUBLIQUE ET SANTE AU TRAVAIL APPARAÎT INCONTOURNABLE**

#### **3.1 Le maintien dans l'emploi et le retour dans l'emploi des salariés supposent d'actionner les outils managériaux**

##### **3.1.1 L'absence de possibilité de reclassement constitue une difficulté majeure**

En cas de difficultés de santé, liées ou non à l'activité professionnelle, le code de la sécurité sociale comporte des dispositions pour assurer la prise en charge des dépenses de santé, le versement d'un revenu de remplacement pendant la durée du congé maladie nécessaire au rétablissement de l'état de santé ou le versement d'une pension en cas d'invalidité partielle ou totale. Mais il ne s'agit là que de mesures financières visant à compenser des dépenses nouvelles et à pallier une perte de revenu. Le code du travail, pour sa part, a édicté des règles visant à préserver, dans toute la mesure du possible, l'emploi des salariés afin de leur assurer durablement le maintien de leurs revenus.

Sauf dans le cas où le maintien du salarié à son poste de travail entraîne un danger immédiat pour la santé ou la sécurité de l'intéressé ou celle des tiers, ou lorsqu'un examen de pré reprise a eu lieu dans un délai de 30 jours au plus, le médecin du travail ne peut constater l'inaptitude du salarié à son poste de travail qu'après une étude de ce poste et des conditions de travail et après deux examens médicaux de l'intéressé accompagnés, le cas échéant d'examen complémentaires et espacés de deux semaines

Dans le cas d'une inaptitude au poste de travail occupé par le salarié, le médecin du travail doit fournir à l'employeur des indications précises sur les aptitudes du salarié à exercer l'une des tâches existant dans l'entreprise.

Les décisions d'inaptitude concernent surtout les visites de reprises (12 % de ces visites ont donné lieu à une décision d'inaptitude en 2011) et les autres visites (13 %). Elles sont extrêmement rares lors des visites d'embauche (0,1 %) ou périodiques (0,33 %)<sup>91</sup>.

La décision d'inaptitude diffère de l'aptitude avec restrictions qui peut viser certaines tâches (port de charges lourdes, conduite de véhicule...), des situations de travail particulières (travail en hauteur, travail en milieu confiné, travail de nuit...) ou l'exposition à des risques professionnels- risque chimique, vibrations ...

En pratique, le médecin du travail formule des propositions d'adaptation du poste de travail ou de reclassement du salarié. Il donne, dans le respect du secret médical, des indications sur les tâches pouvant être effectuées par le salarié et /ou sur celles qui sont contre indiquées.

En vertu des articles L.1226-10 à 12 du Code du travail (inaptitude suite à accident du travail ou maladie professionnelle) et articles L.1226-2 à 4 (inaptitude d'origine non professionnelle), l'employeur doit, en s'appuyant sur les indications du médecin (et en liaison avec celui-ci si nécessaire), rechercher au sein de l'entreprise (ou du groupe), tout poste de travail approprié aux capacités du salarié, au besoin par la mise en place de mesures telles que mutations, transformations de poste ou aménagements du temps de travail.

Le contrat de travail peut également être suspendu pour permettre au salarié de suivre un stage de reclassement professionnel.

---

<sup>91</sup> Conditions de travail. Bilan 2012 Direction générale du travail.

L'employeur doit ensuite proposer au salarié le reclassement sur le ou les postes retenus. Si un mois après les examens de reprise, le salarié n'est pas reclassé dans l'entreprise (ni licencié dans le cas où le reclassement est impossible), l'employeur est tenu de reprendre le versement du salaire (article L.1226-4 et L.1126-11 du code du travail).

Lorsque l'employeur est dans l'impossibilité de proposer un autre emploi au salarié, il lui fait connaître par écrit les motifs qui s'opposent au reclassement. L'employeur ne peut rompre le contrat de travail que s'il justifie soit de son impossibilité de proposer un emploi dans les conditions prévues à l'article L. 1226-10, soit du refus par le salarié de l'emploi proposé dans ces conditions. S'il prononce le licenciement, l'employeur respecte la procédure applicable au licenciement pour motif personnel prévue au chapitre II du titre III<sup>92</sup>.

Ces règles très protectrices sont parfois difficilement applicables compte tenu des difficultés de reclassement. Ainsi en région Nord-Pas-de-Calais, l'Institut de santé au travail du nord de la France (ISTNF) a développé, avec l'appui du réseau régional Santé Travail Maintien dans l'emploi (STME) constitué de médecins du travail et d'assistantes référents au sein des services de santé au travail interentreprises et de la mutualité sociale agricole, un suivi d'indicateurs collectifs sur les inaptitudes<sup>93</sup>.

En 2012, 222 médecins ont rempli 3112 fiches suite à des décisions d'inaptitude. Leur exploitation permet de tirer les constats suivant :

- Il y avait une surreprésentation des salariés de plus de 45 ans et surtout de 55 ans dans la population inapte par rapport à la population active de la région (près de trois fois plus pour les plus de 55 ans).
- 22 % des salariés déclarés inaptes avaient déjà bénéficié d'une ou plusieurs actions de maintien au sein de l'entreprise (18 % aménagement de poste, 4 % changement de poste).
- Les affections liées à l'appareil circulatoire constituaient la troisième cause d'inaptitude (7 %) après celles liées au système ostéoarticulaire (51 %) et aux troubles mentaux du comportement (7 %).
- La pathologie était d'origine professionnelle dans 30 % des cas.

Cette étude donnait également des informations sur le devenir de ces salariés déclarés inaptes. Parmi ceux-ci, 41 % ont été en recherche d'emploi, 30 % ont bénéficié de l'invalidité 2<sup>ème</sup> catégorie, 12 % d'une formation ou d'une réorientation professionnelle, 6 % ont été maintenus dans l'entreprise, 3 % sont partis à la retraite, 2 % ont préparé un projet d'entreprise et le devenir professionnel de 9 % d'entre eux était inconnu (le total est supérieur à 100, plusieurs situations pouvant être cumulées, par exemple inscription à pôle emploi et formation/réorientation).

Même si les résultats de cette étude ne peuvent pas être étendus à l'ensemble des décisions d'inaptitude, le pourcentage très faible de maintien dans l'emploi est significatif des difficultés de reclassement compte tenu des contraintes de compétitivité qui s'imposent aux entreprises.

---

<sup>92</sup> Article L 1226-12 du code du travail

<sup>93</sup> Suivi des indicateurs sur les inaptitudes en Nord-Pas- de- Calais. Résultats année 2012. ISTNF-Université de Lille2-STME-MSA-ARS. Septembre 2013

### 3.1.2 Le reclassement peut être facilité par la mise en œuvre d'une véritable politique de gestion des carrières au sein de l'entreprise

Les parcours professionnels participent à la préservation ou à l'altération de la santé des personnes, même après leur sortie d'emploi ; en sens inverse, la santé peut provoquer des ruptures ou des réorientations dans la vie professionnelle. L'enquête Santé et itinéraire professionnel (SIP), menée fin 2006-début 2007, montre des liens étroits entre les parcours professionnels passés et l'état de santé des personnes au moment de l'enquête : les travailleurs dont les parcours sont peu marqués par la précarité ou les mauvaises conditions de travail se déclarent plutôt en bonne santé ; ce sont plus souvent les plus qualifiés ou les personnes ayant connu une promotion sociale<sup>94</sup>.

La question de l'aménagement des parcours professionnels afin d'éviter une dégradation de l'état de santé des salariés est bien documentée. Les études conduites par l'ANACT<sup>95</sup>, ou des associations régionales (par exemple le centre d'ergonomie et de sécurité au travail de Picardie (CESTP-ARACT) qui a plus particulièrement étudié les actions en faveur des seniors combinant adaptation des postes de travail et formation<sup>96</sup> ont montré que « la possibilité pour les salariés de préserver voire construire leur santé ne peut pas être dissociée de l'opportunité qui leur est offerte de développer et de faire l'exercice de leurs compétences »<sup>97</sup>.

La mission, pour sa part, a rencontré, lors de son déplacement en région Nord-Pas-de-Calais, une entreprise qui assure un suivi médical poussé de ses salariés et prévoit, dès l'embauche de ses salariés, de les faire évoluer vers des postes moins pénibles pour préserver leur santé.

Les responsables d'une entreprise sont confrontés à l'éclatement des lieux de travail et à la diversité des risques professionnels ce qui les a amenés à mettre en œuvre une démarche innovante pour assurer le suivi médical de ses salariés.

Cette entreprise, spécialisée dans les interventions en matière d'hygiène-sécurité-environnement de sites industriels, d'assistance technique, de conseil et de certification dispose d'équipes qui effectuent des travaux sur différents sites présentant des risques très variés et difficiles à appréhender :

- au contact d'émissions atmosphériques, par exemple contrôle de cheminées d'usines avec risque d'exposition à des polluants chimiques et effort physique important (acheminement du matériel au niveau de la cheminée, manutention lourde -de 60 à 300 kg de matériel-, sur une hauteur de 15-30 mètres le plus souvent, se faisant à la corde) ;
- au contact des sols : charge physique liée aux activités de forage, risques liés aux contaminants des sols, risques d'exposition au radon sur d'anciens sites non explorés depuis longtemps, risques électriques lors du forage si le tracé électrique souterrain fourni est erroné.
- activités sur les installations classées ;
- activités de conseil en santé sécurité au travail.

En application du code du travail, l'employeur doit recenser les risques, les quantifier et développer ensuite les moyens de protections et les actions de prévention qui en résultent. Il doit assurer le suivi des expositions des salariés, établir des fiches individuelles d'exposition, et assurer une traçabilité de l'ensemble des expositions même non chimiques.

<sup>94</sup> DARES-DREES. Premières informations. Synthèses. Janvier 2010. Parcours professionnels et état de santé.

<sup>95</sup> Quelques repères sur le lien usure et parcours professionnel. ANACT, Juin 2011

<sup>96</sup> Préserver les seniors : une richesse de l'entreprise. Recueil d'expériences pour améliorer les conditions de travail et prévenir la pénibilité. (Etudes conduites à la demande du COCT entre novembre 2010 et janvier 2012 auprès de 13 entreprises de tailles et secteurs d'activités différents.

<sup>97</sup> Quelques repères sur le lien usure et parcours professionnel. Juin 2011.

L'entreprise rencontrée ne peut assurer toutes ces missions, étant données la spécificité de son activité et sa grande variabilité. Pour répondre à ses obligations de protection de la santé et de sécurité des salariés, elle a choisi de développer les compétences des salariés sur les risques encourus, de renforcer les connaissances des salariés sur les équipements de protection individuelle et de mettre en place un protocole de suivi médical avec les médecins du travail concerné à partir d'une analyse des risques potentiels auxquels les salariés peuvent être exposés. Ce protocole, établi en 2008, a été présenté à l'inspection du travail du Nord.

Le suivi médical comporte, à l'embauche, un bilan très complet de l'état de santé du salarié pour vérifier sa capacité à occuper ces postes de travail très spécifiques : examen cardiaque avec ECG pratiqué par un cardiologue, examen pneumologique, rhumatologique, bilan biologique. Ce qui pourrait s'analyser comme une sélection à l'embauche vise en fait à s'assurer que les salariés ne s'exposeront pas à des risques incompatibles avec leur état de santé. Par ailleurs ce type de poste, très physique attire plutôt des candidats jeunes, en bonne santé et pratiquant souvent des activités sportives. La visite d'embauche sert donc plutôt à établir un premier bilan de l'état de santé du salarié qui bénéficie d'un suivi annuel à l'occasion des visites réglementaires. Ces visites comportent systématiquement des examens biologiques et, si la nature du poste le nécessite, un électrocardiogramme et une radiographie pulmonaire. Ces visites approfondies permettent notamment de déceler l'apparition de nouvelles pathologies. Cette démarche s'explique du fait de la diversité des risques auxquels sont exposés les salariés. L'entreprise s'appuie sur les informations recueillies à l'occasion des visites annuelles pour renforcer, si nécessaire, les mesures de la prévention.

Cette politique de prévention des risques s'accompagne d'une politique de gestion des carrières. Compte tenu des exigences de ces postes, ils ne peuvent être occupés que par des salariés jeunes et donc l'entreprise organise la reconversion en interne des salariés qui ne sont plus en mesure d'occuper ces emplois.

Plusieurs pays attachent une importance plus forte que la France à l'aménagement des parcours professionnels pour préserver la santé au travail afin d'accompagner les politiques d'allongement de la durée d'activité qu'ils ont mis en œuvre. Ainsi « *la Finlande compte continuer d'assurer le maintien en emploi en misant sur l'amélioration des conditions de travail et l'enrichissement des tâches, la mise en valeur de l'expérience, la bonne santé et le bien-être de l'individu et la formation professionnelle tout au long de la vie. La Finlande est un exemple réussi de mobilisation sociale axée sur la prise de conscience collective de l'importance de l'enjeu social, mettant en œuvre une stratégie de formation permanente et d'amélioration du bien-être au travail* »<sup>98</sup>.

### 3.1.3 La sensibilisation et la motivation des cadres dirigeants, des cadres de proximité et du collectif de travail sont incontournables

« *Il faut passer d'une logique d'obligation à une logique de conviction* », cette phrase qui figure en introduction du rapport de William Dab sur la formation des managers et ingénieurs à la santé au travail résume bien l'ampleur du défi à relever en matière de sensibilisation des acteurs aux questions de santé au travail dont les démarches de maintien et de retour à l'emploi ne constituent qu'un volet<sup>99</sup>.

<sup>98</sup> Les politiques et les programmes de fin de carrière. Finlande, Suède, Japon, France, USA. Note de recherche de l'ARUC sur la gestion des âges et des temps sociaux et de la Chaire de recherche du Canada sur les enjeux socio-organisationnels de l'économie du savoir N° 10-01. Par Siham Abouaissa, Sous la direction de Diane-Gabrielle Tremblay Télé-université/Université du Québec à Montréal Janvier 2010

<sup>99</sup> Rapport sur la formation des managers et des ingénieurs en santé au travail. Douze propositions pour la développer. William Dab. Mai 2008. Rapport remis à Monsieur Xavier Bertrand, ministre du travail, des relations sociales et de la solidarité et à Madame Valérie Pécresse, ministre de l'enseignement supérieur et de la recherche

L'idée est maintenant largement partagée, selon laquelle « *la santé des salariés est une source incontestable d'efficacité dans le travail, et donc de performance individuelle et collective. Travail et santé entretiennent même une double relation : d'une part, la santé est la condition d'un travail de qualité. D'autre part, le travail, effectué dans des conditions adéquates, est facteur de santé et de réalisation personnelle* »<sup>100</sup>. Elle doit trouver sa concrétisation dans le développement de politiques d'aménagement des conditions de travail pour permettre le maintien et le retour à l'emploi.

L'implication des cadres dirigeants, des cadres de proximité et du collectif de travail dans des démarches de maintien et de retour dans l'emploi nécessite au préalable une prise de conscience de l'importance de la santé au travail. Dans son rapport précité, W. Dab identifie neuf leviers susceptibles de faire évoluer les comportements des cadres dirigeants et de l'encadrement sur les questions de santé au travail.

**Neuf leviers susceptibles de faire évoluer les comportements des cadres dirigeants et de l'encadrement sur les questions de santé au travail.**

- Les crises forment le moteur le plus souvent mentionné. C'est certes regrettable, mais la santé au travail n'est pas le seul secteur où il en est ainsi : le drame de l'amiante, la situation du technocentre de Renault, le feuilleton des suicides directement ou indirectement liés au travail sont autant de symptômes qui motivent le besoin ressenti qu'il faut impulser de nouvelles pratiques de prévention.
- La peur du juge, la fin de l'impunité quand la sécurité n'est pas correctement assurée en milieu de travail, la sévérité de jugements récents condamnant des employeurs alors même que les travailleurs n'étaient pas malades, mais exposés à des agents dangereux, peuvent permettre à ceux qui sont en charge de ces questions dans les entreprises de se faire mieux écoutés de leur hiérarchie.
- La dimension économique est mobilisante sous un double aspect. D'une part, on prévoit des difficultés pour disposer d'une main-d'œuvre en quantité suffisante pour soutenir le développement économique. Dès lors, la protection de la santé n'est plus une contrainte imposée de l'extérieur. C'est une condition de l'activité, d'autant plus forte qu'il va falloir travailler de plus en plus vieux. D'autre part, le fait que des entreprises développant de bonnes pratiques en hygiène, santé, qualité et environnement (HSQE) aient une meilleure compétitivité et productivité crée les conditions pour que la santé cesse d'être placée au rang des dépenses improductives.
- La dimension épidémiologique devient plus prégnante au fur et à mesure que sont connus les résultats des travaux d'étude et de recherche. Ils permettent de mieux comprendre l'interaction entre le travail, le vieillissement et les maladies chroniques. Ils objectivent l'importance d'épidémies jusque-là passées inaperçues qu'il s'agisse des troubles musculo-squelettiques ou des risques psychosociaux, les deux étant liés. Ils concrétisent l'enjeu des risques différés, en particulier celui du cancer. Ils identifient de nouveaux enjeux comme celui des addictions dans leurs relations avec les situations de travail.
- La dimension éthique prend une place croissante dans la foulée des notions de responsabilité sociale et de développement durable. Quand Internet permet d'entrevoir la constitution d'une « opinion mondiale », selon le mot d'Ulrich Beck, le risque d'atteinte à l'image, de perte d'attractivité de l'entreprise n'est plus seulement théorique. Elle conduit des dirigeants éclairés à promulguer des chartes éthiques qui incluent le bien-être des travailleurs parmi les valeurs identitaires de l'entreprise.
- La dimension réglementaire reste importante avec de nouvelles exigences. Même si le dispositif du « document unique » d'évaluation des risques n'est pas parfait, il a facilité une prise de conscience des questions de risques dans les entreprises, créé une brèche pour une approche proactive et facilité le dialogue pluridisciplinaire. Il en est de même du règlement REACh.
- Le développement des certifications nationales et internationales est un autre moteur important qui a bien fonctionné dans les domaines de la qualité et de l'environnement et qui commence à se développer en santé au travail. Des systèmes de notation de la performance des entreprises dans ce secteur devraient être prochainement proposés.

<sup>100</sup> Rapport au Premier ministre. Bien être et efficacité au travail. 10 propositions pour améliorer la santé psychologique au travail. Henri Lachmann – Christian Larose – Muriel Pénicaut. Février 2010

- Les menaces pandémiques et le spectre de l'hyper terrorisme ont conduit à la réalisation de plan de continuité d'activités dont la mise au point force à expliciter les facteurs de vulnérabilité et de résilience, ce qui n'est pas sans effet sur la prise en compte de la santé des employés.
- Enfin, plus rarement, la santé est présentée comme un outil de management moderne, qui permet de créer des espaces de dialogues, de lien social, de développer les capacités d'écoute et donc de confiance et de cohésion au sein des équipes. »

*Extrait du rapport de William Dab*

Pour accompagner cette prise de conscience, voire la susciter, William Dab propose que soit élaboré un référentiel de formation sur la santé au travail intégré au cursus de formation de tous les futurs managers et ingénieurs. Ce référentiel serait susceptible de concerner 5 millions de personnes en France diplômées des grandes écoles d'ingénieurs et de commerce ou des universités.

