

PROJET IODA

INAPTITUDES EN OCCITANIE : diagnostics et analyses

SYNTHÈSE

JUIN 2021



Rapport détaillé disponible sur : www.creaiors-occitanie.fr

● **Site MONTPELLIER**
135 allée Sacha Guitry
BP 35567
34072 Montpellier cedex 03
04 67 69 25 03

● **Site TOULOUSE**
Faculté de Médecine
37 allées Jules Guesde
31000 Toulouse
05 61 53 11 46

CONTACT



SITE INTERNET



Remerciements

IODA est un projet collectif et les services de santé au travail interentreprises d'Occitanie ont donné leur temps, leur professionnalisme et leurs compétences pour l'aboutissement de ce projet. Qu'ils soient tous chaleureusement remerciés ici, en espérant que les résultats leurs soient les plus utiles possible et que IODA poursuive sa route.

Service Paritaire de Santé au Travail du Tarn (SPSTT)	ALBI
Centre Médical Interentreprises en Santé au Travail (CMIST)	ALES
Centre de Santé au Travail du Gers (CSTG32)	AUCH
Association de Médecine du Travail (AMT), Site de Marcoule	BAGNOLS/CEZE
Association de Santé au Travail (AST)	BEAUCAIRE
Association Interentreprises de Santé au Travail (AIST)	BEZIERS
Pôle Santé Travail des Pyrénées Orientales (PST66)	CABESTANY
Association de Santé au Travail du Lot (ASTL)	CAHORS
Service Interentreprise de Santé au Travail de l'Aude (SIST11)	CARCASSONNE
Association de Santé au Travail Interentreprise (ASTIM)	MARVEJOLS
Service Interentreprise de Santé au Travail (SIST)	MILLAU
Service de Santé en Milieu de Travail Interentreprise (SMTI 82) du Tarn et Garonne	MONTAUBAN
AIPALS	MONTPELLIER
Association de Médecine du Travail (AMETRA)	MONTPELLIER
Santé au Travail BTP 34	MONTPELLIER
Service de Santé Travail Muret-Comminges (SSTMC)	MURET
Service Interentreprise de Santé au Travail (SIST)	NARBONNE
Association Interprofessionnelle de Santé et de Médecine du Travail (AISMT)	NÎMES
Service Interentreprise de Santé au Travail de l'Aveyron (SISTA12)	RODEZ
Thau Salagou Santé Travail (T2ST)	SETE
Association de Santé et de Médecine du Travail des Hautes-Pyrénées (ASMT65)	TARBES
Association de Santé au Travail Interentreprise et de l'Artisanat (ASTIA)	TOULOUSE
Service d'Action Médicale des Salariés Interentreprise (SAMSI)	TOULOUSE
Service Régional d'Action Sociale Santé au Travail (SRAS) - BTP	TOULOUSE

Les éditeurs des logiciels métiers ont également apporté une aide indispensable à la mise en œuvre concrète de IODA. Merci à Integral Data Santé, Ocara et Val Solution pour leur intérêt et leur contribution à ce projet.

Nous remercions également la cellule régionale de Santé publique France en Occitanie pour son soutien technique tout au long du projet.

Pourquoi le projet IODA ?

L'émergence du projet IODA est liée à la formulation, tant au niveau national qu'au niveau régional, des besoins :

- d'optimiser et de rationaliser l'utilisation des données existantes nombreuses et utiles sur la santé au travail en développant les systèmes d'information ;
- de documenter quantitativement et qualitativement les déclarations d'inaptitude au travail, déclarations ayant un impact social important car aboutissant le plus souvent au chômage pour la personne concernée.

Au niveau régional en particulier, le plan Occitanie (PRST3) prévoyait l'expérimentation de nouvelles méthodes d'analyse de données avec un axe « maintien dans l'emploi » et un axe « maladies chroniques », tous deux liés à la déclaration d'inaptitude médicale au travail. En effet, l'élaboration et l'évaluation d'actions de prévention collectives de la désinsertion professionnelle et visant au maintien dans l'emploi nécessitent des données fiables sur les inaptitudes déclarées, les pathologies en cause, les secteurs d'activité et les métiers les plus concernés, à l'échelle d'une région, d'un département ou d'un Service de santé au travail interentreprises (SSTI).

En 2018, la Commission épidémiologie Occitanie, coanimée par la Direction régionale Occitanie des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi (Direccte, Médecin inspecteur régional du travail) et de la Cellule régionale de Santé publique France (SpF-CR Occitanie, Épidémiologiste) avait ainsi fait du suivi des inaptitudes professionnelles une de ses priorités. Ainsi, un groupe de travail spécifique autour de cette question avait été constitué en février 2018 pour réfléchir à la méthode de mise en œuvre d'un dispositif de surveillance épidémiologique des inaptitudes.

À la demande de ce groupe de travail, le CREAI-ORS Occitanie a travaillé à l'interface des différents acteurs (SSTI, universitaires et chercheurs, administrations publiques, partenaires sociaux, éditeurs de logiciels) pour développer un dispositif expérimental de surveillance épidémiologique des inaptitudes au travail et de ses déterminants socioprofessionnels. C'est dans ce cadre qu'il a répondu à l'appel à projets du Fact qui a retenu et financé le projet IODA.

IODA, pour qui et pour quoi faire ?

Les objectifs de IODA sont :

- d'améliorer la connaissance des liens entre travail et santé des salariés ;
- de mieux orienter les actions prioritaires en matière de prévention des inaptitudes, au niveau régional, des branches et secteurs d'activité, ou du territoire de chaque SSTI ;
- d'estimer l'impact des actions de prévention sur l'indicateur « inaptitude au travail ».

Les destinataires de ces connaissances sont les services de l'État (Direccte), les acteurs participant au Comité régional d'orientation sur les conditions de travail (Croct), l'association régionale d'amélioration des conditions de travail (Aract) et les services de santé au travail.

L'objectif opérationnel de cette phase expérimentale était la construction d'un système de surveillance épidémiologique du taux d'incidence des déclarations d'inaptitude et de leurs principales caractéristiques. Le terme « système de surveillance » renvoyait à la notion de pérennité dans le temps et le terme « taux d'incidence » renvoyait à la notion de pourcentage de nouvelles inaptitudes déclarées parmi les travailleurs suivis par les services de santé au travail chaque année.

Pour cette phase expérimentale, la population de travailleurs concernée était celle des salariés du régime général de l'assurance maladie, et suivis par les services de santé au travail interentreprises en Occitanie, soit une population d'approximativement 1,2 million de salariés.

Au-delà de la phase expérimentale financée par le Fact, les productions attendues de IODA si le dispositif était pérennisé seraient, pour chaque année *a minima*, les taux d'incidence des inaptitudes par territoire (région, département, zone d'emploi, groupe des adhérents d'un SSTI), par cause médicale principale, par secteur d'activité, par métier, par sexe et par tranche d'âge.

IODA, comment ça marche ?

Comment s'est-on organisé ?

► Pilotage

Un Comité de pilotage respectant les règles du paritarisme a été consulté à chaque étape du projet afin de recueillir ses observations mais aussi lors de difficultés rencontrées en cours de projet. Un Comité opérationnel composé de « techniciens » de la santé au travail a été sollicité sur l'ensemble des points techniques pour lesquels des décisions collectives étaient utiles.

► Mise en conformité du traitement des données avec le Règlement général de protection des données (RGPD)

Les mesures pour respecter le RGPD ont été prises en référence à la méthodologie MR-004 : présence d'un délégué à la protection des données au sein du CREAI-ORS Occitanie (dpo@ococ.fr), réalisation d'une évaluation d'impact relative à la protection des données, enregistrement du projet auprès de l'Institut national des données de santé (INDS), utilisation d'une plateforme sécurisée d'échange de fichiers pour la transmission des données entre les services de santé au travail et le CREAI-ORS, réduction au strict nécessaire des données recueillies pour l'étude, pseudonymisation des données¹, information des personnes concernées (salariés) par voie d'affichage dans les services et via les employeurs.