L'article 21 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* » relatif au rôle de la formation destinée aux futurs managers et dirigeants s'inscrit dans le droit fil des préconisations du rapport de William Dab : « *Indépendamment des actions envisagées à l'article 16 du présent accord à l'intention des managers, il demeure que la formation au management proposée dans les différentes écoles ou universités ne prend pas suffisamment en compte le management des équipes, les dimensions permettant la qualité de vie au travail, l'égalité professionnelle et l'égalité d'accès des personnes handicapées à l'emploi ainsi que les risques professionnels et leur prévention.*

*Aussi, les signataires du présent accord demandent que les programmes de formation des futurs managers, des dirigeants et des managers en poste intègrent davantage cette dimension. »*<sup>101</sup> Le rapport au Premier ministre précité<sup>91</sup> a formulé plusieurs propositions partant du constat que « *Les hommes constituent la principale ressource stratégique de l'entreprise. La responsabilité des dirigeants sur ce sujet est primordiale : d'abord pour définir et mettre en œuvre une véritable politique de santé, en repensant notamment les modes de management, d'organisation et de vie au travail ; ensuite pour impliquer l'ensemble des acteurs de l'entreprise* ».

Parmi les dix propositions formulées dans le rapport, certaines concernent plus directement la question de la sensibilisation et de la motivation des cadres dirigeants, des cadres de proximité et du collectif de travail.

- L'implication de la direction générale et de son conseil d'administration : l'évaluation de la performance doit intégrer le facteur humain, et donc la santé des salariés.
- La santé des salariés est d'abord l'affaire des managers, elle ne s'externalise pas : les managers de proximité sont les premiers acteurs de santé.
- Il faut donner aux salariés les moyens de se réaliser dans le travail en restaurant des espaces de discussion et d'autonomie dans le travail.
- Ne pas réduire le collectif de travail à une addition d'individus : valoriser la performance collective pour rendre les organisations de travail plus motivantes et plus efficaces.

Ces deux derniers points sont fondamentaux pour substituer une approche collective et solidaire du travail à l'approche individuelle qui prévaut aujourd'hui et qui est un frein au maintien ou au retour dans l'emploi de salariés dont les capacités professionnelles sont amoindries.

---

<sup>101</sup> Accord national interprofessionnel du 19 juin 2013 « *Vers une politique d'amélioration de la qualité de vie au travail et de l'égalité professionnelle* »



Enfin la diffusion du concept de « Responsabilité sociale des entreprises » peut aussi contribuer à sensibiliser encadrement et salariés sur l'importance de favoriser le maintien et le retour à l'emploi, à condition que les pratiques des entreprises en ce domaine fassent l'objet d'un suivi particulier. Ainsi le rapport Responsabilité et performance des organisations mentionne-t-il parmi la dizaine d'indicateurs spécifiques ou de « questionnements dynamiques » permettant de suivre par secteur d'activité les problématiques clés de la RSE le questionnaire suivant :

« *Quels progrès ont été obtenus en matière d'innovation sociale au cours de l'année, dans les domaines de la sécurité, de la santé au travail, du recrutement, de la formation, de la gestion des carrières et de la diversité ?* »<sup>102</sup>

Afin d'amplifier la mobilisation des acteurs pour favoriser le maintien et le retour à l'emploi des personnes souffrant de maladies chroniques, le Plan cancer 2014-2019 a prévu quatre types d'action :

- *parfaire l'offre de solutions adaptées à chaque situation personnelle des personnes atteintes d'un cancer,*
- *responsabiliser l'entreprise dans toutes ses composantes sur l'objectif de maintien dans l'emploi ou la réinsertion professionnelle,*
- *progresser dans la coordination territoriale des différents acteurs qui interviennent pour le maintien dans l'emploi ou son accès,*
- *valoriser le travail réalisé sur le maintien dans l'emploi pour le faire connaître et le développer.*

La mise en œuvre de ces actions constitue un atout majeur pour permettre le maintien dans l'emploi des salariés atteints de maladies cardiovasculaire et plus largement des malades chroniques.

Il prévoit également l'organisation d'Assises nationales dédiées à l'emploi des personnes courant un risque de désinsertion professionnelle en raison de leur santé (Action 9.5 Cf. annexe 8). L'objectif de cette manifestation d'ampleur nationale sera de sensibiliser et de mobiliser l'ensemble des acteurs concernés — employeurs, représentants des salariés, services de santé au travail, etc. — à l'importance de l'enjeu, de poser des diagnostics et de formuler des propositions pour améliorer la situation professionnelle des salariés atteints de cancer, et plus largement de maladies chroniques<sup>103</sup>.

**Recommandation n°7 : Dans le cadre des actions de sensibilisation et de mobilisation des acteurs prévues par les assises nationales figurant dans le plan cancer , un accent particulier doit être mis sur la sensibilisation des dirigeants, des cadres de proximité et du collectif de travail.**

### 3.1.4 La nature des risques justifie une démarche collective

La nature des risques justifie également une démarche collective. Pour R De Gaudemaris, l'augmentation des contraintes psychologiques et organisationnelles sous la pression économique et du fait de l'intensification du travail, a conduit à une modification du panorama des risques cardiovasculaires liés au travail<sup>104</sup>. Cette évolution devrait selon lui conduire à associer au classique dépistage individuel « *une approche plus collective intégrant au premier plan les contraintes psychologiques et organisationnelles* ».

<sup>102</sup> Rapport public au gouvernement. Responsabilité et performance des organisations. 20 propositions pour renforcer la démarche de responsabilité sociale des entreprises (RSE). Lydia Brovelli - Xavier Drago – Eric Molinié. Juin 2013

<sup>103</sup> Synthèse du Plan cancer 2014-2019

<sup>104</sup> De Gaudemaris R. Prévenir le risque cardiovasculaire lié au travail, Risque cardiovasculaire : le travail bourreau des cœurs, Santé et travail n°075 juillet 2011



Il évoque les campagnes de dépistages des risques cardiovasculaires mises en œuvre dans de grandes entreprises mais considère qu'elles ne peuvent se substituer à la mise en œuvre d'une approche collective des risques cardiovasculaires liés au travail.

Cette approche collective suppose de « *placer l'employeur au cœur de la démarche de prévention* ».

Dans un rapport du centre de recherche des études et de l'emploi, les auteurs soulignent l'importance de la formalisation publique du risque c'est-à-dire de sa construction collective comme « problème » appelant des solutions et mobilisant des ressources<sup>105</sup>.

L'INRS insiste également sur l'importance d'un travail en mode projet pour faciliter le travail ensemble et réussir les démarches de prévention<sup>106</sup> « *La direction et l'encadrement doivent être porteurs de la démarche de prévention et des actions qui en découlent : y croire, la défendre, la promouvoir et assurer les moyens de sa pérennité. Le CHSCT, les représentants du personnel, les services de santé au travail doivent être partie prenante de cette démarche. Tous les salariés de l'entreprise ont un rôle à jouer* ».

L'expérimentation présentée ci-après réalisée sous l'égide de l'ARACT Aquitaine illustre ce type d'approche.

### **Une expérimentation sous l'égide de l'ARACT Aquitaine**

Après avoir travaillé sur des questions de santé au travail dans le cadre d'investissements industriels, le directeur des ressources humaines du groupe D. a décidé de travailler sur les problématiques en lien avec les maladies chroniques en collaboration avec l'Association régionale pour l'amélioration des conditions de travail Aquitaine (ARACT Aquitaine). Après des actions de sensibilisation aux maladies chroniques évolutives, menées par l'ARACT Aquitaine auprès du comité de direction de la société, une des entreprises du groupe prend conscience de l'intérêt pour elle de travailler sur ces questions afin de mieux appréhender les conséquences de ces maladies sur l'organisation (fatigabilité, absentéisme, mal être, discriminations). Suite aux trois diagnostics réalisés dans l'entreprise, le groupe décide de mettre en place un groupe projet (DRH groupe, DRH entreprise, responsable de production, responsable maintenance, infirmière du travail, préventeur, responsable fabrication). Ce groupe formé à la démarche « approche par le travail » par l'ARACT, construit sa propre démarche afin de passer d'un traitement de ces cas individuellement et souvent de manière floue à une démarche collective, cohérente et connue.

En effet, l'ARACT a constaté que souvent les directions des ressources humaines et l'encadrement immédiat sont informés du fait qu'un salarié souffre d'une maladie chronique quand des conséquences négatives sont déjà constatées pour l'entreprise : absences nombreuses, objectifs qui ne sont plus atteints du fait de la fatigue ou de problèmes de concentration, tensions au sein des équipes... Les solutions à mettre en œuvre pour permettre le maintien dans l'emploi du salarié sont souvent difficiles à trouver du fait de la connaissance trop tardive des difficultés auxquelles est confronté le salarié. Ce décalage s'explique bien souvent par :

- une crainte du salarié de faire part de ses problèmes de santé au médecin du travail
- une méconnaissance par le salarié des liens entre son état et sa situation de travail
- le fait que la communication dans l'entreprise sur les situations de travail en vue d'une démarche de prévention collective, dans le respect du secret médical, est souvent difficile.

Sans empiéter sur la sphère privée du salarié, la démarche de l'Aract part de l'idée qu'il est sans doute possible d'anticiper ces difficultés avant que l'inaptitude n'intervienne et que ne soit prononcé un licenciement pour inaptitude à tout poste. Le groupe, après avoir défini sa démarche a installé des

<sup>105</sup> Amossé T, Célérier S, Fretel A, rapport de recherche n°61 du Centre de l'étude et de l'emploi, janvier 2011

<sup>106</sup> Organisation et travail en mode projet pour gérer la prévention, Management de la santé et de la sécurité au travail, INRS

bornes d'information présentant sur un site dédié à l'entreprise des messages pour sensibiliser ses 850 salariés à ce que sont les maladies chroniques évolutives et les aider à identifier rapidement en interne les personnes-relais à solliciter afin de réfléchir aux aménagements de poste possibles. Suite à cette action cinq licenciements ont pu être évités.

L'entreprise entend poursuivre cette sensibilisation aux maladies évolutives, et plus généralement aux situations handicapantes, à l'amélioration des conditions de travail pour l'ensemble de ses salariés auprès des opérationnels de terrain.

D'ores et déjà, elle a noté qu'un nouveau partenariat s'est engagé avec le médecin du travail qui est davantage sollicité afin de mieux anticiper et gérer de telles situations, tout en respectant le secret médical.

*Source : ARACT Aquitaine*

### 3.1.5 Des gestionnaires de cas pourraient intervenir dans les cas complexes de réinsertion, à l'instar de ce qui est réalisé dans d'autres pays

En Suisse, dans les services en charge de la réparation et maladies, il a été décidé de placer le facteur humain et la globalité du suivi de la personne malade au centre de la gestion des sinistres en créant des « case managers »<sup>107</sup>.

Ils n'interviennent que dans les cas complexes pour lesquels il existe une réelle problématique de réinsertion professionnelle : « soit en raison de lésions graves, soit en raison de lésions professionnelles, soit en cas d'une combinaison de facteurs défavorables ». Lorsque le gestionnaire de dossier décèle une évolution anormale et suppose que l'intéressé ne retrouvera pas son poste de travail initial, il se retourne vers le case manager. Celui-ci prend contact avec le malade dans la semaine afin de le soutenir et de l'orienter dans ses démarches. La CNAMTS ATMP envisage de développer des démarches analogues.

## 3.2 Des processus à repenser pour permettre au salarié des décisions éclairées et lui faciliter le maintien ou le retour à l'emploi

### 3.2.1 Le salarié est souvent confronté à la décision d'évoquer ou pas un problème de santé avec le médecin du travail

Dans certains cas, le salarié, informé des risques liés à son travail compte tenu de son état de santé, souhaitera transmettre des informations au médecin du travail, afin que des aménagements du poste ou des conditions de travail puissent être recherchées.

Si certaines situations le conduisent rapidement à ce type de décisions, d'autres apparaissent beaucoup plus complexes, soit parce que le salarié et/ ou le médecin traitant n'ont pas conscience de l'impact des risques professionnels sur la santé du salarié, soit parce que le salarié a effectué un arbitrage qui le conduit à préférer mettre en danger sa santé plutôt que de risquer de perdre son emploi alors même que des solutions pourraient être trouvées en lien avec le médecin du travail et l'employeur, toujours dans le respect du secret médical.

<sup>107</sup> Maintien dans l'emploi en Europe et au Canada, Politiques de réadaptation et de retour au travail, les débats d'Eurogip, mars 2013

Le fait que le médecin du travail se prononce sur l'aptitude du salarié ne permet pas aujourd'hui d'avoir un échange entre médecin du travail et salarié au même titre que celui qui existe entre le médecin et son patient et qui permet au patient une décision éclairée sur sa prise en charge.

La question pour le salarié de savoir jusqu'où il peut évoquer sa maladie avec le médecin du travail alors même qu'il pourrait bénéficier de la compétence du médecin du travail pour mieux appréhender les risques professionnels susceptibles d'aggraver une pathologie préexistante ou encore envisager d'éventuelles suites sur ses modalités de travail est essentielle.

Il semble que l'hypothèse d'une possibilité de reconnaissance comme travailleur handicapé constitue un facteur qui favorise la prise de parole mais les situations sont le plus souvent complexes.

De nombreuses associations de malades atteints de pathologies chroniques évoquent ce problème et apportent une réponse nuancée compte tenu du contexte juridique. La mission présente ci-dessous un extrait d'un « questions/réponses » de l'association des patients de la maladie de Fabry. Cette maladie rare aboutit chez la majorité des hommes à des complications cardiovasculaires.

Faut-il parler de sa maladie au travail ? Faut-il le dire à son employeur, au médecin du travail ou à ses collègues ?

- D'une manière générale, il est plutôt déconseillé de mélanger vie privée et vie professionnelle.
- Concernant l'employeur et le supérieur hiérarchique, il n'est pas obligatoire de leur révéler votre maladie : ils n'ont pas à connaître l'état de santé de leurs employés. Y compris à l'occasion d'un entretien d'embauche : l'employeur n'a pas à tenir compte de l'état de santé d'un individu au moment de son embauche.
- Concernant le médecin du travail, il n'est pas non plus obligatoire de lui révéler votre maladie. Mais le lui dire peut aider à la prise en compte de vos difficultés. Soumis au secret professionnel, le médecin, comme l'infirmier, ne peut en aucun cas transmettre d'informations confidentielles, y compris à l'employeur. C'est à vous d'estimer si vous souhaitez ou non vous confier à ce médecin.
- Les visites médicales ont pour but de déterminer si vous êtes apte à occuper votre poste de travail. Le médecin du travail remplit une fiche qui mentionne uniquement l'aptitude totale, partielle ou l'inaptitude au poste. Cependant, le rôle du médecin du travail est très important : si vous le souhaitez, il peut proposer à l'employeur un aménagement de votre temps de travail ou une affectation à un autre poste.

*Extrait site : association des patients de la maladie de Fabry*

Alors que les prises en charge des malades ont évolué vers des réunions pluridisciplinaires où les souhaits du malade sont pris en compte, les articulations entre les médecins qui prennent en charge les patients et les médecins du travail demeurent difficiles à organiser. Ces difficultés sont liées à des raisons pratiques mais aussi au rôle du médecin du travail qui se prononce sur l'aptitude des salariés (cf. infra). Ce contexte aboutit à une situation où le salarié/malade ne dispose pas forcément de toutes les informations le concernant.

### 3.2.2 L'ensemble des acteurs de santé doit se mobiliser dans le cadre d'une démarche de prévention

#### 3.2.2.1 L'interface entre les médecins qui traitent de ce sujet est complexe

En 2009, l'INPES, l'INRS et la Société de médecin du travail de l'Ouest de l'Île de France (SMTOIF) a réalisé une étude sur les opinions et pratiques des médecins du travail en matière de prévention. La même année, l'INPES a également réalisé une étude auprès des médecins généralistes sur des questions de santé au travail. Ces études ont donné lieu à une publication qui dès la préface soulignait la nécessité de renforcer les coopérations entre médecins du travail, médecins généralistes et plus largement réseaux de santé<sup>108</sup>.

36 % des médecins généralistes déclaraient avoir reçu une formation en santé au travail (20 % dans le cadre d'un diplôme universitaire, 24 % dans le cadre de la formation continue). Toutefois 61 % s'estimaient plutôt mal informés sur les maladies professionnelles et les problèmes de santé au travail. L'enquête précisait quelle était, selon eux, leur capacité à répondre à leurs patients sur des questions de santé au travail. 10 % s'estimaient tout à fait en mesure de le faire, 42 % pensaient pouvoir le faire, 44 % plutôt pas et 4 % pas du tout être en mesure de le faire. Les sources de documentation des médecins généralistes étaient essentiellement les revues médicales, « *les médecins formés en santé au travail ou se déclarant bien informés sont plus nombreux à citer le recours à des revues spécialisées ou des sites internet* ».

**Recommandation n°8 : La mission recommande que des formations sur la santé au travail puissent être proposées aux cliniciens dans le cadre du Développement professionnel continu**

78 % déclaraient interroger les patients sur les conditions de travail actuelles et 48 % sur leurs conditions de travail passées. Enfin, parmi les résultats notables, « près d'un généraliste sur deux (49 %) estime que la fréquence des pathologies pour lesquelles le travail est un facteur causal concerne moins de 10 % de sa patientèle.

L'enquête visait également à appréhender les regards croisés sur les relations médecins généralistes/médecins du travail. « *Alors que 62 % des médecins généralistes ont le sentiment de bien comprendre le métier des médecins du travail, 65 % des médecins du travail pensent que ce n'est pas le cas* ».

Selon l'enquête, la majorité des médecins généralistes, bien que confiants dans l'efficacité des médecins du travail, doutaient de leur indépendance et 50 % des médecins du travail éprouvaient ce sentiment de méfiance. Toutefois, les médecins généralistes et les médecins du travail se considéraient mutuellement ouverts au dialogue.

La législation comporte des éléments factuels qui devraient, en toute logique, permettre d'apaiser cette méfiance. Néanmoins, la question omniprésente de l'aptitude vient polluer les relations entre les différents acteurs.

Le médecin du travail est soumis, comme ses confrères des autres spécialités, au respect du code de déontologie médicale. Il exerce ses missions en toute indépendance. Le Conseil national de l'ordre des médecins (CNOM) s'est publiquement exprimé sur ce sujet en mai 2013, se portant « *garant de l'indépendance professionnelle des médecins du travail* ».