¹ clé de hachage par le logiciel de chaque service ou transcodage de numéros pouvant être identifiants a posteriori

► Sollicitation des services de santé au travail

Un échange approfondi avec chaque SSTI de la région a été organisé sur les 27 sites afin de leur présenter le projet en détail et de répondre aux questions et remarques des équipes. En particulier, il était précisé aux médecins que la seule information supplémentaire à saisir par rapport à leurs habitudes était la (ou les deux) pathologie(s) en cause dans la déclaration d'inaptitude.

Ces réunions avaient également pour objectifs de discuter de la disponibilité et de la qualité des données enregistrées dans le service, d'identifier les contraintes informatiques liées au logiciel métier utilisé, mais également de recueillir les besoins d'informations du SSTI et que pouvait leur fournir le dispositif.

► Sollicitation des éditeurs de logiciels métiers

Quatre logiciels métiers différents, produits par trois éditeurs différents, étaient utilisés par les services. Dans leurs versions en circulation, aucun de ces logiciels ne permettait d'enregistrer le ou les diagnostic(s) en cause dans la déclaration d'inaptitude. Cette variable étant essentielle au projet, les éditeurs ont été contactés pour envisager avec eux les aménagements nécessaires à cette saisie par les médecins, mais également les requêtes à élaborer pour l'extraction des données en fin de période de recueil.

► Thésaurus des pathologies en cause dans la déclaration d'inaptitude

Le thésaurus des pathologies pouvant être à l'origine de la déclaration d'inaptitude a été élaboré par le comité opérationnel du projet, plus précisément par les médecins de ce comité. La liste des pathologies a été organisée par appareil comme dans la CIM10, mais avec, pour chaque appareil, la possibilité de n'indiquer que la lettre générique correspondante. Le niveau de précision des pathologies a cherché un juste milieu entre des définitions trop larges qui ne permettraient pas d'améliorer les connaissances des causes médicales d'inaptitudes et des définitions trop précises risquant d'entraîner des erreurs de codage. La sélection des pathologies de la liste s'est faite sur des critères de fréquence d'observation de celles-ci au cours des déclarations d'inaptitude, mais aussi sur le fait que l'identification de ces pathologies pouvait conduire à des actions de prévention spécifiques. Enfin, l'arborescence de la CIM10 ne permet pas toujours de regrouper des pathologies selon les actions de prévention qui pourraient être conduites. Par exemple, il est plus utile pour IODA de regrouper les pathologies de l'appareil locomoteur par localisation anatomique que par mécanisme physiopathologique comme c'est le cas dans la CIM10. Aussi, certaines libertés ont été prises avec les codes affectés aux pathologies telles qu'elles doivent être considérées en santé-travail.

Comment a-t-on analysé les données recueillies ?

Cette phase expérimentale a été une étude analytique transversale sur les facteurs déterminants (ou facteurs de risque) du taux d'incidence des déclarations d'inaptitude au cours de l'année septembre 2019 – août 2020.

Après une analyse statistique descriptive des données caractérisant l'ensemble des salariés d'une part, et des salariés déclarés inaptes d'autre part, le taux d'incidence² global des déclarations d'inaptitudes a été calculé ainsi que son intervalle de confiance à 95 %.

Des analyses multivariées visaient ensuite à identifier les facteurs déterminants des taux d'incidence de déclarations d'inaptitudes pour, respectivement, « toutes pathologies », « pathologies de l'appareil locomoteur » et « troubles mentaux et du comportement ». Pour cela, les liens entre le taux d'incidence des déclarations d'inaptitude et chaque facteur de risque potentiel, puis entre ces différents facteurs de risque potentiels ont été analysés. Les facteurs de risque significatifs (statistiquement et concrètement) ont été conservés pour l'analyse multivariée prenant en compte simultanément l'ensemble de ces facteurs significatifs. Pour chaque facteur, le risque relatif ajusté et son intervalle de confiance à 95 % a été estimé par rapport à une catégorie de référence.

Enfin, les dernières analyses, également multivariées, ont été réalisées sur les salariés déclarés inaptes uniquement et visaient à expliquer la survenue de l'inaptitude pour une pathologie donnée par rapport aux autres pathologies.

Les résultats de IODA au bout d'un an de recueil des données

Qui sont les salariés des SSTI Occitans et ceux déclarés inaptes ?

Grâce à 23 SSTI sur les 27 que compte l'Occitanie, les données concernant 1 242 628 salariés ont pu être recueillies entre septembre 2019 et septembre 2020. Après pondération, ces données correspondent à 1 055 868 travailleurs suivis pendant une année complète dont 8 366 ont été déclarés inaptes pendant cette année par leur médecin du travail.

L'âge médian des salariés est de 40 ans et la majorité d'entre eux sont des hommes (54,6%). Les deux tiers (65,5 %) ont une ancienneté inférieure ou égale à 5 ans, un sur cinq (20,0 %) travaille dans le cadre d'un contrat à durée déterminée ou équivalent et 61,3 % sont ouvriers ou employés. Par ailleurs, près d'un quart des travailleurs (23,9%) exercent dans un établissement de moins de 10 salariés et

² Le taux d'incidence se définit comme le nombre de d'inaptitudes déclarées sur la période rapporté au nombre de personnes-années suivis par les SSTI. La différence entre nombre de salariés et nombre de « personnes-années » est la même que la différence entre nombre de salariés et nombre d'Equivalents Temps Plein (ETP). De même que deux salariés travaillant à mi-temps correspondent à un ETP, deux personnes suivies sur la moitié de la période d'étude correspondent à une personne-année. Le nombre de personnes-années constitue le dénominateur du taux d'incidence des déclarations d'inaptitude.

13,7 % dans un établissement de 250 salariés ou plus. Près de la moitié des salariés travaillent dans des zones urbaines de 700 000 habitants et plus.

Les caractéristiques des salariés déclarés inaptes sont différentes avec un âge médian de 47 ans et une majorité de femmes (56,9 %). Un salarié sur 20 (4,9 %) seulement travaille dans le cadre d'un contrat à durée déterminée ou équivalent et près de 80 % (78,5%) sont ouvriers ou employés. Dans plus de 80 % des cas, l'inaptitude a été déclarée dans le cadre d'une visite de reprise après un arrêt maladie, étranger à un accident du travail ou une maladie professionnelle dans 87,8% des cas. Le contexte de survenue de la pathologie en cause a pu être documenté pour 2 374 salariés déclarés inaptes et ce contexte est jugé professionnel dans 32,7 % des cas. Dans plus de trois quarts des cas, le salarié n'avait ni invalidité reconnue, ni qualité de travailleur handicapé. Pour 3 961 déclarations d'inaptitude, la présence ou non d'une affection de longue durée a été indiquée et celle-ci n'était présente que dans moins de 1 % de ces cas. Pour au moins les deux tiers des déclarations d'inaptitude, l'employeur a été dispensé de reclasser le salarié dans l'entreprise en raison de son état de santé et ces inaptitudes ont donc conduit au licenciement.

Quel est le poids des déclarations d'inaptitudes en Occitanie ?

L'estimation du taux d'incidence des déclarations d'inaptitudes « toutes pathologies » est égale à 7,9 [7,8 – 8,1]³ pour 1 000 salariés et pour une année. La pathologie à l'origine de la déclaration d'inaptitude était documentée dans 80% des cas. De façon attendue, le taux d'incidence des déclarations d'inaptitude pour « pathologie de l'appareil locomoteur » et celui pour « troubles mentaux et du comportement » sont les plus élevés, estimés chacun à 3,0 [2,9 – 3,1] pour 1 000 salariés en un an. Les taux d'incidence pour les autres groupes de pathologies sont tous inférieurs à 3 pour 1 000.

Tableau 1. Nombres et taux d'incidence des déclarations d'inaptitude pour chaque famille de pathologies.