---

<sup>108</sup> Menard C. e al, Médecins généralistes/ Médecins du travail. Regards croisés, Collection étude et santé, INPES, janvier 2012

Des entreprises avaient déposé plainte auprès du CNOM à l'encontre de trois médecins du travail du fait de certificats médicaux qu'ils avaient délivrés à des salariés. L'un des certificats établissait un lien entre organisation du travail et atteinte à la santé mentale. Le CNOM avait défendu l'indépendance de la décision médicale des médecins du travail. Il précisait notamment : *L'indépendance et la compétence sont le ciment de la relation de confiance que les médecins du travail ont su nouer avec les salariés* ».

Le médecin du travail est soumis au secret médical et ne peut communiquer avec le médecin traitant que dans l'intérêt du salarié et avec son accord. Les modèles de contrats types élaborés par le CNOM précisent pour les médecins des services de santé autonomes interentreprises comme pour les médecins des services de santé autonomes : « *Le médecin du travail s'engage, dans le respect du code de déontologie médicale, à communiquer avec le médecin traitant dans l'intérêt du salarié et avec son accord, chaque fois que cela est nécessaire* ». La rédaction diffère s'agissant du secret professionnel afin d'intégrer les spécificités de ces deux types d'organisation.

Pour les services de santé au travail interentreprises, il est notamment mentionné que « *le secret professionnel ne fait pas obstacle à l'échange d'informations entre le Docteur ... et les autres membres de l'équipe pluridisciplinaire de santé au travail prévue par le code du travail, dès lors qu'elles ne portent pas sur des salariés identifiés. Dans ce dernier cas, l'article L.1110-4 du code de la santé publique garantit le secret des informations des personnes prises en charge* ».

Pour les services de santé au travail autonome, il est notamment précisé que : « *le Dr ... est tenu au secret professionnel prévu par l'article 226-13 du code pénal et les articles R.4127-4, 73 et 95 du code de la santé publique (articles 4, 73 et 95 du code de déontologie médicale). Il ne peut y déroger, y compris dans ses relations avec les spécialistes en Santé au travail autres que les médecins du travail exerçant dans l'entreprise ou avec des intervenants extérieurs* ».

Le médecin du travail est libre de ses prescriptions, dans les limites fixées par la loi et peut faire réaliser des examens complémentaires qui peuvent servir à la détermination de l'aptitude du salarié au poste de maladies dangereuses pour l'entourage du salarié de travail, au dépistage d'une maladie professionnelle ou à caractère professionnelle ou encore au dépistage. Ces examens complémentaires sont réalisés dans des conditions garantissant le respect de leur anonymat. Enfin, en cas de désaccord entre l'employeur et le médecin du travail sur la nature et la fréquence de ces examens, la décision est prise par le médecin inspecteur du travail.

Cependant, le médecin du travail se prononce sur l'aptitude médicale du salarié au poste de travail lors de la visite d'embauche, lors d'examens médicaux périodiques, lors d'examens réalisés pour les salariés bénéficiant d'une surveillance renforcée ou lors des visites de reprise. L'avis d'aptitude que consignera le médecin du travail sur une fiche d'aptitude concerne l'adéquation entre l'état de santé du salarié et son poste de travail.

Dans ce contexte, la réticence du médecin traitant à conseiller au salarié de transmettre au médecin du travail l'ensemble des éléments concernant sa santé de même que la réticence du salarié lui-même est compréhensible.

A titre d'illustration, dans l'enquête précitée, 72 % des médecins traitant expliquaient que la crainte de répercussion sur la situation professionnelle et l'emploi des salariés constituait un frein à la déclaration de maladie professionnelle. D'autres raisons étaient évoquées comme la complexité de la démarche (50 %). Les médecins évoquaient également les difficultés de repérage de l'origine professionnelle de la maladie (74 %), l'absence d'intérêt des patients pour la déclaration (38 %), l'absence de lien entre maladie et travail par le patient.

Les textes actuels confirment bien que le salarié reste maître des informations le concernant et aucune information ne pourra être transmise au médecin du travail sans son accord.

Le législateur a souhaité affirmer cette étanchéité entre les informations sur la santé du salarié et celles dont peut disposer le médecin du travail en précisant que le dossier médical personnel (DMP) n'est pas accessible au médecin du travail. Le rôle du médecin du travail en matière d'aptitude justifie ce choix mais empêche le médecin du travail de jouer pleinement son rôle qui va bien au-delà de la seule question de l'aptitude.

Le dossier médical du travail (DMT) contient les informations relatives à l'état de santé du travailleur, aux expositions auxquelles il a été soumis ainsi que les avis et propositions du médecin du travail. Le médecin du travail ne peut communiquer ce dossier qu'à l'intéressé mais aussi sur sa demande, au médecin de son choix. Le médecin traitant ou le médecin spécialiste qui prend en charge le malade sera amené à prescrire des arrêts de travail en fonction de l'état de santé du salarié. Il ne dispose pas du même niveau de connaissance que le médecin du travail sur la nature du travail effectué et sur les risques y afférents. Le salarié lui-même n'a pas toutes les informations. La communication du DMT constitue un plus, en particulier dans les cas complexes afin d'éviter que le médecin traitant ne soit amené à prendre des décisions sur des données partielles.

Le médecin traitant joue en effet un rôle majeur dans la vie au travail des salariés puisqu'il est amené à rédiger les arrêts de travail et/ou les prolongations d'arrêts de travail.

### 3.2.2.2 De nouvelles organisations doivent être envisagées pour permettre une meilleure accessibilité à l'éducation thérapeutique du patient

#### **L'éducation thérapeutique du patient intègre en théorie la dimension « travail »**

L'éducation thérapeutique des malades chroniques, et notamment des personnes présentant une maladie cardiovasculaire constitue un enjeu majeur de l'amélioration de leur qualité de vie. La loi portant réforme de l'hôpital relative aux patients, à la santé et aux territoires du 21 juillet 2009 inscrit l'éducation thérapeutique dans le parcours de soins du patient. Elle précise que son objectif est de rendre le patient plus autonome en facilitant son adhésion aux traitements prescrits et en améliorant sa qualité de vie.

Cette loi a confié à la Haute autorité de santé (HAS) une mission d'évaluation des programmes d'évaluation thérapeutique des patients (ETP). Ces programmes sont soumis à autorisation par l'Agence régionale de santé (ARS) et doivent être conformes à un cahier des charges national. Le cahier des charges national précise que le programme d'ETP concerne, sauf exception répondant à un besoin particulier à expliciter, une ou plusieurs des trente affections de longue durée exonérant du ticket modérateur (ALD 30) ainsi que l'asthme et les maladies rares ou un ou plusieurs problèmes de santé considérés comme prioritaires au niveau régional. (arrêté de 2010)

La HAS a élaboré une grille d'aide à l'évaluation de la demande d'autorisation par l'ARS. Elle fait partie d'un ensemble de documents réalisés par la HAS et l'INPES sur l'ETP<sup>109</sup>. Elle rappelle que ces programmes sont proposés au malade par le médecin prescripteur.

La première étape du programme d'ETP correspond au diagnostic éducatif. Il est établi avec le patient en vue de l'identification de ses besoins et de ses attentes et permet de formuler les compétences à acquérir ou à mobiliser et à maintenir, en tenant compte des priorités du patient. Lors de cette étape les conditions de travail sont identifiées ainsi que les risques sociaux. Parmi les risques sociaux cités figurent la maladie/l'incapacité, le vieillissement, la perte du travail (chômage, retraite ou accident du travail). Les principales rubriques du dossier médical d'éducation thérapeutique décrites par la HAS comportent la nature des contraintes professionnelles (métier, situations à risque).

---

<sup>109</sup> Guide sur la structuration d'un programme d'ETP dans le champ des maladies chroniques, juin 2007 ; ETP comment la proposer et la réaliser, juin 2007



La deuxième étape vise à établir un programme personnalisé avec des priorités d'apprentissage. « *Le programme personnalisé précise les objectifs éducatifs et les compétences à acquérir au regard de la stratégie thérapeutique et du projet du patient, le contenu des séances d'ETP et leur planification, les modalités d'évaluation individuelle (atteintes des objectifs fixés en commun avec le patient), les modalités du suivi éducatif (l'équipe ou le médecin traitant)* ». Le programme personnalisé comporte des séances collectives et/ou individuelles qui sont ensuite planifiées.

Enfin, l'ETP comporte une évaluation individuelle des compétences acquises par le patient et du déroulement du programme. Les principaux objectifs de l'évaluation individuelle de l'ETP sont décrits. L'un d'eux vise à permettre au patient d'exprimer son vécu de la maladie chronique, sa manière de gérer au quotidien sa maladie ce qui suppose d'« *explorer avec le patient son bien-être et sa qualité de vie, en utilisant comme points de repères les domaines de la qualité de vie proposés par exemple par l'OMS (projet WHOQOL, OMS 1996) dont le niveau d'indépendance qui concerne la mobilité, les activités de la vie quotidienne, la dépendance de médicaments et d'aide médicale et la capacité à travailler* »:

La question de la capacité à travailler est clairement citée.

La HAS distingue l'offre d'éducation thérapeutique initiale, l'offre d'éducation thérapeutique de suivi régulier (renforcement) et l'offre d'éducation thérapeutique de suivi approfondi (reprise), si besoin.

Elle élaboré en mars 2012 un guide d'auto-évaluation pour les coordonnateurs et les équipes. (Auto-évaluation annuelle d'un programme d'éducation thérapeutique du patient, Guide pour les coordonnateurs et les équipes, HAS, mars 2012). Parmi les critères de qualité, il est notamment précisé que l'ETP doit concerner la vie quotidienne du patient, les facteurs sociaux, psychologiques et environnementaux.

Les programmes d'ETP peuvent être mis en œuvre dans des établissements de santé (Soins de courte durée ou soins de suite et de réadaptation), dans des centres de santé, dans des maisons de santé pluridisciplinaires ou encore par le biais de réseau de santé.

Le système d'autorisation par les ARS conduit à une certaine rigidité. En Allemagne, l'ETP est très majoritairement réalisée en secteur ambulatoire par des médecins et se déroule essentiellement lors d'hospitalisations de jour dédiées pour ce qui concerne le secteur hospitalier<sup>110</sup>. Au Pays-Bas, l'éducation à la santé, incluant l'ETP, s'est initialement développée à l'hôpital lors de consultations dédiées ou pour des patients hospitalisés. L'ETP se développe en ambulatoire mais essentiellement pour les patients diabétiques. En Suisse, le développement s'est fait de façon non structurée, à l'initiative des équipes hospitalières et de professionnels de santé. Le rapport précité souligne que l'ETP est réalisée par certains médecins de premier recours qui exercent soit de manière individuelle soit en cabinet pluridisciplinaire. Il n'existe pas de rémunération spécifique pour pratiquer l'ETP. La rémunération du praticien dépend uniquement de la durée de la consultation en augmentant par tranche de 5 minutes.

Le rapport insistait sur le rôle du médecin traitant dans l'ETP, citant l'expérimentation « Azalée » conduite par la Mutualité Sociale Agricole qui met à disposition du médecin généraliste une infirmière pour réaliser, au sein du cabinet, un programme d'ETP.

---

<sup>110</sup> Education thérapeutique du patient : proposition pour une mise en œuvre rapide et pérenne. Rapport remis au premier Ministre, rédigé par Denis Jacquat, avec la participation d'Alain Morin IGAS, juin 2010



En France, à l'hôpital, les programmes d'ETP relèvent d'un financement MIGAC (missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation), à l'exception des actions réalisées pour des patients hospitalisés qui sont prises en charge par les tarifs. Ces financements recouvrent des actions très diversifiées (consultations pluridisciplinaires, séances éducatives individuelles ou de groupe, réunions d'information, livrets d'information et actions de communication, réunions de suivi post-hospitalisation...)<sup>111</sup>.

Le Fonds d'intervention régional (FIR) « finance, sur décisions des ARS, des actions, des expérimentations et, le cas échéant des structures concourant à 7 missions, dont l'une (la sixième) est « *la prévention des maladies, la promotion de la santé, l'éducation à la santé et la sécurité sanitaire* ». Le fonds participe au financement des actions tendant à la promotion de la santé, à l'éducation à la santé, à la prévention des maladies et à la sécurité sanitaire mises en œuvre dans le cadre du schéma régional de prévention, et notamment à des actions en matière d'éducation à la santé et de prévention des maladies, des comportements à risque ainsi que des risques environnementaux, en particulier d'éducation thérapeutique des patients.

A titre d'illustration, le site de l'ARS Ile de France donne la liste des programmes d'ETP autorisés au 31 janvier 2014. 723 programmes d'ETP sont autorisés dont 54 concernent directement les maladies cardiovasculaires de l'adulte (maladies cardiovasculaires, accidents vasculaires cérébraux, insuffisance cardiaque, insuffisance coronaires), un seul de ces programmes est développé en ambulatoire, les réseaux occupent une place vraiment très limitée, l'essentiel de ces programmes étant développés par des établissements de santé. Ce constat ne se limite pas aux maladies cardiovasculaires. Il est valable pour les autres maladies chroniques.

Les recommandations de la société française de cardiologie (Groupe Exercice Réadaptation Sport GERS) concernant la pratique de la réadaptation cardiovasculaire chez l'adulte laisse une large place à l'éducation thérapeutique<sup>112</sup>.

L'éducation thérapeutique du patient doit être spécifique, pluridisciplinaire et doit donner au patient les moyens d'améliorer son pronostic par des comportements adaptés.

En médecine de ville un programme « éducation thérapeutique du patient (ETP) » vise à expérimenter la possibilité d'un paiement forfaitaire pour rémunérer l'activité d'ETP lorsqu'elle est dispensée dans des structures pluriprofessionnelles (250 € ou 300 € par patient selon le nombre de séances).

Par ailleurs, la mise en œuvre de la stratégie nationale de santé devrait permettre de favoriser le développement des équipes pluridisciplinaires.

Le rapport de Mme Catherine Génisson et de M Alain Milon sur la coopération entre les professionnels de santé soulignent l'intérêt du développement de professions intermédiaires et de la nécessité d'instaurer davantage de complémentarités entre les différentes professions de santé<sup>113</sup>.

Il cite en particulier pratiques infirmières avancées des systèmes de santé étrangers. Cette approche apparaît particulièrement intéressante dans le cadre de la prise en charge de malades souffrant de pathologies chroniques et notamment d'affections cardiovasculaires. Les travaux menés dans le cadre de la Stratégie nationale de santé (SNS) devraient permettre de progresser dans ce domaine.

**Recommandation n°9 : Les modalités d'autorisation devraient être plus souples et le financement adapté afin de favoriser le développement de l'ETP en ambulatoire et son accessibilité sur l'ensemble du territoire.**

<sup>111</sup>Site internet du ministère chargé de la santé

<sup>112</sup> Pavy Ba et Al, Recommandations du Groupe Exercice Réadaptation Sport (GERS) de la société française de cardiologie concernant la pratique de la réadaptation cardiovasculaire chez l'adulte, version3

<sup>113</sup> Coopération entre professionnels de santé : améliorer la qualité de prise en charge, permettre la progression dans le soin et ouvrir la possibilité de définir de nouveaux métiers, Rapport d'information de Mme Catherine GÉNISSON et M. Alain MILON, fait au nom de la commission des affaires sociales n° 318 (2013-2014) - 28 janvier 2014

### 3.2.2.3 Des centres de soins de suite et de réadaptation cardiovasculaires ont fait du retour à l'emploi un objectif majeur

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) définit la réadaptation cardiovasculaire comme l'ensemble des activités nécessaires pour influencer favorablement le processus évolutif de la maladie, ainsi que pour assurer aux patients la meilleure condition physique, mentale et sociale possible, afin qu'ils puissent par leurs propres efforts, préserver ou reprendre une place aussi normale que possible dans la vie de la communauté. Dans ses recommandations concernant la pratique de la réadaptation cardiovasculaire chez l'adulte, la Société française de cardiologie (groupe GERS) précise que la reprise du travail est un des objectifs de la réadaptation cardiovasculaire avec des impacts tant au plan humain que médico-économique. Ainsi, « *tout programme de réadaptation cardiovasculaire doit comporter une aide à la réinsertion professionnelle, particulièrement pour les patients dont les caractéristiques cliniques et/ou psychologiques, ou la pénibilité du poste, représentent des facteurs de risque de non reprise* ».

Les recommandations définissent le trépied qui fonde la réadaptation cardiovasculaire :

- réentraînement physique et apprentissage des activités d'entretien physique à poursuivre ;
  - optimisation thérapeutique, qui doit être adaptée à l'état du patient et à son mode de vie ;
  - éducation thérapeutique spécifique.
- **L'entretien socioprofessionnel constitue un moment clé.**

La mission s'est rendue au Centre de soins de suite et de réadaptation de Bois-Gibert situé dans la région Centre.

Un entretien « socioprofessionnel » réalisé par une infirmière formée spécifiquement au sein du centre et prévu dès l'arrivée du patient. Pour un patient en âge professionnel, son statut professionnel est renseigné, l'antériorité de son arrêt de travail, son niveau d'études, les différentes caractéristiques de son poste de travail précisées en fonction des dires du patient et en particulier l'existence de facteurs de risques professionnels cardiovasculaires (horaires, charge physique...). Le questionnaire de Karasek est également utilisé pour appréhender le stress au travail. Il est complété par des questions portant sur le ressenti du patient sur l'ambiance au travail.

La mission s'est également rendue à l'hôpital Corentin Celton (Assistance publique-Hôpitaux de Paris) qui comporte un service de soins de suite et de réadaptation cardiovasculaires. Dès l'entrée du patient, s'il est en âge de travailler, le cardiologue ou l'interne informe par transmission écrite un médecin du travail bénévole intervenant de façon hebdomadaire dans l'établissement afin qu'il puisse proposer au patient un entretien concernant son retour au travail.

- **Les mises en situation organisées permettent de préfigurer les conditions dans lesquelles travailleront les salariés**

Les recommandations précitées concernant la réadaptation des maladies cardiovasculaires chez l'adulte insistent sur l'importance du reconditionnement à l'effort, tant pour l'optimisation des capacités à l'effort que pour l'image positive de soi qu'il génère auprès du patient. Elles évoquent l'évaluation de l'adéquation entre les capacités fonctionnelles et le poste de travail évaluée par des abaques, tout en connaissant leurs limites ainsi que l'intérêt des données de l'épreuve d'effort et d'une évaluation de la pénibilité du poste qui « *peut être appréciée lors de séances d'ergonomie, voire en situation réelle par la mesure ambulatoire de la pression artérielle et de la fréquence cardiaque* ».

Ainsi, pendant un séjour en soins de suite et de réadaptation cardiovasculaires, des séances pourront être organisées avec un ergonome pour tenter de se rapprocher au plus près des conditions de travail du malade et mesurer par exemple la cardiofréquence (reconstitution de charge physique, manipulation de charge en milieu comparable à une chambre froide...).