Pathologies	Déclarés inaptes (n)	Taux incidence (/100 000)	IC[95%]
Maladies de l'appareil locomoteur	3 190	302	[292-313]
Troubles mentaux et du comportement	3 110	295	[285-305]
Maladies de l'appareil circulatoire	303	29	[26-32]
Tumeurs malignes	211	20	[17-23]
Maladies du système nerveux	167	16	[14-18]
Maladies de l'appareil respiratoire	111	11	[9-13]
Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques	104	9	[8-12]
Maladies de l'œil et de l'oreille	75	7	[6-9]
Maladies de l'appareil digestif	63	6	[5-8]
Autres diagnostics	140	13	[11-16]

³ Intervalle de confiance à 95%

Plus précisément, au sein de l'appareil locomoteur, les lombalgies / sciatalgies / cruralgies sont les pathologies à l'origine du taux d'incidence le plus élevé avec 102 déclarations pour 100 000 salariés sur l'année. Les pathologies de l'épaule sont deux fois moins fréquentes et les TMS ou arthrose du membre inférieur, le plus souvent des gonarthroses, sont trois fois moins fréquentes.

Au sein des troubles mentaux et du comportement, ce sont les troubles dépressifs qui conduisent au taux d'incidence des déclarations d'inaptitude le plus élevé avec 178 pour 100 000 salariés au cours de l'année. Les réactions à des facteurs de stress sévère ou les troubles de l'adaptation sont trois fois moins fréquents.

Qu'est-ce qui augmente le risque d'être déclaré inapte ?

► Facteurs de risque de déclaration d'inaptitude « toutes pathologies »

Le taux d'incidence des déclarations d'inaptitude augmente avec l'âge, pour les femmes, les personnes en CDI par rapport à celles en CDD ou équivalent et pour certains métiers par rapport à celui d'employé administratif pris en référence.

Il s'agit de métiers d'ouvrier ou d'employé confrontés à des contraintes physiques intenses (aide à domicile, coiffeur, ouvrier gros œuvre du bâtiment), des horaires de travail atypiques (ambulancier, employé de l'hôtellerie, chauffeur routier), des contraintes de rythme de travail (ouvrier de production agro-alimentaire ou de la confection, standardiste) ou à une forte demande psychologique associée à une faible latitude décisionnelle (employé de commerce, agent de sécurité, coursier) [1]. Certains de ces métiers cumulent plusieurs de ces contraintes comme les aides à domicile ou les employés de l'hôtellerie.

Tableau 2. Facteurs associés au taux d'incidence des inaptitudes « toutes pathologies », taux d'incidence et risques relatifs ajustés (analyse multivariée)

		RR ajustés	IC 95%	p-value
Sexe	Homme	1 (réf)		
	Femme	1,57	[1,49-1,66]	<0,001
Age	<25 ans	1 (réf)		
	25-34 ans	1,89	[1,64-2,17]	<0,001
	35-44 ans	2,56	[2,23-2,93]	<0,001
	45-54 ans	2,87	[2,50-3,29]	<0,001
	>=55 ans	4,09	[3,57-4,70]	<0,001
Contrat	CDI	1 (réf)		
	Contrat précaire	0,34	[0,31-0,38]	<0,001

	RR ajustés	IC 95%	p-value
Métier⁴ (liste non exhaustive)			
<i>Employé administratif</i>	1 (réf)		
Employé ou artisan ambulancier	4,20	[3,10-5,70]	<0,001
Aide à domicile - aide-ménagère	4,08	[3,32-5,01]	<0,001
Ouvrier de production agro-alimentaire	3,96	[3,00-5,23]	<0,001
Standardiste	3,39	[2,50-4,59]	<0,001
Employé ou artisan coiffure et esthétique	3,24	[2,43-4,32]	<0,001
Employé de l'hôtellerie	3,09	[2,25-4,23]	<0,001
Ouvrier ou artisan gros œuvre, travaux public, béton	3,08	[2,44-3,89]	<0,001

► Facteurs de risque de déclaration d'inaptitude pour « pathologies de l'appareil locomoteur » ou pour « troubles mentaux ou du comportement »

Le sexe, l'âge et le type de contrat de travail sont également des facteurs déterminants du taux d'incidence des déclarations d'inaptitude pour « pathologie de l'appareil locomoteur » ou « pour troubles mentaux et du comportement » : le risque augmente avec l'âge et il est plus élevé pour les femmes - en particulier pour les troubles mentaux - et les personnes en CDI.