L'évaluation individuelle de l'impact, par exemple, d'une charge physique importante apparaît primordiale car une grande habitude de cette charge physique par certains peut aboutir à une dépense cardioénergétique compatible avec une reprise du travail. A contrario, une charge bien moindre pourra être incompatible pour certains individus compte tenu de la dépense énergétique mobilisée.

Ces mises en situation peuvent aller jusqu'à des adaptations spécifiques.

M. X a été pris en charge dans le centre de suite et de réadaptation de Bois Gibert. Il doit reprendre son travail mais malgré les séances de réadaptation, il garde une forte appréhension liée à la reprise très proche de son travail. Il recontacte le médecin du centre en expliquant sa crainte de faire un nouvel accident cardiovasculaire quand il reprendra son métier. Il est artiste et ne se sent plus capable de jouer.

Le centre va organiser une représentation pour ses patients afin qu'il puisse jouer sans crainte, dans un environnement sécurisé où il pourra bénéficier d'un enregistrement des différents paramètres susceptibles de le rassurer sur sa capacité à exercer son métier.

Grâce à cette mise en situation spécifique, il peut reprendre son travail.

Enfin, l'organisation des prises en charge peut se faire à temps partiel de façon à permettre au patient de reprendre son travail en même temps qu'il bénéficie d'un programme de réadaptation ambulatoire.

➤ **Les décisions sont pluriprofessionnelles, associent le patient et l'amélioration de la communication avec les médecins du travail est souvent recherchée**

Au bout de 3 semaines, une réunion pluri professionnels permet l'étude du dossier du patient. Les professionnels sont médecins, kinésithérapeutes, psychologues, diététiciens. Le dossier comprend au minimum les résultats de l'entretien socioprofessionnel, les résultats de la coronarographie, de l'échographie cardiaque et de l'épreuve d'effort.

L'adéquation entre l'état de santé du patient et la nature de son poste de travail mais aussi le stress professionnel contribuent à appréhender les risques de récives.

Dans beaucoup de cas, même quand la visite de reprise n'est pas obligatoire du fait d'un arrêt de travail inférieur à 1 mois, elle est fortement conseillée. En outre, si une modification de poste semble devoir être envisagée et qu'elle peut apparaître complexe, le médecin prend contact téléphonique, après autorisation du patient et en sa présence, avec le médecin du travail.

L'importance de la visite de pré-reprise est rappelée dans les recommandations de bonne pratique. « *Tout patient concerné est incité à solliciter auprès de son médecin du travail une consultation de pré-reprise, en cas de nécessité d'adaptation transitoire ou permanente du poste (horaires aménagés, reclassement, changement de poste, formation ...)* ».

A la sortie du patient, le compte rendu du séjour en réadaptation mentionne les modalités de reprise du travail en clair.

Des échanges peuvent avoir lieu, avec l'accord du patient entre médecin traitant et / ou cardiologue avec un médecin du centre ou encore, avec l'accord du salarié entre le médecin du travail et le médecin du centre. Ces échanges permettent d'améliorer la prise de décision dans les cas les plus complexes.

➤ **Les facteurs favorisant la reprise du travail ne sont pas tous de nature médicale**

Une étude des facteurs influençant la réinsertion professionnelle après syndrome coronarien aigu (SCA) a été réalisée d'après les dossiers de 252 patients consécutifs pris en charge au centre de réadaptation de Bois Gibert après cardio-intervention ou pontage coronarien<sup>114</sup>.

Sur les 252 patients, 143 étaient en activité au moment du SCA. 78 % ont repris le travail avec un délai moyen de 130 jours.

Les facteurs déterminant la reprise ou non du travail étaient

- pour les facteurs négatifs : l'âge, la persistance d'une symptomatologie (le plus souvent, essoufflement à l'effort)
- pour les facteurs positifs : le fait d'être cadre intervenait
- Sur les 22 % qui n'ont pas repris le travail :
- 57 % étaient en arrêt de travail pour longue maladie ou invalidité
- 34 % ont pris leur retraite
- 9 % ont été licenciés

Pour les 78 % des patients qui ont repris le travail, il apparaît, à partir de cette étude réalisée sur 2 ans, que l'absentéisme n'est pas majoré

Cette étude va dans le sens des travaux déjà effectués dans ce domaine qui montrent la faible valeur prédictive des variables cliniques (20 %), comparées aux variables démographiques et socio-économiques (45 %)<sup>115</sup>.

En outre dans les recommandations précitées, il est également souligné que « *la dépression en phase aiguë serait également un facteur de non reprise, indépendamment des données cliniques et socio-démographiques*<sup>116</sup> »

De plus, un travail perçu comme contraignant « *(demande importante et faible latitude décisionnelle) serait associé à un risque aggravé de récurrence d'événements cardiovasculaires*<sup>117</sup> »

---

<sup>114</sup> Rebotier N, Facteurs influençant la réinsertion professionnelle après syndrome coronarien aigu : résultats à deux ans d'une population après réadaptation cardiaque, thèse de doctorat de médecine, Faculté de médecine de Tours, octobre 2012

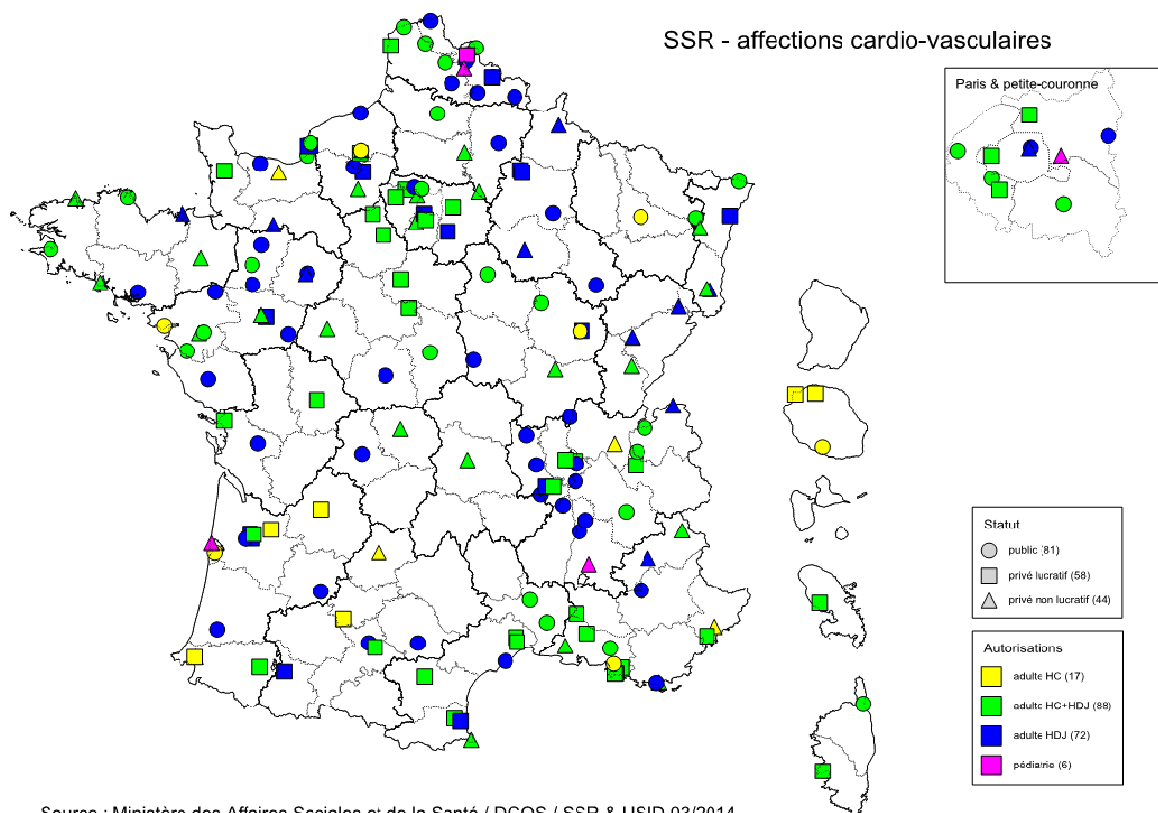
<sup>115</sup> Mark DB, Lam LC, Lee KL et al. Identification of patients with coronary disease at high risk for loss of employment. *Circulation* 1992 ; 86 : 1485-94

<sup>116</sup> Bhattacha Ryya MR, Perkins-Porra L, Whitehead DL, Steptoe A. Psychological and clinical predictors of return to work after acute coronary syndrome. *Eur Heart J* 2007 ; 28 (2) : 160-165

<sup>117</sup> Aboa-Eboule C, Brisson C, Maunsell E et al. Job strain and risk of acute recurrent coronary heart disease events. *JAMA* 2007 ; 298 (14) : 1652-1660

- **181 établissements de soins de suite et de réadaptation sont autorisés en France pour la prise en charge des affections cardiologiques et vasculaires.**

Graphique 1 : Cartographies des établissements de SSR cardiovasculaires



Source : Ministère des Affaires Sociales et de la Santé / DGOS / SSR & USID 03/2014

Tous les patients ne sont pas orientés vers des établissements de ce type et les différences ne sont pas forcément liées à des variations de tableau clinique. Les hospitalisations pour réadaptation cardiaque chez des patients hospitalisés après un infarctus du myocarde ont fait l'objet d'une étude menée à partir des données du programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI)<sup>118</sup>. Un tiers des patients a été hospitalisé en soins de suite et de réadaptation mais parmi ces prises en charge, une prise en charge dans des structures spécialisées en réadaptation cardiaque n'a concerné que 22,7 % des malades. La proportion des patients hospitalisés en réadaptation cardiaque diminuait avec l'âge : 40,6 % entre 18 et 45 ans et 34,2 % entre 45 et 64 ans et passait à 2,3 % pour les patients de 8 ans et plus.

Les auteurs notaient une « association significative avec le type d'établissement et le service de prise en charge initiale, se traduisant par une plus grande fréquence de réadaptation cardiaque pour les patients provenant des centres hospitaliers universitaires/régionaux (28,3 %) et pour ceux qui avaient été hospitalisés dans une unité de soins intensifs, de réanimation ou de surveillance continue (25,1 %) ».

Parmi les patients pris en charge en SSR, les modalités de prise en charge étaient de 50 % en hospitalisation complète, 43 % hospitalisation de jour et 7 % en séances.

Les disparités régionales étaient marquées avec des taux régionaux variant entre 10,1 % et 36,6 %. Les auteurs évoquaient l'hypothèse d'une hétérogénéité liée à la variabilité des pratiques ainsi qu'au nombre de lits et places en SSR cardiologiques dans les régions.

<sup>118</sup> Christine de Peretti et Al, Réadaptation cardiaque hospitalière après infarctus du myocarde en France : apports du PMSI-SSR, InVS, BEH n°5, 4 février 2014

La HAS souligne que pour un même épisode morbide, les trajectoires de soins des patients sont souvent fragmentées ou inadaptées, ce qui génère de l'inconfort et du stress pour les patients et leur famille<sup>119</sup>. Elle précise également que la prise en charge trop tardive en SSR peut limiter la capacité du patient à se réinsérer. Suite à la demande de la DGOS, elle élabore un outil qui devrait aider les établissements de santé dans les choix d'orientation en SSR.

**Recommandation n°10 : Mieux définir les critères d'orientations vers les centres de suite et de réadaptation cardiovasculaire dont l'intérêt apparaît clairement.**

### 3.2.2.4 D'autres acteurs de santé peuvent également contribuer à faciliter le retour à l'emploi

#### ➤ Des visites sont réalisées auprès des malades encore hospitalisés qui présentent des pathologies dont l'origine pourrait être professionnelle

Au CHU de Lille, tous les patients hospitalisés pour des affections touchant la vessie ou les poumons se voient proposer un interrogatoire professionnel durant leur séjour. S'il en ressort que la pathologie peut être en relation avec leur activité professionnelle, il leur est conseillé de formuler une demande de reconnaissance de maladie professionnelle en liaison avec leur médecin spécialiste. Cette pratique a conduit à renforcer les relations entre le CHU et les spécialistes de ville de ces deux pathologies qui ont désormais pris l'habitude d'adresser leurs patients au CHU en cas d'interrogation sur l'origine professionnelle d'une affection des poumons ou de la vessie.

#### ➤ Le dispositif d'écoute santé info emploi service (SEIS) développé dans le Nord Pas de Calais permet d'accompagner le malade dans ses démarches

En 2006, à l'initiative des médecins du travail et des différents professionnels et partenaires de la politique régionale de santé de la région Nord-Pas-de-Calais a été créé un centre téléphonique régional d'aide et d'orientation pour le maintien et la réinsertion professionnelle (Santé Emploi Info Service). Ce centre visait, à l'origine, à répondre à un besoin important d'information et d'accompagnement des actifs en situation de handicap, notamment suite à un cancer. Son action s'est ensuite étendue aux victimes de maladies chroniques puis à toute personne rencontrant des difficultés pour le maintien dans l'emploi ou le retour à l'emploi du fait d'un problème de santé quel qu'il soit. Outre les intéressés eux-mêmes, les proches peuvent aussi appeler pour des personnes en difficulté et ne pouvant effectuer cette démarche.

Ce service a pour objectif de :

- *faciliter l'accès à l'information et répondre à toute question juridique et/ou médico-socio-professionnelle,*
- *orienter les personnes en difficulté de santé et d'emploi vers les professionnels de santé et de maintien/réinsertion de proximité du lieu de vie ou de travail et faciliter les mises en relations personnalisées,*
- *assurer un suivi à moyen terme des appelants,*
- *développer les relations entre les professionnels de santé et de maintien/réinsertion.*

Situé au CHRU dans l'unité de pathologie professionnelle, il est placé sous la responsabilité fonctionnelle d'un médecin expert en santé-travail et prévention des risques et pathologies professionnelles, docteur en droit santé-travail.

<sup>119</sup> Réalisation d'une grille d'analyse de la pertinence des demandes de transfert et d'admission en SSR, note de cadrage, HAS, avril 2012.



Il compte deux infirmières-écoutantes qui informent et conseillent les appelants (les réponses étant validées, si nécessaire par le médecin responsable), les orientent vers les professionnels de santé et opérateurs du maintien dans l'emploi dans les territoires et assurent un suivi personnalisé et un accompagnement téléphonique. Elles sont également en charge de la communication et de la diffusion des informations auprès des associations, organismes de soins dans les territoires et de l'organisation des rencontres avec les partenaires opérationnels. Enfin elles renseignent une base de données sur la nature des appels.

Depuis 2006, 1857 personnes ont appelé le centre. Ce sont les pathologies psychiatriques qui sont la première cause d'appel (15 % des appels), les pathologies cardiaques représentant pour leur part 5 % des appels.

**Recommandation n°11: La mission recommande de faire connaître les pratiques innovantes qui contribuent à identifier les besoins des personnes et accompagner les malades dans leurs démarches afin de favoriser leur développement**

### 3.2.2.5 La CNAMTS a développé des dispositifs spécifiques pour favoriser l'insertion professionnelle des salariés malades

La lettre réseau de la CNAMTS LR/DDO/72/2012 du 29 mai 2012 relative au contrôle des assurés en arrêt de travail vise à en premier lieu à organiser les interventions du service du contrôle médical pour mieux cibler le contrôle des arrêts de travail et combattre les abus<sup>120</sup>. Mais elle comporte aussi une dimension aide à la réinsertion professionnelle dans la mesure où le contrôle des arrêts de travail de durée intermédiaire (au-delà de 45 jours) est une priorité du service médical. En effet, comme l'indique la lettre réseau « *les actions menées pendant cette période conditionnent la poursuite ou la reprise du travail et peuvent permettre d'éviter la chronicisation de l'arrêt* ».

Un des facteurs contribuant à faciliter la reprise d'emploi est la visite de préreprise. Le décret n°2012-135 du 30 janvier 2012 relatif à l'organisation de la médecine du travail a renforcé les dispositions visant à favoriser le maintien dans l'emploi des salariés suite à un arrêt de travail en rendant obligatoire les visites de pré-reprises qui étaient auparavant facultatives. Ce point est détaillé en annexe 5.

Par ailleurs, l'intervention du service du contrôle médical se manifeste également par sa participation au dispositif de prévention de la désinsertion professionnelle (PDP).

La politique de prévention de la désinsertion professionnelle mise en œuvre par la CNAMTS consiste à anticiper la perte d'une activité professionnelle pour des raisons de santé ou de handicap. Elle concerne tant les bénéficiaires de prestations d'assurance maladie que les victimes d'accidents du travail ou de maladies professionnelles.

La mise en œuvre de la démarche peut aboutir à un maintien dans le poste, à un maintien dans l'entreprise mais aussi à un autre poste, à une formation ou à reclassement au sein d'une autre entreprise.

La réussite de la démarche passe d'abord par une coordination interne des divers acteurs de la sphère sécurité sociale. A cet effet, l'assurance maladie s'est structurée en cellules régionale et locales pluridisciplinaires (une sur chaque département), dont les différents membres ont vocation à intervenir dans une action concertée et complémentaire suivant leur champ de compétences.

La service administratif de la Caisse primaire d'Assurance maladie (CPAM) enregistre l'arrêt de travail, informe, suit le dossier, verse les indemnités journalières et rembourse les soins. Il mobilise des financements et facilite la mise en place de dispositifs d'aide au retour à l'emploi.

---

<sup>120</sup> Lettre réseau de la CNAMTS LR/DDO/72/2012 du 29 mai 2012 relative au contrôle des assurés en arrêt de travail)



Le médecin conseil qui relève du service médical évalue la capacité du salarié à reprendre une activité professionnelle, prend contact avec le médecin traitant et/ou le médecin du travail.

L'assistante sociale qui dépend du service social de l'Assurance maladie informe, oriente, encourage et soutient la personne dans la mise en œuvre des étapes nécessaires à son retour à l'emploi. Elle facilite également son accès aux partenaires et aux services ressources.

En 2011, dans le cadre de ce dispositif les médecins conseils ont effectués 36 450 signalements vers les médecins du travail et 32 788 vers le service social des CARSAT.

94 000 assurés faisaient l'objet d'un accompagnement individuel, 12 181 bénéficiaient de prestations de maintien ou de retour à l'emploi dont près de la moitié sous forme de formations professionnelles en centre de rééducation professionnelle mises en place par les UGECAM.

Un rapport de l'IGAS d'avril 2013 sur l'évaluation de la convention d'objectifs et de gestion 2009-2012 de la branche accidents du travail et maladies professionnelles du régime général a analysé les modalités d'organisation et les résultats du dispositif de prévention de la désinsertion professionnelle. Il en ressort que, bien qu'aménagée au cours des dernières années dans ses procédures et son contenu, la PDP ne présente pas de résultats probants et plusieurs propositions ont été formulées pour en améliorer l'organisation et l'efficacité<sup>121</sup>.