Concernant les métiers, ceux associés à un taux d'incidence « toutes pathologies » élevé et ceux associés à un taux d'incidence « pathologie de l'appareil locomoteur » élevé sont globalement les mêmes.

Tableau 3. Les 8 métiers dont le risque relatif de déclaration d'inaptitude pour pathologie de l'appareil locomoteur est plus de 6 fois supérieur au risque des techniciens et agents de maîtrise « non classés ailleurs » (analyse multivariée).

Métier	RR ajusté	IC 95%	p-value
<i>Autres techniciens, agents de maîtrise non classés ailleurs</i>	1 (réf)		
Employé ou artisan ambulancier	9,18	[5,68-14,83]	<0,001
Aide à domicile - aide-ménagère	9,00	[6,23-12,99]	<0,001
Ouvrier de production agro-alimentaire	6,86	[4,29-10,95]	<0,001
Coursier, livreur, taxi	6,78	[4,46-10,30]	<0,001
Ouvrier ou artisan gros œuvre, travaux public, béton	6,56	[4,43-9,73]	<0,001
Employé de traitement des déchets ou assainissement	6,31	[4,35-9,17]	<0,001
Employé de l'hôtellerie	6,18	[3,73-10,23]	<0,001
Monteur ensemble mécanique ou structure métallique	6,12	[3,15-11,89]	<0,001

En revanche, les métiers associés à un taux d'incidence pour « troubles mentaux ou du comportement » élevé sont assez différents et reflètent davantage les risques psychosociaux associés à ces métiers. D'après Karasek, la combinaison d'une forte demande psychologique et d'une faible latitude décisionnelle expose particulièrement le salarié à ces risques, d'autant plus s'il ne bénéficie pas de soutien social dans son contexte de travail [1]. La demande psychologique regroupe les

⁴ Seuls les métiers dont le risque relatif ajusté était supérieur à 3 sont indiqués ici.

dimensions de quantité-rapidité, complexité-intensité et morcellement-imprévisibilité. La latitude décisionnelle reflète les marges de manœuvre du salarié et le développement de ses compétences. Les métiers identifiés correspondent bien à plusieurs des dimensions évoquées. On peut citer les dimensions morcellement-imprévisibilité, faibles marges de manœuvre et faible développement des compétences pour le standardiste, complexité-intensité, quantité-rapidité et faibles marges de manœuvre pour le cadre infirmier, le responsable de magasin et le professionnel de banque et assurance.

Tableau 2. Les 10 métiers dont le risque relatif de déclaration d'inaptitude pour troubles mentaux et du comportement est plus de 3 fois le risque des cadres administratifs et secrétariat supérieur (analyse multivariée).

Métier	RR ajusté	IC 95%	p-value
<i>Cadres administratifs et secrétariat sup.</i>	1 (réf)		
Standardiste	4,87	[3,18-7,46]	<0,001
Cadres infirmiers	4,71	[2,77-8,01]	<0,001
Responsable petits magasins, cadre de l'exploitation des magasins	4,04	[2,79-5,84]	<0,001
Ambulanciers (y.c. artisan)	4,01	[2,44-6,60]	<0,001
Agents de sécurité	3,80	[2,52-5,74]	<0,001
Professions commerciales banque et assurances	3,49	[2,30-5,32]	<0,001
Employés de commerce	3,42	[2,54-4,62]	<0,001
Éducateurs spécialisés	3,12	[2,16-4,50]	<0,001
Aide à domicile et aide- ménagère	3,09	[2,24-4,26]	<0,001
Employés de l'hôtellerie	3,07	[1,87-5,05]	<0,001

Ces métiers exposés, tant pour les pathologies de l'appareil locomoteur que pour les troubles mentaux ou du comportement, avaient été repérés comme à risque dans l'analyse des données de l'enquête SUMER 2010 [1] et les résultats de IODA confirment l'aboutissement de ce risque à la déclaration d'inaptitude.

► Les facteurs spécifiques associés à une pathologie donnée par rapport aux autres dans les déclarations d'inaptitude

Parmi les causes médicales d'inaptitude, être une femme est associé aux cervicalgies/névrologies cervico-brachiales, aux pathologies musculosquelettiques des poignets ou des mains, une polyarthrite ou un épisode dépressif. Être un homme est plutôt associé aux sciatalgies/lombalgies, aux pathologies musculosquelettiques des membres inférieurs, aux séquelles de lésions traumatiques et aux maladies de l'appareil circulatoire.

Parallèlement, parmi les salariés déclarés inaptes, les différentes tranches d'âge sont associées à des pathologies spécifiques. Être âgé de 55 ans et plus est par exemple associé aux pathologies de l'épaule ou du membre inférieur, une polyarthrite, une maladie de l'appareil circulatoire, une tumeur maligne ou une maladie de l'appareil respiratoire.

On observe également des associations spécifiques entre certains métiers et certaines pathologies à l'origine de la déclaration d'inaptitude.

Les pathologies musculosquelettiques de l'épaule sont associées au métier d'ouvrier en production agro-alimentaire ou d'employé de l'enfance et la dépression est associée aux professions techniques de la banque et de l'assurance, professions qui avaient été également repérées dans l'analyse des données de l'enquête SUMER 2010 comme particulièrement à risque psychosocial [1].

Les inaptitudes pour tumeurs malignes sont associées aux métiers d'ouvrier du travail du métal, d'employé de la coiffure et de l'esthétique, d'ouvrier agricole, forestier, jardinier ou du secteur de production de bois, papier et carton ou du secteur de l'énergie, ou d'employé de l'hôtellerie. L'ancienneté, indépendamment de l'âge et du métier du salarié, est également associée aux déclarations d'inaptitude pour tumeur maligne parmi l'ensemble des déclarations d'inaptitude. Cette triple association, avec l'âge, l'ancienneté et la nature des métiers cités va dans le sens d'une origine professionnelle de ces tumeurs malignes par exposition à des agents chimiques.

Et maintenant ?

Les tout premiers résultats obtenus ici contribuent déjà au diagnostic régional en santé-travail en cours, préambule au 4^{ème} Plan régional en santé-travail d'Occitanie et élaboré de façon concertée par des membres volontaires du Comité Régional d'Orientation sur les Conditions de Travail (Croct). La base régionale des données recueillies est déjà partagée avec le CHU de Montpellier pour des travaux de recherche. Chaque SSTI de la région va recevoir les résultats de l'analyse spécifique des données relatives aux travailleurs qu'il suit et pourra ainsi les mettre en perspective avec les résultats régionaux afin de prioriser ses actions de prévention. Enfin, l'organisation de IODA va être reprise par un autre système de surveillance en santé-travail animé par Santé publique France : le programme des maladies à caractère professionnel (MCP).

Néanmoins, le dispositif IODA est, à notre connaissance, la première expérimentation d'un système de surveillance épidémiologique des inaptitudes médicales au travail sur la presque totalité des SSTI d'une région. À ce titre, il mérite une évaluation scientifique en tant que système de surveillance épidémiologique et cette évaluation est en cours. Elle permettra d'apporter les corrections et améliorations nécessaires pour obtenir la meilleure qualité possible de IODA.

Enfin, l'un des objectifs du dispositif est de contribuer à l'évaluation des stratégies et actions de prévention en santé-travail à l'échelle régionale et infrarégionale. Pour cela, IODA doit pouvoir fonctionner en continu dans le temps afin de produire des résultats chaque année et suivre ainsi les évolutions des taux d'incidence des inaptitudes et de leurs déterminants.

Références

[1] Amira S, Ast D. Des risques professionnels contrastés selon les métiers. Direction de l'animation de la recherche des études et des statistiques. Dares-Analyses. n°039. 2014. 17 p. Disponible à partir de l'URL: <https://dares.travail-emploi.gouv.fr/publications/des-risques-professionnels-contrastes-selon-les-metiers>