La nouvelle convention d'objectifs et de gestion pour la branche AT-MP 2014-2017, signée le 30 décembre 2013 précise : « *les actions de prévention de la désinsertion professionnelle seront, en lien avec la branche maladie, mieux structurées et étendues, afin de couvrir le plus largement possible les populations concernées par le risque de désinsertion. Mais de nouvelles approches s'appuyant sur des démarches d'accompagnement impliquant des interventions individualisées médicales, sociales et professionnelles, méritent également d'être développées* »<sup>122</sup>.

**Recommandation n°12 : La mission recommande de mobiliser la Prévention de la désinsertion professionnelle (PDP) rénovée et les nouvelles démarches d'accompagnement de la CNAMTS pour améliorer l'insertion professionnelle des salariés souffrant de maladies cardiovasculaires**

### 3.2.2.6 Le déploiement du programme Prado cardiovasculaire en cours et n'intègre pas la dimension travail

Dans le cadre de la mise en œuvre de la démarche relative aux processus de soins, l'instruction de la ministre des affaires sociales et de la santé du 1er février 2013 a demandé à la CNAMTS d'expérimenter dans cinq territoires un programme d'accompagnement du retour à domicile après hospitalisation (PRADO) afin de réduire la mortalité des patients atteints d'insuffisance cardiaque. L'objectif de ce programme, déjà mis en œuvre dans le domaine de la maternité et de l'orthopédie, est de proposer aux patients, en fonction de leur état de santé et de leurs souhaits, d'envisager avec eux les conditions de leur retour à domicile après hospitalisation. S'agissant des patients hospitalisés pour décompensation d'une insuffisance cardiaque et éligibles à un programme d'accompagnement du retour à domicile (60 000 patients par an), la CNAMTS propose une offre de suivi à domicile sur une période de 6 mois suivant l'hospitalisation, période à plus fort risque pour ces patients, afin de diminuer ces taux de ré hospitalisation (-30 %) et de mortalité (-20 %).

<sup>121</sup> Rapport IGAS. Evaluation de la convention d'objectifs et de gestion 2009-2012 de la branche accidents du travail et maladies professionnelles du régime général. Préconisations en vue de sa prorogation puis de son renouvellement. Laurent Caillot-Gilles Lecoq-Frédérique Simon-Delavelle. Avril 2013.

<sup>122</sup> Convention d'objectifs et de gestion pour la branche AT-MP 2014-2017

Cette offre est composée de trois volets.

Le premier consiste à initialiser le suivi médical. C'est l'équipe médicale qui, pendant l'hospitalisation, identifie au plus tôt les patients qui respectent l'ensemble des critères d'éligibilité et qui sont intéressés par le programme. Si le patient est intéressé par cette offre, un conseiller de l'assurance maladie (CAM) le rencontre à l'hôpital pour l'informer plus complètement de la démarche PRADO et pour recueillir son adhésion et lui faire préciser les professionnels de santé qui le suivront. Le conseiller organise le premier rendez vous du patient avec les professionnels de santé libéraux à sa sortie et propose un service d'aide pour favoriser le retour à domicile si le patient a besoin temporairement d'un soutien à la vie quotidienne. Un carnet de suivi est remis au patient pour l'informer sur sa maladie, son suivi et son traitement et faciliter son suivi, la coordination et la communication entre les professionnels de santé.

Le deuxième volet vise un « accompagnement attentionné ». A sa sortie de l'hôpital, le patient est pris en charge par les professionnels de santé libéraux qu'il a sélectionnés (médecin traitant, cardiologue, infirmière libérale formée à l'insuffisance cardiaque, prestataire d'aide à la vie éventuellement). Le conseiller de l'assurance maladie veille au bon déroulement du suivi médical à domicile en contactant le patient au 8ème jour pour s'assurer que le premier rendez-vous avec le médecin traitant et l'infirmière ont bien eu lieu. Il contacte à nouveau le patient au 2ème mois pour vérifier que le rendez-vous avec le cardiologue a bien eu lieu et s'informer de la poursuite du programme décidée par le médecin traitant lors de la consultation longue. Enfin, au 6ème mois, le conseiller réalise un bilan de satisfaction avec le participant.

Le troisième volet porte sur l'aide à la vie. Il permet au patient de bénéficier de prestations d'aide ménagère (ménage, repas, courses) et/ou de portage de repas sous forme d'un maximum 20h déterminé par l'équipe médicale. Cette prestation est ouverte pour une durée d'un mois renouvelable sous réserve de l'avis du service social de la CARSAT avec une durée maximale de 3 mois.

La mission n'a pas procédé à l'évaluation du programme Prado cardiovasculaire centré sur l'insuffisance cardiaque actuellement en cours de déploiement. L'âge moyen des patients hospitalisés pour insuffisance cardiaque en 2008 était de 78,8 ans mais 11,8 % des patients étaient âgés de moins de 65 ans.

**Recommandation n°13 : Si l'évaluation du programme PRADO pour les maladies cardiovasculaires témoigne de sa pertinence, la dimension travail devra être intégrée pour les patients concernés**

## CONCLUSION

Mieux anticiper et analyser les risques liés au travail pour les prévenir, notamment ceux liés à de nouvelles formes d'organisation du travail, suppose d'accorder toute sa place à la prévention. Les acteurs des services de la santé au travail et en particulier le médecin du travail jouent un rôle majeur dans ce domaine. Le vieillissement de la population a jusque là surtout été pensé en termes de maintien de l'autonomie. C'est également au défi du vieillissement des salariés en activité qu'il convient maintenant de s'attaquer. L'incidence des maladies cardiovasculaires et plus généralement des maladies chroniques augmente avec l'âge. Permettre une qualité de vie au travail et le maintien dans l'emploi de salariés vivant avec ces maladies suppose de prendre la mesure de cet enjeu et en mettre en œuvre des stratégies adaptées. Ces stratégies doivent être impulsées et partagées par les acteurs concernées de la santé.

La sensibilisation des différents acteurs à l'enjeu des maladies cardiovasculaires au travail et plus généralement des maladies chroniques constituer un atout pour repérer des situations à risque et adapter au mieux l'orientation des personnes. Si les risques professionnels ont été soulignés, les interactions avec le mode de vie justifient que cette démarche s'inscrive dans un cadre de prévention globale.

Il convient que l'ensemble des intervenants du champ de la santé puisse faire de l'environnement travail un questionnement systématique, à l'instar de « public health in all policies » qui guide les politiques de santé publique.

La politique de santé au travail mobilise des instances partenariales et en particulier au niveau régional, les Observatoires régionaux santé au travail (ORST) et au niveau national, le COCT. Elles doivent s'emparer de sujets de cette nature. Accompagner l'explicitation de cette politique et examiner de quelles façons ces sujets peuvent être portés par les différents partenaires constituent des priorités.

Cela doit se traduire par la mise en œuvre d'une politique de communication efficace auprès de l'ensemble des professionnels notamment sur les lieux d'expertise. Mais il importe également de poursuivre l'approche adoptée dans ces travaux, qui par nature reste empirique, pour passer à une démarche plus systématique de recensement des bonnes pratiques dans le domaine de l'articulation entre santé publique et santé au travail en accentuant la dimension prévention globale. La mise en œuvre de la stratégie nationale de santé et l'élaboration du troisième plan santé au travail constituent des atouts certains pour sensibiliser les acteurs concernés.

Les professionnels de santé que la mission a rencontrés dans le champ des maladies cardiovasculaires relatent comment après une même intervention, des patients peuvent ressentir de façon très différente l'impact de leur maladie sur leur capacité à travailler alors qu'ils se trouvent dans des situations de travail comparables.

Des cas extrêmes ont été décrits à la mission.

Par exemple après un infarctus du myocarde chez deux patients de 45 ans présentant des facteurs de risque classiques jugés comparables :

- l'un considèrera qu'il ne s'agit que d'un « incident de parcours » et ne modifiera pas du tout leur mode de vie, estimant qu'il est en meilleure santé qu'avant puisqu'il est traité et reprendra ses activités à l'identique ;
- l'autre ressentira cette situation comme marquant définitivement un tournant dans leur vie y compris professionnelle, avec un risque d'entrée dans la dépression

Dans un cas le risque est celui de récurrence avec des formes beaucoup plus graves qui peuvent poser problème pour la poursuite de l'activité professionnelle. Dans l'autre, le risque est celui d'une non-reprise de l'activité professionnelle et d'une détérioration de l'état de santé y compris sur le plan psychique.

Pour éviter ces écueils de surestimation et sous-estimation des risques qui, fort heureusement ne constituent pas la généralité des situations rencontrées, le lien entre médecin du travail et médecin traitant, sous réserve de l'accord du patient, la visite de pré-reprise et l'éducation thérapeutique du patient jouent un rôle majeur.

Cette sensibilisation sur les maladies cardiovasculaires au travail ne doit pas conduire à l'éviction de certains salariés ou de certains métiers au sein des entreprises. En effet, le fondement de la médecine du travail renvoie bien à une gestion interne des risques et non à leur externalisation. Or, les démarches de prévention des maladies cardiovasculaires peuvent susciter des effets anxiogènes sur l'ensemble des acteurs dont il faut tenir compte. Il importe de communiquer de façon claire sur ces questions vis-à-vis de l'ensemble des acteurs concernés pour éviter les idées fausses qui aboutiraient à une stigmatisation des malades atteints de pathologies cardiovasculaires.

Les associations de malades constituent des partenaires incontournables dans ce domaine.

Anne-Carole BENSADON

Philippe BARBEZIEUX

## LES RECOMMANDATIONS DE LA MISSION

N°	Recommandation	Autorité responsable
1	Le caractère multifactoriel des maladies cardiovasculaire et l'existence de facteurs liés l'environnement professionnel justifient la prise en compte des maladies cardiovasculaires dans cadre des démarches de prévention des risques professionnels menées en entreprise.	DGT, DGS
2	Les démarches de prévention en santé publique supposent la prise en compte de l'ensemble des facteurs de risque, y compris ceux liés à l'environnement professionnel.	DGS, DGT
3	La diminution de la part de décès liés aux maladies cardiovasculaires ne doit pas amener à relâcher la vigilance dans la prévention des facteurs de risque	DGS
4	Le futur Plan national santé travail doit comporter, parmi les thématiques abordées, la prévention des maladies cardiovasculaires.	DGT, DGS
5	La mission estime que le contenu du rapport d'activité des médecins du travail pourrait être simplifié et évoluer vers une approche davantage épidémiologique. Une fois son contenu revu, son informatisation en vue d'une exploitation simplifiée mais effective mériterait d'être à nouveau envisager	DGT
6	Les données sur la santé au travail mériteraient d'être structurées et optimisées et de s'inscrire dans le cadre d'une politique globale d'amélioration des connaissances sur la santé au travail.	DGS, DGT
7	Dans le cadre des actions de sensibilisation et de mobilisation des acteurs prévues par les assises nationales figurant dans le plan cancer, un accent particulier doit être mis sur la sensibilisation des dirigeants, des cadres de proximité et du collectif de travail.	DGS, DGT
8	La mission recommande que des formations sur la santé au travail puissent être proposées aux cliniciens dans le cadre du Développement professionnel continu	DGOS
9	Les modalités d'autorisation devraient être plus souples et le financement adapté afin de favoriser le développement de l'ETP en ambulatoire et son accessibilité sur l'ensemble du territoire.	DGOS
10	Mieux définir les critères d'orientations vers les centres de suite et de réadaptation cardiovasculaire dont l'intérêt apparaît clairement.	DGOS, en lien avec la HAS
11	La mission recommande de faire connaître les pratiques innovantes qui contribuent à identifier les besoins des personnes et accompagner les malades dans leurs démarches afin de favoriser leur développement	DGT, DGS
12	La mission recommande de mobiliser la Prévention de la désinsertion professionnelle (PDP) rénovée et les nouvelles démarches d'accompagnement de la CNAMTS pour améliorer l'insertion professionnelle des salariés souffrant de maladies cardiovasculaires	CNAMTS
13	Si l'évaluation du programme PRADO pour les maladies cardiovasculaires témoigne de sa pertinence, la dimension travail devra être intégrée pour les patients concernés	CNAMTS



## LISTE DES PERSONNES RENCONTREES

- **Ministère du travail, de l'emploi, de la formation professionnelle et du dialogue social**
  - Cabinet du Ministre du travail, de l'emploi, de la formation professionnelle et du dialogue social :
    - ✓ Nicolas GRIVEL, directeur adjoint du cabinet
    - ✓ Lionel DE TAILLAC, conseiller technique
  - Direction générale du travail
    - ✓ Véronique DELAHAYE-GUILLOCHEAU, cheffe de service
    - ✓ Bénédicte LEGRAND-JUNG, sous-directrice des conditions de travail
    - ✓ Dr Patricia MALADRY, responsable de l'inspection médicale du travail et de la main d'œuvre
    - ✓ Clélia DELPECH, chargée de mission
  
- **Ministère des affaires sociales et de la santé**
  - Cabinet de la Ministre des affaires sociales et de la santé
    - ✓ Olivier OBRECHT, Conseiller auprès de la ministre, chargé de l'organisation et l'animation de la politique de santé publique et de la sécurité sanitaire, coordonnateur du pôle
    - ✓ Jérôme SALOMON, conseiller en charge de la sécurité sanitaire
    - ✓ Mathilde MARMIER, chargée de mission
  
  - Secrétariat général des ministères sociaux
    - ✓ Natacha LEMAIRE, chef de service
    - ✓ Nicolas PRISSE, conseiller technique
  
  - Direction générale de la santé (DGS)
    - ✓ Jean-Yves GRALL, directeur général
    - ✓ Mireille FONTAINE, conseillère technique
    - ✓ Pascal MELIHAN-CHENIN, sous-directeur par intérim, sous direction santé des populations et prévention des maladies chroniques
    - ✓ Gilles BIGNOLAS, chef du bureau des maladies chroniques somatiques
  
  - Direction générale de l'offre de soins (DGOS)
    - ✓ Christine BRONNEC, adjointe au sous directeur de la régulation de l'offre de soins
  
- **Comité d'orientation sur les conditions de travail (COCT)**
  - ✓ Jean-Marc BOULANGER, vice président
  - ✓ Christian LENOIR, secrétaire général



- **Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS)**
  - CNAMTS – Direction des risques professionnels
    - ✓ Dominique MARTIN, directeur
  - CNAMTS – Direction déléguée à la gestion et à l'organisation des soins :
    - ✓ Mathilde LIGNOT-LELOUP, directrice
    - ✓ Thomas JAN, responsable du département coordination et efficacité des soins
    - ✓ Pierre GABACH, responsable du département des pathologies lourdes
    - ✓ Pierre BERGMAN, responsable adjoint du département des pathologies lourdes
    - ✓ Dorothée HANNOTIN, chef de cabinet
  - CNAMTS – Réunion sous l'égide du médecin conseil national
    - ✓ Pr Luc BARRE, médecin conseil national
    - ✓ Dr. Eric BURLOT, cabinet du médecin conseil national
    - ✓ Dr Jean-Paul PRIEUR
  - CNAMTS – Département de l'action sanitaire et sociale
    - ✓ Régine CONSTANT, responsable du département
- **Commission des accidents du travail et des maladies professionnelles**
  - ✓ M. Franck GAMBELLI, président
- **Organisations syndicales de salariés**
  - CFE-CGC:
    - ✓ Bernard SALENGRO
  - CFDT:
    - ✓ Hervé GARNIER
    - ✓ Henri FOREST
  - CFTC :
    - ✓ Pierre-Yves MONTELEON
  - CGT :
    - ✓ Alain ALPHON-LAYRE
    - ✓ Jean-François NATON
  - FO :
    - ✓ Jean-Marc BILQUEZ
    - ✓ Bertrand NEYRAND
- **Organisation syndicales d'employeurs**
  - CGPME :
    - ✓ Dr Pierre THILLAUD
  - MEDEF :
    - ✓ Nathalie BUET, directrice de mission santé au travail
    - ✓ Dr François PELLET, consultant médical
- William Dab, Professeur titulaire de la chaire d'Hygiène et Sécurité du conservatoire national des arts et métiers (CNAM)

- Dr Guinepain : médecin du travail<sup>123</sup>
- **Institut national de recherche et de sécurité pour la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles (INRS)**
  - ✓ Stéphane PIMBERT, directeur général
  - ✓ Philippe JANDROT, directeur délégué aux applications de prévention
- **Institut national de veille sanitaire (InVS)**
  - ✓ Catherine BUISSON, directrice du département santé travail
- **Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES) :**
  - ✓ Thanh LE LUONG, directrice générale
  - ✓ Paule DEUTSCH, directrice de l'animation des territoires et des réseaux
  - ✓ Colette MENARD, psychosociologue, département enquêtes et analyses statistiques
- **Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (ANSES)**
  - ✓ Pr Gérard LASFARGUES, directeur général adjoint scientifique
- **Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail (ANACT)**
  - ✓ Hervé LANOUZIERE, directeur général
- **Association régionale pour l'amélioration des conditions de travail (ARACT) Aquitaine**
  - ✓ Corinne HAPLICZNICK, directrice
  - ✓ Dominique BARADAT, chargée de mission
- **Haut comité de santé publique (HCSP)**
  - ✓ Dr Régine LEFAIT-ROBIN, secrétaire générale
  - ✓ Dr Bruno GRANDBASTIEN
- **Société française de médecine du travail (SFMT)**
  - ✓ Jean Claude PAIRON, président d'honneur
  - ✓ Jean-François GEHANNO, secrétaire général
- **Société française de cardiologie (SFC)**
  - ✓ Pr Albert HAGEGE, président
  - ✓ Pr Yves JUILLIERE, vice président
- **Société française de cardiologie, groupe exercice, réadaptation, sport (GERS)**
  - ✓ Dr Marie-Christine ILIOU, présidente
- **Société française de médecine du travail (SFMT)**
  - ✓ Jean Claude PAIRON, président d'honneur
  - ✓ Jean-François GEHANNO, secrétaire général

---

<sup>123</sup> Entretien téléphonique

- **Société française de santé publique (SFSP)**
  - ✓ Pr Pierre LOMBRIL, président du bureau de la SFSP
  
- **Société française de médecine générale (SFMG)**
  - ✓ Dr Jean-Louis GALLAIS
  
- **Association cœur et travail**
  - ✓ Dr Bernard PIERRE, Président, chef du service de réadaptation cardiaque, clinique I.R.I.S. Marcy-l'Etoile
  - ✓ Pr Alain CHAMOIX, CHU Clermont Ferrand
  - ✓ Dr Fabrice LOCHER, ACMS
  - ✓ Mme Evelyne LAGARDE
  
- **Alliance du cœur**
  - ✓ Philippe THEBAULT, président
  
- **Hôpital Corentin Celton (APHP), service de réadaptation cardiovasculaire**
  - ✓ Dr Marie-Christine ILIOU, cheffe de service
  - ✓ Dr VARAILLAC, médecin du travail
  
- **Hôpital européen Georges Pompidou (APHP), Centre de médecine préventive cardio-vasculaire**
  - ✓ Pr Alain SIMON, chef de service
  
- **Région Centre**
  - Agence régionale de santé de la région Centre
    - ✓ Pierre-Marie DETOUR, directeur général adjoint
  
  - Centre Bois Gibert- Etablissement de soins de suite et de réadaptation cardio-vasculaire
    - ✓ Bruno PAPIN, directeur
    - ✓ Dr Catherine MONPERE, médecin-chef, présidente de la commission médicale d'établissement
    - ✓ Carine JANNIN, adjointe au directeur
  
  - Association inter entreprises de prévention et santé au travail du Cher (AIPST 18)
    - ✓ Florence THORIN, responsable du service de prévention
  
  - Pr Emmanuel RUSCH, professeur des universités, praticien hospitalier, Université François Rabelais Tours.
  
- **Région Nord-Pas-de-Calais**
  - Direction régionale des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi Nord Pas de Calais
    - ✓ Annaïck LAURENT, directrice,

- ✓ Philippe LE FUR, directeur régional adjoint,
- ✓ Cécile DELEMOTTE, directrice adjointe Pôle travail
- ✓ Dr Jeanne-Marie BRILLET, médecin inspecteur du travail
  
- Agence régionale de santé région Nord Pas de Calais
  - ✓ Dr Guy DELERUE, direction de l'offre médico-sociale
  
- Cellule de l'InVS en région Nord-Pas-de-Calais et Picardie-Département Coordination des alertes et des régions.
  - ✓ Hélène PROUVOST, épidémiologiste
  
- Caisse d'Assurance Retraite et de la Santé au Travail (CARSAT) Nord-Picardie
  - ✓ M. André-Marie LOOK, sous directeur chargé de la santé au travail
  
- Unité de pathologie professionnelle, CHU de Lille
  - ✓ Professeur Paul FRIMAT, responsable du centre de consultation de pathologie professionnelle
  - ✓ Dr Catherine NISSE, médecin du travail
  
- Pôle santé travail Métropole Nord
  - ✓ Louis-Marie HARDY, Directeur général,
  - ✓ Dr Bernard FONTAINE, médecin coordonnateur général, toxicologue industriel
  - ✓ Dr Thierry JACQUEMART, cardiologue,
  - ✓ Dr Thierry HENNION, médecin du travail,
  - ✓ Dr Olga KEPHALIANOS, médecin du travail,
  - ✓ Dr Alain MONIEZ, médecin du travail,
  - ✓ Dr Sylvie PAQUET, directrice de laboratoire.
  - ✓ Dr Virginie DIEU, médecin du travail
  
- Dr Ariane LEROYER, directrice du groupement d'intérêt scientifique EVREST, Université Lille 2
  
- Dr Stéphanie PINTE, médecin du travail, association santé travail 62 59
  
- **Association des industriels du Nord de la France contre les accidents (AINF)**
  - ✓ Jacques BOUVET, président d'honneur
  - ✓ Anne-Marie DE VAIVRE, cofondatrice et animatrice du Cercle Entreprise et santé de l'AINF
  
- **Services de santé au travail**
  - Centre interservices de santé et de médecine du travail en entreprises (CISME)
    - ✓ Serge LESIMPLE, président
    - ✓ Martial BRUN, directeur
    - ✓ Dr Corinne LETHEUX, médecin conseil
  
  - Association interprofessionnelle des centres médicaux et sociaux de santé au travail de la région Ile-de-France (ACMS)

- ✓ Bernard GAÏSSET, directeur général
- ✓ Dr Pierre GUINEL, directeur du service médical
- ✓ Dr Fabrice LOCHER, directeur adjoint du service médical

➤ **Objectif santé travail**

- ✓ Blandine BOISNARD, directrice
- ✓ Dr Benoit MAUGUY, médecin du travail

➤ **Entreprises**

- Groupe Casino
  - ✓ Dr Eric GOUZI, médecin référent groupe Casino
- Groupe Danone
  - ✓ Bruno VERCKEN, directeur des politiques santé-sécurité du groupe Danone
  - ✓ Hélène KASPI, médecin du travail
- Electricité de France (EDF)
  - Direction des ressources humaines France, Délégation Prévention Santé
  - ✓ Dominique SPINOSI, directrice
  - ✓ Denis VIARD, adjoint à la directrice
  - Service des études médicales
  - ✓ Jacques LAMBROZO, directeur
- Société Yves FANTOU SAS<sup>124</sup>
  - ✓ Yves FANTOU, directeur
- GEPI (Groupe d'échange des préventeurs interentreprises)
  - ✓ Philippe HAVETTE, RTE
  - ✓ Jean-Louis PLEYNET, IBM
  - ✓ Robert SAHUT, Michelin
  - ✓ Bernard SIANO, La poste
  - ✓ Jean-Louis SIMONOTTI, Safran
  - ✓ Geneviève THIAUCOURT, groupe Solvay
  - ✓ Dominique VACHER, CNAM
- Société Hervé Thermique<sup>125</sup>
  - ✓ Christophe VARAILLON, directeur de territoire- Société Hervé Thermique.
- Groupe Renault
  - ✓ Dr Brigitte PAMART, médecin du travail à l'usine Renault George Besse à Douai
- Groupe Saint-Gobain, Pont à Mousson<sup>126</sup>
  - ✓ M. Frédéric BEAUMONT

---

<sup>124</sup> Entretien téléphonique

<sup>125</sup> Entretien téléphonique

<sup>126</sup> Entretien téléphonique

- ✓ Dr Charles LADAIQUE
- ✓ Dr Elisabeth LOUVET
  
- Groupe SOCOTEC
  - ✓ M. Laurent BEAUCOURT, directeur du pôle assistance technique, Lille-Lesquin



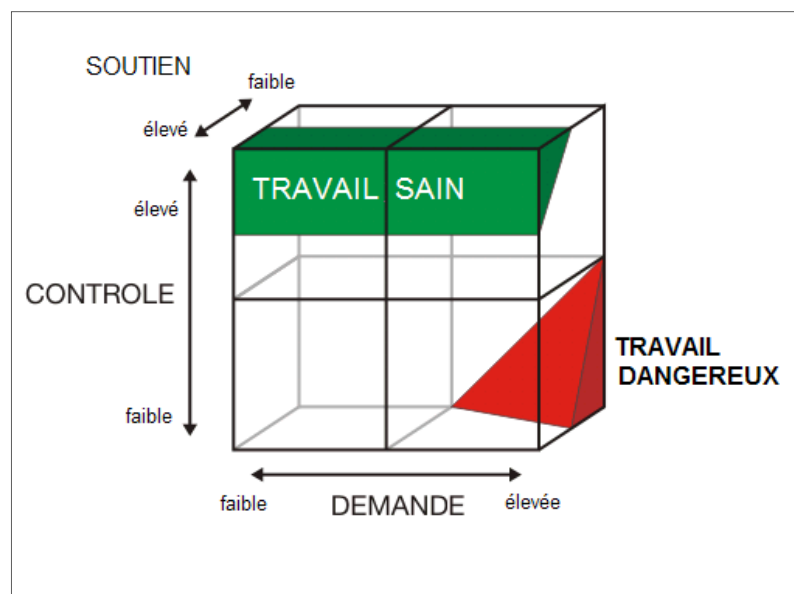


## ANNEXE 1 : MODELES D'ANALYSE DES RISQUES PSYCHOSOCIAUX

Deux modèles théoriques ont émergé au milieu des années 90 permettant des études plus complexes sur le stress au travail et ses conséquences en termes de qualité de vie pour les salariés.

### ► **Modèle de Karasek**

Le modèle demande/contrôle ou encore modèle de la tension au travail («job strain») de Karasek est celui le plus souvent utilisé. Ce modèle se base sur le chevauchement entre la demande faite à l'individu, qui peut être une demande psychologique ou une charge de travail, et le contrôle ou la latitude décisionnelle que l'individu exerce sur son activité. La tension au travail se définit donc comme une situation où la demande psychologique est supérieure à la médiane et la latitude décisionnelle inférieure à la médiane. Ainsi, lorsqu'un salarié est soumis à une charge de travail importante sans toutefois bénéficier d'une large latitude de décision personnelle, un état de stress possiblement néfaste pour sa santé peut survenir. De ce modèle, ressortent quatre catégories de situation de travail : travail actif (demande et contrôle forts), travail passif (demande et contrôle faibles), haute contrainte (demande forte et contrôle faible) et contrainte faible (demande faible et contrôle fort). La notion de soutien social a depuis été ajoutée à ce modèle, ce qui place une situation de travail avec une forte demande, un faible contrôle et un faible soutien social comme étant la plus risquée en termes de santé.



Source : Department of information technology de l'Université d'Uppsala.

### ► **Modèle Effort-Reward Imbalance**

La deuxième approche théorique couramment utilisée pour mesurer le stress au travail est celle proposée par **Siegrist** en 1996, communément appelée le modèle Effort-Reward Imbalance (ERI). Cette approche s'appuie sur la réciprocity entre l'effort fourni au travail et la récompense proposée au salarié. Ainsi, une récompense suffisante se présentant sous la forme d'argent, d'estime ou d'opportunité de carrière, peut permettre à l'individu d'accepter les effets négatifs physique ou psychologique d'une forte charge de travail.

A l'inverse, lorsqu'il y a un déséquilibre entre la demande de travail et la récompense qui en découle, cela peut conduire à une situation de stress. Siegrist a proposé une extension de ce modèle en 2004 en y intégrant la notion de surinvestissement personnel du salarié face à une demande excessive de travail qui augmente de surcroît la tension liée à l'activité professionnelle.

## **ANNEXE 2 : QUELQUES DISPOSITIONS REGLEMENTAIRES SUR LA SANTE AU TRAVAIL**

### ➤ **Conditions de réalisation des examens d'embauche**

L'article R 4624-10 du code du travail précise que : « Le salarié bénéficie d'un examen médical avant l'embauche ou au plus tard avant l'expiration de la période d'essai par le médecin du travail. Les salariés soumis à une surveillance médicale renforcée en application des dispositions de l'article R. 4624-18 ainsi que ceux qui exercent l'une des fonctions mentionnées à l'article L. 6511-1 du code des transports bénéficient de cet examen avant leur embauche. »

Cette obligation s'impose à toutes les entreprises et pour tous les salariés recrutés, même sous contrat à durée déterminée.

Un nouvel examen d'embauche n'est pas obligatoire si les conditions suivantes sont réunies (art. R. 4624-12) :

- Le salarié occupe un emploi identique avec les mêmes risques d'exposition
- Le médecin du travail possède la fiche d'aptitude établie suite à un examen médical du travail
- Aucune inaptitude n'a été reconnue lors du dernier examen médical intervenu, soit dans les 24 mois précédents en cas de nouvelle embauche par le même employeur, soit dans les 12 derniers mois si le salarié change d'entreprise.

Cependant, même si ces conditions sont réunies, l'employeur doit organiser un nouvel examen d'embauche :

- si le médecin du travail l'estime nécessaire,
- si le salarié le demande,
- si le salarié bénéficie d'une surveillance médicale spécifique à certaines professions, certains modes de travail, ou à certains risques (art. 4624-18)
- si le salarié est sous surveillance médicale renforcée (art. R 4624-18).

L'examen médical d'embauche a pour but (art. R 4624-11) :

- de s'assurer que le salarié est médicalement apte au poste de travail auquel l'employeur envisage de l'affecter,
- de proposer d'éventuelles adaptations de postes,
- de rechercher s'il est atteint d'une affection dangereuse pour les autres salariés,
- d'informer le salarié sur les risques d'expositions au poste de travail et le suivi médical nécessaire,
- et de le sensibiliser aux moyens de prévention à mettre en œuvre.

A l'issue de l'examen d'embauche, le médecin du travail établit une fiche médicale d'aptitude en double exemplaire. Il en remet un exemplaire au salarié et transmet l'autre à l'employeur, qui le conserve pour être présenté à tout moment, sur leur demande, à l'inspecteur du travail et au médecin inspecteur du travail.

Le modèle de la fiche d'aptitude est fixé par arrêté du ministre chargé du travail.

### ➤ **Contenu des actions sur le milieu de travail (tiers temps)**

L'article R. 4624-1 du code du travail définit le contenu des actions sur le milieu de travail (tiers temps).

*« Les actions sur le milieu de travail s'inscrivent dans la mission des services de santé au travail définie à l'article L. 4622-2. Elles comprennent notamment :*

- 1° La visite des lieux de travail ;*

2° *L'étude de postes en vue de l'amélioration des conditions de travail, de leur adaptation dans certaines situations ou du maintien dans l'emploi ;*

3° *L'identification et l'analyse des risques professionnels ;*

4° *L'élaboration et la mise à jour de la fiche d'entreprise ;*

5° *La délivrance de conseils en matière d'organisation des secours et des services d'urgence;*

6° *La participation aux réunions du comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail ;*

7° *La réalisation de mesures métrologiques ;*

8° *L'animation de campagnes d'information et de sensibilisation aux questions de santé publique en rapport avec l'activité professionnelle ;*

9° *Les enquêtes épidémiologiques ;*

10° *La formation aux risques spécifiques ;*

11° *L'étude de toute nouvelle technique de production ;*

12° *L'élaboration des actions de formation à la sécurité prévues à l'article L. 4141-2 et à celle des secouristes. »*

#### ► **La visite de préreprise**

Le décret n°2012-135 du 30 janvier 2012 relatif à l'organisation de la médecine du travail a renforcé les dispositions visant à favoriser le maintien dans l'emploi des salariés suite à un arrêt de travail en rendant obligatoire les visites de pré-reprises qui étaient auparavant facultatives. Ainsi l'article R 4624-20 du code du travail dispose que :

*« En vue de favoriser le maintien dans l'emploi des salariés en arrêt de travail d'une durée de plus de trois mois, une visite de préreprise est organisée par le médecin du travail à l'initiative du médecin traitant, du médecin conseil des organismes de sécurité sociale ou du salarié ».*

L'article R 4624-21 précise :

*« Au cours de l'examen de préreprise, le médecin du travail peut recommander :*

1° *Des aménagements et adaptations du poste de travail ;*

2° *Des préconisations de reclassement ;*

3° *Des formations professionnelles à organiser en vue de faciliter le reclassement du salarié ou sa réorientation professionnelle.*

*A cet effet, il s'appuie sur le service social du travail du service de santé au travail interentreprises ou sur celui de l'entreprise.*

*Sauf opposition du salarié, il informe l'employeur et le médecin conseil de ces recommandations afin que toutes les mesures soient mises en œuvre en vue de favoriser le maintien dans l'emploi du salarié. »*

La visite de préreprise, qui intervient pendant l'arrêt de travail, ne dispense pas de la visite de reprise, obligatoire elle aussi après un arrêt de travail de plus de trois mois, mais elle permet de préparer le retour à l'emploi du salarié.

## ANNEXE 3 : PROGRAMMES ET ACTIONS

### INTERNATIONAUX DE PROMOTION DE LA SANTE

La prévention des MCV constitue une priorité pour l'OMS qui précise qu'il s'agit de la première cause de mortalité dans le monde. L'OMS note qu'il est possible de prévenir la plupart des maladies cardiovasculaires en s'attaquant aux facteurs de risque tels que le tabagisme, une mauvaise alimentation et l'obésité, le manque d'activité physique, l'hypertension artérielle, le diabète et l'hyperlipidémie.

Le BIT dans le **programme SOLVE**<sup>127</sup> souligne l'importance de la prévention des maladies cardiovasculaires en milieu de travail en s'appuyant fortement sur des critères économiques : *« De toutes les maladies courantes, ce sont les maladies cardiovasculaires (hypertension, crises cardiaques et AVC, notamment) qui coûtent le plus cher aux entreprises en termes de pertes de productivité liées à l'inaptitude et à la mort. Les maladies cardiovasculaires devraient préoccuper tous les employeurs, car une forte proportion de la population active occupée présente un taux élevé de cholestérol et/ou une pression sanguine élevée, donc un risque accru de maladie cardiaque ».*

Le BIT considère qu'un programme de promotion de la santé au travail est efficace s'il vient en complément de mesures prises pour assurer la santé et la sécurité au travail, et s'intègre au système de gestion de la SST dans l'entreprise. Ce programme doit également contribuer à préparer les travailleurs à mieux affronter certains risques psychosociaux, ainsi que des difficultés professionnelles, personnelles ou familiales. La capacité du programme d'amélioration de la gestion des affections chroniques par les travailleurs constitue également un critère d'efficacité. Grâce au programme, les travailleurs sont supposés également *« devenir proactifs dans la prise en charge de leur santé, en améliorant leur mode de vie, la qualité de leur alimentation et de leur sommeil, ainsi que leur forme physique ».*

Pour le BIT, les mesures prises doivent traiter ces questions non seulement sous l'angle individuel, mais aussi au niveau collectif, qui est étroitement lié à l'amélioration des conditions de travail, à l'environnement et à l'organisation du travail, ainsi qu'aux contextes familiaux, collectifs et sociaux.

C'est dans cette logique que l'OIT a mis en place le programme SOLVE. Il s'agit d'un programme éducatif destiné aux cadres des ressources humaines, aux syndicats, aux associations d'employeurs, aux professionnels de la SST ainsi qu'aux institutions nationales responsables de la santé et du bien-être des travailleurs. Le programme SOLVE insiste sur l'importance d'une coopération entre employeurs et représentants des salariés. *« Une politique appropriée, intégrée, couvrant tous les aspects de la promotion de la santé et de la santé-sécurité au travail, doit être élaborée dans le cadre du dialogue social entre la direction et les salariés »*

La première édition du programme Solve publiée en 2002 visait à protéger les travailleurs contre les risques psychosociaux émergents et à promouvoir leur santé et leur bien être au travail. La deuxième édition intègre le stress lié au travail, l'alcool et les drogues au travail, la violence au travail le VIH et le SIDA au travail, le tabac mais aussi d'autres aspects relatifs à la promotion de la santé tels que la nutrition, le sommeil et l'activité physique.

---

<sup>127</sup> SOLVE : Intégrer la promotion de la santé dans les politiques de sécurité et santé au travail, Genève BIT, 2012

Ces différents facteurs ne peuvent pas être considérés indépendamment les uns des autres. La méthode préconisée suppose une analyse des besoins interdépendants des travailleurs concernés et la mise en œuvre d'une démarche intégrée.

Le BIT insiste sur le caractère rentable d'une telle politique : « *Des enquêtes menées en Europe sur la promotion de la santé au travail montrent que chaque euro investi dans ce domaine génère un retour sur investissement de 2,5 à 4,8 € grâce aux économies réalisées sur les coûts liés à l'absentéisme* »<sup>128</sup>.

**Le Réseau européen pour la promotion de la santé au travail (ENHWP)** encourage les bonnes pratiques en matière de promotion de la santé en milieu de travail.

Il définit la promotion de la santé sur le lieu de travail comme « *les efforts conjugués des employeurs, des salariés et de la société en tant que telle pour améliorer la santé et le bien être des personnes dans le cadre du travail.* »

Le réseau européen pour la promotion de la santé au travail ENHWP a élaboré des critères de bonnes pratiques dans ce domaine. Il coordonne l'échange d'informations et la diffusion d'exemples de bonnes pratiques en Europe. Il a publié élaboré un guide visant à promouvoir la qualité de vie au travail des personnes atteintes de maladies chroniques<sup>129</sup>. Parmi les maladies chroniques figurent les MCV.

Le ENHWP a également lancé une campagne européenne (Move europe 2006-2009) pour promouvoir des modes de vie sains en milieu de travail en mettant l'accent sur quatre thèmes: l'activité physique, prévention du tabagisme, l'alimentation saine, la santé mentale. On retrouve les 3 des principales causes de maladies cardio-vasculaires figurant sur le site de l'OMS : tabagisme, manque d'exercice physique, une mauvaise alimentation. Quand à la santé mentale, elle renvoie notamment au stress dont les liens avec certaines MCV ont été soulignés.

### Des actions notamment ciblées sur l'alimentation

La prévention des maladies non transmissibles par l'alimentation et l'exercice physique sur le lieu de travail a fait l'objet d'une réunion mixte OMS/forum économique mondial en 2007. Le rapport relatif à ces travaux (2008) souligne que les programmes de promotion de la santé sur le lieu de travail (PSLT), qui s'attaquent à la sédentarité et aux habitudes alimentaires défavorables à la santé, s'avèrent efficaces pour améliorer l'évolution de certains facteurs de risques sanitaires tels que l'obésité, le diabète et les maladies cardiovasculaires. Il note que traiter des questions d'alimentation et d'exercice physique sur le lieu de travail pourrait contribuer « *à améliorer l'état de santé des salariés; à donner de l'entreprise une image positive et prévenante; à élever l'état d'esprit; à réduire la rotation et l'absentéisme du personnel; à augmenter la productivité, et à limiter les congés pour maladie, les coûts des assurances médicales, ainsi que les indemnités compensatoires et d'invalidité* ».

---

<sup>128</sup> Health-related and economic benefits of workplace health promotion and prevention, © BKK BV and HVBG 1996

<sup>129</sup> Guide visant à promouvoir la qualité de vie au travail des personnes atteintes de maladies chroniques , ENHWP

Ce rapport rappelle que l'OMS a élaboré une *Stratégie mondiale pour l'alimentation, l'exercice physique et la santé* en mai 2004 qui a pour but de promouvoir la santé en orientant l'établissement d'un cadre favorable à des actions durables aux niveaux individuel, communautaire, national et mondial, en vue de réduire la morbidité et la mortalité liées aux modes d'alimentation et à la sédentarité qui nuisent à la santé. Le cadre de travail apparaît comme lieu important de promotion de la santé et de prévention des maladies (10, article 62) : *"Les gens doivent avoir la possibilité de faire des choix sains sur leur lieu de travail pour être moins exposés aux risques. En outre, le coût pour l'employeur de la morbidité attribuée aux maladies non transmissibles augmente rapidement. Le lieu de travail devrait permettre de faire des choix alimentaires sains et encourager à faire de l'exercice."*

En s'appuyant sur la littérature scientifique, différentes modalités d'actions sont énoncées en différenciant les actions directes et indirectes<sup>130</sup>. Parmi les actions directes sont citées l'éducation à la santé, l'amélioration des disponibilités en produits sains ou encore le renforcement des possibilités d'exercice physique. Les actions directes mentionnées portent sur le fait de favoriser le soutien social, l'adaptation des normes sociales et la promotion des comportements favorables à la santé. La promotion de la santé est également reliée aux initiatives concernant la santé et la sécurité professionnelles, aux des programmes de gestion des invalidités ainsi qu'aux programmes d'aide aux employés.

Le rapport précise que les domaines dans lesquels les programmes de promotion de la santé au travail visant l'exercice physique et l'alimentation sont efficaces et les facteurs de risque des maladies cardiovasculaires sont citées.

Ces domaines portent sur :

«- la modification des styles de vie, par exemple amélioration de l'exercice physique et des habitudes alimentaires;

- l'amélioration des résultats liés à la santé, par exemple réduction de l'indice de masse corporelle (IMC), de la pression artérielle et d'autres facteurs de risque de maladies cardiovasculaires;

- la facilitation des changements au niveau organisationnel, réduction de l'absentéisme par exemple »

Des initiatives d'entreprises dans ces domaines sont notamment présentées. Parmi les facteurs de réussite, figurent l'existence de buts et objectifs clairs, des liens entre les programmes et les objectifs d'activité, un appui solide et une réelle communication de la part des dirigeants, et un milieu favorable. La nécessité d'une approche multipartite est également soulignée. *« Les différentes parties ont des rôles distincts à jouer, et les atouts de chacune d'elles sont à mettre en commun et à étudier pour faciliter la réalisation de buts et objectifs clairs. »*

Dans la déclaration de Luxembourg sur la promotion de la santé en milieu de travail, les conditions d'une approche efficace de la gestion et de la promotion de la santé sont définies<sup>131</sup>. Il faut :

« · que l'entreprise s'engage à améliorer la santé de son personnel

· que les salariés disposent des renseignements appropriés et que des stratégies globales de communication doivent être établies

· que les salariés participent au processus décisionnel

<sup>130</sup> Stokols D, Pelletier K, Fielding J. The ecology of work and health: research and policy directions for the promotion of employee health. *Health Education Quarterly*, 1996, 23(2):137-158

<sup>131</sup> Déclaration de Luxembourg sur la promotion de la santé en milieu de travail novembre 1997, mise à jour Janvier 2007, ENHWP



- *qu'une culture de travail reposant sur un partenariat soit créée entre l'employeur et son personnel*
- *que les tâches et les processus de travail soient organisées de manière à améliorer la santé et non à lui porter atteinte*
- *que les choix les plus favorables à la santé soient les plus faciles et soient au cœur des règlements et des pratiques de l'entreprise*
- *qu'ils soit admis que l'organisation a un impact sur les salariés et que cela n'est pas toujours favorable à leur santé et à leur bien être. »*

Dès 1998, le réseau européen ENWHP dans son protocole de Cardiff sur la promotion de la santé en milieu de travail soulignait les difficultés pour les PME de conduire des actions de promotion de la santé compte tenu des ressources disponibles<sup>132</sup>. Ce protocole portait spécifiquement sur les PME en précisait leurs spécificités, notamment des relations directes entre employeurs et employés, un degré plus élevé de flexibilité, moins de prestations de services de santé et de sécurité au travail, une plus grande dépendance à l'assiduité des employés au travail.

*« De concert avec les organisations de salariés, elles doivent également formuler des propositions ou des orientations sur la façon dont les entreprises de toutes tailles peuvent introduire des mesures simples et peu onéreuses en vue de promouvoir des modes de vie sains auprès des salarié ».*

En 2005, l'OIT publiait une étude mettant en évidence la corrélation entre une alimentation saine et une productivité accrue<sup>133</sup>.

Elle insistait sur l'importance de l'accès à une nourriture saine, *« tout aussi importante que la protection contre les produits chimiques sur le lieu de travail ou la protection contre le bruit. Facteur de rentabilité pour l'entreprise, une bonne alimentation permet des gains de productivité, l'amélioration du moral des travailleurs, la prévention des accidents et des morts prématurées, la réduction des dépenses de santé »* Elle notait que les programmes de restauration sur le lieu de travail étaient, le plus souvent, des occasions manquées, soulignant le lien existant entre obésité et maladies chroniques comme les maladies cardiovasculaires. Elle donnait l'exemple de certains employeurs proposant des menus équilibrés ou facilitant l'accès à des aliments plus sains.

La commission européenne a élaboré un livre blanc sur la stratégie en matière d'alimentation<sup>134</sup>. Dans son introduction les liens entre mauvaise alimentation et développement de maladies chroniques telles que les maladies cardiovasculaires sont soulignée. Il était notamment précisé qu'il serait bon que les entreprises puissent contribuer à la promotion de modes de vie sains auprès de leurs salariés sur les lieux de travail. *« Les entreprises peuvent elles aussi contribuer à la promotion de modes de vie sains sur le lieu du travail. De concert avec les organisations de salariés, elles doivent également formuler des propositions ou des orientations sur la façon dont les entreprises de toutes tailles peuvent introduire des mesures simples et peu onéreuses en vue de promouvoir des modes de vie sains auprès des salariés ».*

<sup>132</sup> Cardiff, on Workplace Health Promotion in small and medium sized enterprises EBHWP, avril 1998

<sup>133</sup> Food at work, workplace solutions for malnutrition, obesity and chronic diseases, par Christopher Wanjek, Bureau international du Travail, Genève, 2005, ISBN 92-2-117015

<sup>134</sup> Livre blanc Une stratégie européenne pour les problèmes de santé liés à la nutrition, la surcharge pondérale et l'obésité; Commission européenne, 2007

## Une place importante accordée au développement de l'activité physique

« Une quantité modérée d'activité physique régulière, d'intensité modérée et sous diverses formes, permettrait de prévenir bon nombre des problèmes de santé ». Le programme SOLVE souligne l'intérêt d'actions de sensibilisation dans ce domaine, dans le cadre d'une stratégie de promotion de la santé. Les bénéfices potentiels en termes de bien-être et de productivité sont mis en avant mais également les caractéristiques de l'environnement de travail, qui, selon le BIT, offrent les meilleures chances de succès. Il précise que les programmes bien conduits se sont traduits par une amélioration de la forme physique, une baisse de l'absentéisme, une réduction des facteurs de risque de maladies chroniques, une diminution des symptômes et une meilleure perception de la santé et du bien-être.

Le BIT insiste sur l'efficacité des mesures touchant à la collectivité comme par exemple le fait de se rendre au travail à pied ou en vélo, ou de favoriser l'utilisation des installations sportives extérieures aux lieux de travail par une réduction des frais d'inscription. « Ces mesures sont efficaces parce qu'elles incitent à une activité physique non seulement pendant les loisirs, mais plus généralement dans la vie quotidienne. La motivation individuelle, intérieure, à la pratique d'un exercice physique est le facteur le plus important pour la réussite de tout programme ».

Les aspects éthiques sont également abordés, notamment la participation volontaire aux activités, le respect de la vie privée et le respect de la confidentialité des informations sur les individus. Enfin, la conception même des programmes doit prendre en compte un objectif de non-exclusion des travailleurs les moins privilégiés.

**La Commission des communautés européennes relevait le rôle potentiel des acteurs privés, au côté des acteurs publics et notamment le rôle des entreprises en matière de promotion de modes de vie sain sur le lieu de travail<sup>120</sup>.**



## ANNEXE 4 : EXEMPLE DE DEMARCHE AYANT BENEFICIE DU LOGO PNNS

### Document labellisé

(Ré)apprendre la mécanique du bien manger



Permettre aux travailleurs postés d'équilibrer leur alimentation et les aider dans le choix des repas sur le lieu de travail, c'est le défi que s'est lancé l'équipe du service de Santé au Travail de xxxxxxx, une entreprise de fabrication de moteur pour l'industrie automobile basée dans le Pas-de-Calais.

Zoom sur une action menée au plus près des salariés.

Le projet est né en 2011, suite à une enquête sur l'hygiène de vie menée en interne auprès des travailleurs de l'usine. Consommation insuffisante de fruits et légumes, consommation régulière de sandwiches et de plats préparés, temps insuffisant consacré aux repas... Il fallait faire bouger les choses.

Le service Santé au Travail de xxxxxxxxxxx s'est mis à la tâche, aidé par quatre étudiantes infirmières (en stage de santé publique) et en collaboration avec le service et la société yyy, en charge du restaurant d'entreprise. Leur idée : concevoir une campagne de promotion de l'hygiène alimentaire en composant des affiches « Comment manger sainement au quotidien », des sets de table informatifs et des dépliants à emporter pour porter également le message dans les foyers des salariés.

Les **affiches** ont été disposées au sein du restaurant d'entreprise, les **dépliants** et les **sets de table** ont été mis à disposition des salariés et les acteurs du projet se sont tenus à disposition pour répondre aux questions et procurer des informations pouvant aider chacun à faire un choix alimentaire équilibré. Une **signalétique** a également été mise en place pour indiquer le choix équilibré du jour proposé par le restaurant d'entreprise (menu : entrée, plat, dessert pour 5 €). Afin de toucher également les travailleurs de nuit ou ceux qui ne se rendent pas au restaurant d'entreprise, des affiches et dépliants ont été mis dans les ateliers et auprès des distributeurs de sandwich. Le plus ? L'installation de nouveaux distributeurs proposant des sandwiches répondant aux recommandations du PNNS ainsi que des fruits, des laitages et des salades



## ANNEXE 5 : INITIATIVES D'ENTREPRISE DANS LE DOMAINE DE LA PREVENTION DES MALADIES CARDIOVASCULAIRES

• En 2011, l'ANACT rendait compte de l'expérience d'une **société de gestion de patrimoine** située en ile de France. Cette société avait offert un abonnement au Vélib' parisien à ses salariés, comportait une crèche accueillant sept enfants de collaborateurs et une salle de sport avec coach, proposait des cours de yoga une fois par semaine.. L'entreprise comptait alors 83 salariés dont la moyenne d'âge était de 35 ans. Le directeur de l'entreprise soulignait « tout est proposé, rien n'est imposé », insistait sur l'importance du bien être des salariés.

• **Un groupe de distribution alimentaire** a mis en place des actions de promotion de la santé ciblées sur les maladies cardiovasculaires<sup>135</sup>. Dans un premier temps en 2008 et 2009 neuf journées de prévention des risques cardio-vasculaires ont été organisées au siège social et sans quatre entrepôts d'une société filiale. Ces journées permettaient une analyse du taux de cholestérol et de diabète avec une infirmière, nutrition avec une diététicienne, test de récupération cardiaque (vélo ou escalier) avec un médecin cardiologue, tabagisme, prévention des risques liés à la consommation d'alcool.

Parmi les 950 salariés, d'une moyenne d'âge de 41 ans, participant à ces journées, il a été possible d'identifier plus de trois facteurs de risque cardiovasculaire chez 68 d'entre eux, 114 ont été orientés vers leur médecin traitant pour des contrôles de glycémie ou de cholestérol et 14 vers un cardiologue suite au test de récupération cardiaque. En outre des changements de postes ont été proposés à trois préparateurs de commandes.

Suite au succès de ces journées, il a été décidé de donner une plus grande ampleur à ce programme et de tester en 2011 au siège social une journée « Au Cœur de la Santé » qui a accueilli 114 salariés et qui poursuivait un objectif de sensibilisation par des ateliers de prévention et d'information :

- Tabac
- Bilan sanguin (priorité donnée aux collaborateurs > 40 ans)
- Bilan médical

Sur ces trois sujets le médecin du travail procède à une analyse des résultats et prodigue des conseils.

- Activité physique : conseil d'un coach sportif
- Nutrition : conseil d'une diététicienne de groupe
- Défibrillateur : démonstration par le Club Cœur et Santé de la Fédération Française de Cardiologie.

Cette journée à été étendue à de nouveaux sites du groupe en 2012 et 2013 : Siège (54 salariés participants), entrepôt A (58 salariés), Site de distribution (45 salariés), centrale d'achat (76 salariés), Magasin X (72 salariés).

---

<sup>135</sup> Casino, Plan d'évolution de prévention et santé –PEPS

• Le forum santé organisé par une **entreprise de production automobile** a accueilli 132 personnes. Il comportait un stand de dépistage, de spirométrie, d'activités physiques et sportives et un lieu d'information plus général. Il convient de noter que cette action a été réalisée en partenariat avec un groupe pharmaceutique qui a fourni l'équivalent de 3 000 € de matériel et de consommables, l'entreprise mobilisant pour sa part trois médecins, quatre infirmières et acceptant que 132 salariés participent à ce forum sur leur temps de travail. Cette action a été prolongée par la parution dans le journal interne de l'entreprise d'un article sur les facteurs de risque cardiovasculaire et par l'affichage et la mise à disposition en salle d'attente du service médical et des infirmeries de documentation sur le risque cardiovasculaire.

En 2013 plusieurs actions ont été conduites :

- des actions d'information dans deux ateliers : dans l'atelier peinture 280 salariés ont bénéficié sur leur temps de travail de sessions d'une heure combinant informations théoriques sur les maladies cardiovasculaires et pratique sur place d'activités physiques. Dans un atelier spécifique 53 personnes ont suivi des sessions du même type mais avec en plus un module alimentation.
- un forum santé a été organisé au sein du département emboutissage en deux temps, pour les équipes de jour et de nuit, avec dépistage du cholestérol, des triglycérides et de la glycémie ainsi qu'une sensibilisation au risque cardiovasculaire.

Un « village santé » a été organisé sur une demi-journée avec l'appui d'une association visant à la promotion de la santé. Il comportait 11 stands de prévention santé en libre accès en dehors du temps de travail<sup>136</sup>.

Dans un second cas de figure certaines entreprises prennent l'initiative de mener des campagnes de promotion de la santé sans que l'activité professionnelle puisse être considérée comme comportant des facteurs de risques cardiovasculaires ou que des accidents cardiovasculaires soient intervenus sur le lieu de travail. C'est le cas de certains sites d'un groupe agroalimentaire qui conduit une politique générale de promotion touchant plusieurs thèmes (dermatologie, ostéoporose, cardiovasculaire) sous forme de campagnes annuelles. Dans ce cadre une campagne sur l'AVC a eu lieu au siège de l'entreprise en 2012 qui a permis de déceler 11 situations d'urgence. En 2013 une campagne sur la prévention du risque cardiovasculaire a été conduite au niveau du siège parisien et sur deux autres sites. Comme dans l'entreprise de production automobile, cette campagne a été cofinancée par un laboratoire pharmaceutique.

• **Les actions de promotion de la santé peuvent également être organisées sur un territoire**, approche particulièrement intéressante pour pouvoir toucher les PME. Ainsi le **programme Entreprises de Picardie en santé**, programme expérimental sur trois ans (2009-2011) visait à améliorer la santé des salariés picards par une démarche de sensibilisation à la prévention des maladies cardiovasculaires et des cancers, en entreprise. Il partait du constat qu'en Picardie, chaque année, le nombre moyen de décès pour 1 000 habitants est supérieur de 16 % pour les maladies cardiovasculaires et de 10 % pour les cancers par rapport à la moyenne nationale. Parmi les facteurs déterminants, les failles dans la nutrition, l'activité physique, l'alcool et le tabac jouent un rôle important. Le milieu de travail est apparu propice pour réaliser des actions de prévention auprès des salariés.

Mis en place par les services de santé au travail de Picardie soutenu par l'Agence régionale de santé, le Conseil régional de Picardie, un laboratoire pharmaceutique et l'Association pour la Prévention des Risques Professionnels l'objectif de ce programme était de mobiliser :

- 20 % des entreprises de 20 à 200 salariés ;

---

<sup>136</sup> Source : Plan Santé 2012-2014 Prévention du risque cardiovasculaire. Renault Douai



- sur deux bassins d'emploi : Picardie Maritime (53 entreprises) et Thiérache (16 entreprises). En fait les objectifs ont été dépassés puisque ce sont 91 entreprises qui se sont engagées comptant environ 5000 salariés.

- quel que soit leur secteur d'activité ;

Les salariés étaient sensibilisés pendant le temps de travail et les actions de santé concernaient la nutrition, l'activité physique, le tabac et l'alcool.

Le programme prévoyait :

- une présentation de la démarche aux entreprises par les médecins du travail,
- l'engagement de l'entreprise,
- une prise de contact avec le chef d'entreprise pour le choix du thème et du type d'action,
- l'accompagnement à la conception et à la réalisation des actions en entreprise par une « personne ressource »,
- la mise en œuvre des actions de prévention en entreprise par des acteurs de santé :
  - les pôles de prévention et d'éducation du patient
  - l'Institut de Formation en Soins Infirmiers
- l'Association Nationale de Prévention en alcoologie et addictologie (ANPAA)
- l'Instance Régionale d'Education et de Promotion de la Santé (IREPS).

Cette action démontre que, dans le cadre de territoires de sante, il est possible d'associer les entreprises (employeurs et salariés) sur des démarches de santé. L'enjeu est de rendre pérennes des démarches de promotion de la santé au sein des entreprises<sup>137</sup>.

• Au sein d'un **groupe de distribution de courrier**, c'est une association au service des personnes malades et handicapées qui conduit des actions sur la nutrition et sur la prévention des AVC.

Sur la nutrition, une campagne « *Votre santé passe par votre assiette* » a été conduite, relayée sur l'intranet du groupe avec envoi de dépliants aux salariés du Groupe via le magazine d'entreprise en janvier 2011.

S'agissant de la prévention de l'AVC, une rubrique y est dédiée sur le site internet de l'association présentant les facteurs de risque, les symptômes et la conduite à tenir. Par ailleurs, un dépliant sur l'AVC et sa prévention a été envoyé aux 260 000 salariés de l'entreprise via le magazine interne en mai 2013.

• **Une entreprise de distribution d'énergie** organise de nombreuses actions de promotion de la santé en utilisant plusieurs canaux :

- le magazine interne de l'entreprise : ainsi au début de l'année 2013 un supplément « santé, sécurité et qualité de vie a travail » a été diffusé avec le magazine, traitant non seulement des questions liées à l'activité professionnelle, mais aussi de sujets plus généraux (audition, mal de dos, extraits d'articles de presse sur la santé...),

---

<sup>137</sup> Communication à venir au 9èmes Journées de la prévention INPES. 3,4 et 5 juin 2014. de Séverine Liné. Chargée de projet à l'association santé et médecine interentreprises du département de la Somme (ASMIS)

- la rubrique du site internet de l'entreprise consacrée à la santé, à la sécurité et à la qualité de vie au travail,

- Un fabricant de pneumatiques, dans le cadre de sa stratégie de développement durable et de responsabilité sociale, met en œuvre la démarche « Performance et Responsabilité » qui, dans le domaine de la vie au travail, l'a amené à développer dans certains pays des programmes complets visant une meilleure santé et un meilleur équilibre de vie de la personne.

C'est le cas par exemple aux Etats-Unis, en Allemagne, au Brésil. En 2012, l'Italie a également conçu un projet de ce type. Ces programmes s'articulent le plus souvent autour d'une offre de restauration et de nutrition, d'installations ou d'accès à des équipements stimulant l'exercice physique, de possibilités de bénéficier de différents services complémentaires.

En France, le groupe met l'accent sur les programmes de santé physique. Ainsi le programme Oxygène, développé en 2009 en partenariat avec une Association Sportive dans le cadre de l'amélioration de la qualité de vie au travail, a donné lieu à plusieurs actions :

- organisation en décembre 2009 de « Rencontres de la forme » proposées à tous les salariés du siège social désireux de faire un état de leur condition physique. Il s'agit de neuf courtes épreuves physiques dont les résultats sont commentés avec un médecin et/ou un diététicien. Une fiche bilan, confidentielle et personnalisée, permet à chacun de se déterminer sur un programme d'activité et de suivi adapté, y compris en liaison avec la médecine du travail.

- Possibilité de pratiquer des activités sportives régulières et encadrées à proximité des lieux de travail grâce à la mise à disposition par l'entreprise à l'association sportive de locaux et d'équipements. 650 salariés ont eu recours à cette formule.

- Organisation en 2011 d'une conférence sur : « Nutrition et prévention du surpoids ». L'accent a été particulièrement mis sur la bonne adéquation entre pratique sportive et alimentation.

Par ailleurs le service de santé au travail a mis en place en 2004 une consultation d'aide au sevrage tabagique qui se décline ainsi :

- engagement du salarié pour un suivi sous protocole,
- gratuité des substituts nicotiniques (oraux et patches,)
- prise en charge diététique,
- prise en charge psychologique,
- une activité physique adaptée (programme Oxygène)

- relais à l'extérieur de l'entreprise par le médecin traitant, un spécialiste ou des centres spécialisés en tabacologie.

## ANNEXE 6 : LISTE DES PROPOSITIONS DU PLAN CANCER

### **Accorder une priorité au maintien et au retour dans l'emploi**

La survenue d'un cancer se traduit par de fortes répercussions sur la situation professionnelle des personnes atteintes.

Parmi les personnes qui étaient en activité lors du diagnostic, trois personnes sur dix ont perdu leur emploi ou l'ont quitté deux ans après (enquête VICAN2, 2012).

Pour les personnes qui étaient au chômage au moment du diagnostic, le retour à l'emploi est rendu plus difficile : seules 30 % des personnes au chômage ont retrouvé un emploi deux ans après (*versus* 43 % chez les personnes n'ayant pas eu de cancer). Le Plan cancer se fixe pour cible, d'ici 2020, d'augmenter de 50 % les chances de retour à l'emploi deux ans après le diagnostic des personnes atteintes d'un cancer par rapport à celles n'ayant pas de cancer.

Pour les personnes qui conservent leur emploi, les problèmes de santé pèsent souvent sur la vie professionnelle : difficultés à combiner vie professionnelle et traitement thérapeutique ; retentissement de la maladie et des traitements en termes de fatigue, douleur, troubles du sommeil et de la concentration... Les personnes atteintes de cancer peuvent ressentir un sentiment de marginalisation au sein de leur entreprise ou de leur collectif de travail et parfois se plaindre de mesures discriminatoires dans leur travail (perte de responsabilité, refus de promotion).

La sécurisation des parcours professionnels tout au long de la vie professionnelle est un objectif essentiel. Chaque situation est personnelle et spécifique ; elle est aussi évolutive. Toute personne doit être acteur de son parcours professionnel, mais doit aussi pouvoir être aidée, accompagnée et appuyée dans l'entreprise et en dehors de celle-ci durant la période de fragilité qu'elle traverse.

### **Action 9.4 : Parfaire l'offre de solutions adaptées à chaque situation personnelle des personnes atteintes de cancer.**

Les dispositifs existants de maintien et retour vers l'emploi comportent un certain nombre de droits ou de mesures qui peuvent être utilisés par la personne à un moment donné de sa vie professionnelle. Ces dispositifs seront améliorés sur plusieurs points.

Une réflexion commune entre l'État et les partenaires sociaux sera menée, dans le cadre de la préparation du prochain Plan santé au travail, sur la question de l'harmonisation des droits des personnes atteintes de cancer ou de maladies chroniques qui sont confrontées à des problèmes d'aptitude et de ceux des travailleurs handicapés.

- Ouvrir plus largement les droits à l'aménagement du temps de travail. Un chantier sera ouvert sur les conditions de mobilisation et de modification des codes du travail et de la sécurité sociale, pour élargir l'accès au temps partiel et au congé pour les salariés malades du cancer ou les aidants familiaux, et pour assouplir les conditions du temps partiel thérapeutique et du temps partiel annualisé.

- Élargir les possibilités d'aménagements de poste de travail et d'accompagnement social pour tenir compte de l'état de santé. Le rôle respectif des services d'appui au maintien dans l'emploi des travailleurs handicapés (SAMETH) et des services santé au travail sera clarifié par une concertation étroite avec les partenaires sociaux.

- Accompagner vers l'emploi les personnes atteintes du cancer dont le licenciement pour inaptitude n'aura pas pu être évité. Il sera demandé à Pôle emploi d'expérimenter un accompagnement adapté des licenciés pour inaptitude comme il en existe pour les licenciés pour motif économique.

- Mettre en place les nouveaux droits individuels à la formation professionnelle dès 2015.

Le dispositif issu de l'Accord national interprofessionnel qui fera l'objet d'un projet de loi comporte plusieurs mesures nouvelles qui contribueront à l'objectif de maintien dans l'emploi ou de réinsertion professionnelle. Ainsi, un entretien professionnel entre l'employeur et chaque salarié devra être organisé tous les deux ans et de façon systématique après un arrêt de longue maladie. Un compte personnel de formation sera attribué à chaque personne pour faciliter l'accès à la formation

à son initiative et sa mobilité professionnelle. Le conseil en évolution professionnelle sera accessible gratuitement à toute personne entrée ou entrant dans la voie active avec des dispositions spécifiques pour les personnes en situation d'inaptitude ou de handicap.

- Délivrer aux personnes atteintes de cancer une information plus adaptée et individualisée.

Le dispositif actuel d'information des malades et des professionnels qui les accompagnent sur les mesures mobilisables en faveur de leur insertion professionnelle et de leur maintien dans l'emploi, sera adapté et mis à disposition sur un site en 2014.

**Action 9.5 : Responsabiliser l'entreprise dans toutes ses composantes sur l'objectif de maintien dans l'emploi ou la réinsertion professionnelle.**

- Organiser, à l'initiative du ministère du Travail, des rencontres avec les représentants des entreprises (organisations professionnelles ou chambres consulaires, responsables des ressources humaines) pour évaluer les contraintes pesant sur la réinsertion des salariés atteints de cancer ou de maladies chroniques, pour sensibiliser les employeurs à la lutte contre les discriminations et à la diffusion de bonnes pratiques dans ce domaine.

- Mettre à la disposition des responsables d'entreprises des informations adaptées sur le site « Travailler mieux » qui renverra aux autres sites institutionnels. Il comportera des outils et des exemples de bonnes pratiques.

- Confier 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.

Les partenaires sociaux ont leur rôle à jouer notamment en intégrant la préoccupation des personnes atteintes de cancer ou d'une autre maladie chronique dans leurs accords d'entreprise ou de branche quand ils négocient, en particulier sur la qualité de vie au travail, le temps de travail, les travailleurs handicapés ou la formation professionnelle.

**Action 9.6 : Progresser dans la coordination territoriale des différents acteurs qui interviennent pour le maintien dans l'emploi ou son accès.**

Le maintien dans l'emploi ou la réinsertion professionnelle des personnes atteintes de cancer nécessitent une bonne articulation de l'action des différents intervenants sur ce champ, acteurs de l'accompagnement vers l'emploi ou la formation professionnelle et acteurs de prévention des conditions de travail.

Plusieurs actions concourent à renforcer la coordination des acteurs.

- Établir un état des lieux de l'offre de service proposée par les acteurs et développer une approche pluridisciplinaire du maintien dans l'emploi.

- Expérimenter une démarche globale de coordination sur le maintien dans l'emploi et la réinsertion professionnelle des personnes vulnérables.

- Une expérimentation sera réalisée dans deux ou trois régions en 2014 et pour une durée de deux ans. Cette approche réunira les acteurs de prévention qui interviennent sur les conditions de travail dans l'entreprise (services santé au travail, CARSAT, ARACT, DIRECCTE, etc.) et les acteurs qui sont présents sur le champ de l'emploi et de la formation professionnelle. Elle visera à développer les liaisons entre les services compétents sur la santé au travail et la santé publique et les médecins compétents (médecins du travail, médecins généralistes, médecins conseils de la sécurité sociale).

- Décliner l'objectif de prévention de la désinsertion professionnelle dans les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens qui seront conclus en 2014 et 2015 par les services santé au travail interentreprises, les CARSAT et les DIRECCTE à partir du diagnostic établi en commun.

**Action 9.7 : Valoriser le travail réalisé sur le maintien dans l'emploi pour le faire connaître et le développer.**

Des Assises nationales dédiées à l'emploi des personnes courant un risque de désinsertion professionnelle en raison de leur santé seront organisées à mi-parcours du Plan cancer. Elles mobiliseront l'ensemble des acteurs concernés : ministères compétents, organismes et opérateurs intervenant dans ce domaine, associations et partenaires sociaux. Elles permettront de présenter les premiers résultats des expérimentations régionales et de présenter les bonnes pratiques pour améliorer la situation professionnelle des malades atteints du cancer.

## SIGLES UTILISES

ACMS	Association interprofessionnelle des centres médicaux et sociaux de santé au travail de la région Ile de France
ACOSS	Agence centrale des organismes de sécurité sociale
ADEME	Agence de l'environnement et de la maîtrise de l'énergie
ALD	Affections de longue durée
ANACT	Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail
ANPAA	Association nationale de prévention en alcoologie et addictologie
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
AT/MP	Accident du travail/maladie professionnelle
AVC	Accident vasculaire cérébral
BEH	Bulletin épidémiologique hebdomadaire
BIT	Bureau international du travail
BTP	Bâtiment et travaux publics
CAM	Conseiller de l'assurance maladie
CARSAT	Caisse d'assurance retraite et de santé au travail
CAS	Centre d'analyse stratégique
CAT-MP	Commission des accidents du travail et des maladies professionnelles
CCPP	Centre de consultation de pathologie professionnelle
CDD	Contrat à durée déterminée
CDI	Contrat à durée indéterminée
CE	Comité d'entreprise
CEE	Centre d'études de l'emploi
CESTP	Centre d'ergonomie et de sécurité au travail de Picardie
CETAF	Centre technique d'appui et de formation des centres d'examen de santé
CES	Centre d'examen de santé
CGPME	Confédération générale des petites et moyennes entreprises
CHSCT	Comité d'hygiène de sécurité et des conditions de travail
CHU	Centre hospitalier universitaire
CHUR	Centre hospitalier universitaire régional
CIRE	Cellule interrégionale épidémiologique
CISME	Centre interservices de santé et de médecine de travail en entreprise
CMR	Cancérogène, mutagène ou reprotoxique
CNAMTS	Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés
CNAV	Caisse nationale de l'assurance vieillesse
CNOM	Conseil national de l'ordre des médecins
CNOSF	Comité national olympique et sportif français
COCT	Conseil d'orientation sur les conditions de travail
COG	Convention d'objectifs et de gestion
COSET	Cohorte santé travail
COSMOP	Cohorte pour la surveillance de la mortalité par profession
CPAM	Caisse primaire d'assurance maladie
CPOM	Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens
CRAM	Caisse régionale d'assurance maladie
CSP	Catégorie socioprofessionnelle
CTN	Comité technique national
DARES	Direction de l'animation de la recherche, des études et de la statistique

DATR	Directement affecté à des rayonnements ionisants
DGOS	Direction générale de l'offre de soins
DGS	Direction générale de la santé
DGT	Direction générale du travail
DIRECCTE	Direction régionale des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi
DMP	Dossier médical personnel
DMT	Dossier médical du travail
DRAAF	Direction régionale de l'alimentation, de l'agriculture et de la forêt
DREES	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
DRH	Directeur des ressources humaines
DST	Département santé au travail
ECG	Electrocardiogramme
EDF	Electricité de France
EP	Embolie pulmonaire
ERI	Effort-Reward-Imbalance
ESPS	Enquête santé et protection sociale
ETP	Education thérapeutique du patient
ETP	Equivalent temps plein
EVREST	Evolutions et relations en santé au travail
FIR	Fonds d'intervention régional
GAST	Groupe d'alerte en santé au travail
GERS	Groupe d'exercice réadaptation sport
GEPI	Groupe d'échange des préventeurs interentreprises
GESMED	Groupe d'études spécialisées pour le maintien dans l'emploi et le diagnostic
GIS	
HAS	Groupement d'intérêt scientifique
HCSP	Haute autorité de santé
HPST (loi)	Haut conseil de santé publique Loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires
HSQE	Hygiène, santé, qualité et environnement
HTA	Hypertension artérielle
IC	Insuffisance cardiaque
IDM	Infarctus du myocarde
IGAS	Inspection générale des affaires sociales
IJ	Indemnité journalière
IMC	Indice de masse corporelle
INPES	Institut national de prévention et d'éducation à la santé
INRS	Institut national de recherche et de sécurité pour la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles
INSEE	Institut national de la statistique et des études économiques
INSERM	Institut national de la santé et de la recherche médicale
InVS	Institut de veille sanitaire
IREPS	Instance régionale d'éducation et de promotion de la santé
ISTNF	Institut de santé au travail du Nord de la France
MCP	Maladies à caractère professionnel
MCV	Maladies cardiovasculaires
MEDEF	Mouvement des entreprises de France
MONICA	Monitoring des maladies cardiovasculaires
MPI	Maladies professionnelles indemnifiables
MSA	Mutualité sociale agricole
OIT	Organisation internationale du travail
OMS	Organisation mondiale de la santé
ORST	Observatoire régional de la santé au travail

PACA	Provence-Alpes-Côte d'Azur
PDP	Prévention de la désinsertion professionnelle
PME	Petites et moyennes entreprises
PMSI	Programme de médicalisation des services d'information
PNNS	Plan national nutrition santé
PNSE	Plan national santé environnement
PRADO	Programme d'accompagnement du retour à domicile
PREMTES	Prévention, médecine du travail, examens de santé
PST	Plan santé au travail
RAM	Rapport annuel d'activité
RNV3P	Réseau national de vigilance et de prévention des pathologies professionnelles
RPS	Risques psycho-sociaux
RR	Risque relatif
RSE	Responsabilité sociale des entreprises
SAMETH	Service d'appui au maintien dans l'emploi des travailleurs handicapés
SCA	Syndrome coronaire aigu
SEC	Société européenne de cardiologie
SEIS	Santé info emploi service
SIDA	Syndrome de l'immunodéficience acquise
SINTRA	Système d'information santé au travail
SMTOIF	Société de médecine du travail de l'Ouest de l'Ile de France
SNIIRAM	Système national d'information inter-régimes
SNS	Stratégie nationale de santé
SSR	Soins de suite et de réadaptation
SST	Service de santé au travail
SSTA	Service de santé au travail autonome
SSTI	Service de santé au travail inter entreprises
SUMER	Surveillance médicale des expositions aux risques professionnels
TMS	Troubles musculo squelettiques
TPE	Très petite entreprise
UGECAM	Union pour la gestion des établissements des caisses d'assurance maladie
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine





