

La prise en charge des accidents du travail et l'organisation de la médecine du travail en France

Mise à jour : Décembre 2011

Historique sur la législation AT-MP	2
La mise en place du dispositif : 1898-1966	2
Période 1967-1981	4
Période 1981-2010	4
Les remises en causes	7
Réforme de la tarification des AT-MP en 2010	9
Les AT-MP après 2010	11
Organisation et modalités de la prise en charge	13
Organismes compétents	13
Personnes assurées dans le cadre du régime général	14
Risques couverts	15
Prestations servies (Indemnités journalières ..)	15
Financement de l'assurance	19
Assurance et prévention	19
La médecine du travail	20
L'Ancien Régime	20
XIXe siècle	20
Création de la médecine du travail	21
Crise de la médecine du travail	23
Des réformes difficiles depuis 1990	24
La réforme de 2011	26
Bibliographie	26
Rapports officiels français	26
Données statistiques, évaluation économique	39
Réglementation	47
Etudes de l'Irdes sur la relation Santé et travail	57
Autres études sur Santé et travail	64
Ressources électroniques	81
Réglementation en vigueur dans d'autres pays	84

Historique sur la législation AT-MP

La mise en place du dispositif : 1898-1966

9 avril 1898 : Première loi relative aux accidents du travail, qui crée un régime spécial d'indemnisation des victimes d'accidents du travail. Cette loi prend d'abord les conséquences de l'arrêt Teffaine de 1896, qui avait décidé que l'article [1384, al. 1^{er}](#) du Code civil français pouvait s'y appliquer, créant un lourd régime de responsabilité civile.

Fondée sur la notion des risques professionnels, elle prévoit une présomption de la responsabilité de l'employeur en cas d'accident du travail, une réparation forfaitaire du dommage à la charge de l'employeur et précise que celui-ci peut souscrire une assurance facultative auprès des compagnies privées.

Instaurant le régime assurantiel en France, c'est une loi pionnière dans la construction de l'Etat-Providence. Cette loi du 9 avril 1898 a été abrogée par une [ordonnance du 19 octobre 1945](#), mais la loi du 30 octobre 1946 l'a intégrée dans l'organisation de la sécurité sociale (CSS, [L452-5](#) et [L454-1](#)).

Au départ, cette loi ne concerne que le secteur industriel, puis elle s'élargit à d'autres secteurs :

- 1899 : secteur agricole (utilisation d'engins à moteur), puis en 1926 : ensemble du secteur agricole ;
- 1906 : la réparation est étendue au secteur commercial ;
- 1938 : à tous les individus liés par un contrat de travail.

Loi du 31 mars 1905 : elle instaure définitivement l'obligation aux employeurs de s'assurer contre le risque d'accident du travail. Mais l'organisation de cette assurance obligatoire est laissée au marché jusqu'en 1946.

Loi du 25 octobre 1919 : La couverture du risque accident du travail est étendue à certaines maladies professionnelles précisément définies dans des tableaux.

19 octobre 1945 : Une ordonnance abroge l'intégration des risques professionnels à l'organisation générale de la Sécurité sociale, mais sans prendre de disposition particulière.

2 novembre 1945 : [L'ordonnance n° 45-2635](#) fixe certaines dispositions transitoires et modalités d'application de l'ordonnance n° 452250 du 4 octobre 1945 portant organisation de la Sécurité sociale. Ces dispositions transitoires concernent l'assurance du risque accidents du travail ; « En effet, à partir du 1^{er} janvier 1947, les entreprises d'assurances et la Caisse nationale d'assurance en cas d'accidents du travail ne peuvent plus pratiquer l'assurance du risque accidents du travail. Il en résulte que tous les accidents survenus avant cette date incombent aux employeurs ou à leurs assureurs substitués, tous ceux survenus après cette date étant pris en charge par les institutions de Sécurité sociale... »

30 octobre 1946 : Une nouvelle loi confie (sauf cas particulier) l'assurance AT-MP obligatoire et universelle à la Sécurité sociale, instituée en 1945 et gérée par les partenaires sociaux. L'accident du travail est alors envisagé comme un risque social et l'accident de trajet est considéré comme accident du travail.

Cette loi donne naissance au système actuel d'assurance des risques professionnels, en intégrant les principes d'individualisation et de mutualisation. Les pertes individuelles liées aux AT-MP sont financées par les employeurs, et une tarification fondée sur l'incitation à la prévention est mise en place. La mutualisation est conservée pour certains types de risques.

Loi du 11 octobre 1946 : elle institue la médecine du travail pour les entreprises de secteur privé.

Loi du 26 décembre 1966 : elle étend la médecine du travail à tous les salariés du secteur agricole et aux exploitants volontaires.

L'obligation de la médecine du travail a progressivement été étendue à d'autres secteurs d'activité : la fonction publique d'État : la médecine de prévention ; la fonction publique hospitalière : la médecine du travail hospitalière ; la fonction publique territoriale : la médecine professionnelle et de prévention ; le monde du spectacle ;

Ordonnance n° 67-706 du 21 août 1967 (JO du 22 août 1967) : La caisse nationale de sécurité sociale est remplacée par trois caisses nationales autonomes qui coiffent les quatre branches de la Sécurité sociale : Maladie, Accidents du travail-Maladies professionnelles, Famille et Vieillesse.

En dépit de son appellation restrictive, la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (Cnamts) gère également les risques professionnels, la gestion des deux risques – maladie d'une part, AT-MP d'autre part – étant distincte.

Est également créée l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS) coiffant les Unions de recouvrement des cotisations (Urssaf).

Période 1967-1981

Les quelques mesures adoptées concernent l'extension à une série de bénévoles et de membres de famille, les prestations et les simplifications relatives aux cotisations, enfin des améliorations concernant l'information et surtout la prévention avec la loi de 1976.

- ▶ Extensions des bénéficiaires et l'amélioration de l'indemnisation : décret du 30 janvier 1979, loi du 14 décembre 1974 et décret du 5 mai 1975, loi n° 76-1106 du 6 décembre 1976 ;
- ▶ Cotisations supplémentaires : arrêté du 2 octobre 1969 ;
- ▶ Amélioration de la stratégie de prévention globale des AT : loi n° 76.1106 du 6 décembre 1976 ;
- ▶ Extension de la liste des maladies professionnelles : aux 48 tableaux de maladies professionnelles annexés au décret du 31 décembre 1946, 15 autres tableaux sont ajoutés.

Période 1981-2010

Ces années sont à la fois celles de la consolidation de ses règles et d'une remise en cause qui va conduire à la réforme du système en 2010.

Des améliorations limitées :

- ▶ Extension du champ des personnes couvertes au sein du régime général et des autres régimes
 - S'agissant du régime général, le champ de cette couverture suit l'évolution des conditions d'emploi. La couverture est étendue à un ensemble de situation en marge du salariat. Ainsi la loi instituant le RMI (loi du 29 juillet 1992) prévoit la couverture par le régime général des bénéficiaires des actions d'insertion ;
 - La loi n° 90-613 du 12 juillet 1990 précise les modalités de la prise en charge des travailleurs intérimaires. En cas de défaillance de celle-ci, le coût est supporté directement par l'employeur ;
 - La loi du 27 janvier 1993 étend la couverture aux personnes effectuant des gardes d'enfants à domicile et aux personnes accueillant des personnes âgées à domicile ;
 - La loi du 30 novembre 2001 étend la couverture par un régime obligatoire aux non salariés agricoles, c'est-à-dire aux exploitants agricoles couverts depuis la loi du 22 décembre 1966 par une assurance non obligatoire et par la loi du 25 octobre 1972, par une assurance complémentaire facultative. Mais en 2001, seuls 10 % des exploitants agricoles étaient couverts.
- La loi de 2001 conserve le principe du libre choix de l'organisme assureur, mais les cotisations sont désormais fixées par voie réglementaire. De nouvelles prestations sont créées : indemnités journalières, frais funéraires, assurance décès. La Mutualité sociale agricole a un rôle central dans la gestion de ce dispositif. Cette loi crée aussi une commission de la prévention des accidents du travail des non-salariés agricoles.

► De nouveaux droits

- Le décret du 10 mars 1986 introduit une modification importante dans les conditions d'indemnisation du régime général : les indemnités correspondant à un taux d'incapacité permanente (IPP) inférieur à un taux de 10 % sont versées sous la forme d'un capital. La loi de financement de la sécurité sociale pour 2002 prévoit la revalorisation annuelle des montants d'indemnité.
- Le décret du 27 mars 1993 relève les indemnités journalières à 60 % du salaire pour les 28 premiers jours et à 80 % au-delà :
- La loi de financement de la sécurité sociale pour 2000 introduit le régime des accidents successifs, qui permet la prise en compte, pour l'attribution et le calcul d'une rente, d'accidents intermédiaires antérieurs et n'ayant donné lieu, du faible de la faible incapacité associée, qu'au versement d'une indemnité en capital :
- La loi de financement de la sécurité sociale pour 2001 élargit les conditions de versement et de majoration pour tierce personne. Alors qu'elle était réservée aux victimes atteintes d'une incapacité de 100 %, elle peut être désormais accordée aux victimes atteinte d'un taux de partiel de 80 % ;
- La loi de financement de la sécurité sociale pour 2002 élargit le bénéfice des rentes d'ayant droit aux concubins et aux partenaires d'un PACS.
- La loi de financement de la sécurité sociale pour 2008 instaure le plafonnement des rentes en cas d'accidents successifs et améliore la situation des ayants droits. Le régime juridique des arrêts de travail pour AT-MP est harmonisé avec celui des arrêts maladie (mêmes obligations pour l'assuré et mêmes règles de contrôles) ;
- La loi de financement de la sécurité sociale pour 2009 améliore la prise en charge de certains frais de santé engagés par la victime AT - MP (appareils de prothèse et d'orthopédie) et fixe les tarifs de remboursement de ces prestations. Elle prévoit que les indemnités journalières soient versées au salarié inapte dans l'attente de la déclaration de l'employeur. La victime d'un accident de travail pourra demander à accéder durant son arrêt de travail avec l'accord de son médecin traitant à des actions de formation.
- La loi de financement de la sécurité sociale pour 2010 instaure un système de bonus-malus pour rendre l'indemnisation des victimes plus efficaces.

► La réforme des barèmes AT-MP

- Le décret n° 82-1135 du 23 décembre 1982 rénove le barème servant de base à l'évaluation de la perte de capacité de travail ou de perte de gain causé par un accident du travail ;
- Le décret n° 99-323 du 27 avril 1999 modifie les barèmes médicaux applicables aux maladies professionnelles, qui deviennent spécifiques, indicatifs et opposables ;
- Le décret n° 2001-99 du 31 janvier 2001 modifie le barème utilisé pour le calcul de la rente accident du travail et maladies professionnelles des agents de la fonction publique.

► Une amélioration des procédures de reconnaissance

- La création du système complémentaire : le dispositif de reconnaissance des maladies professionnelles est fondé sur des tableaux définissant pour chaque affection, les délais de prise en charge, le type de travaux associé et parfois des durées minimales d'exposition. Mais la relative lenteur d'adaptation de ces tableaux à l'évolution des connaissances scientifiques rend nécessaire la création d'un système complémentaire (Cf Rapport Dorion, 1991). La loi du 27 janvier 2003 ouvre la possibilité de reconnaissance lorsque l'assuré ne satisfait pas à une des conditions des tableaux des maladies professionnelles ou lorsque la maladie ne fait pas l'objet

d'un tableau (et à condition dans ce dernier cas que le taux d'incapacité soit supérieur à un certain seuil)...

► L'encadrement des procédures de reconnaissance

- La loi de financement de la sécurité sociale pour 1997 crée un versement annuel de la branche accidents du travail et maladies professionnelles à la branche maladie, pour tenir compte des dépenses, qui, du fait d'une sous-évaluation, d'une sous-déclaration ou d'une sous-reconnaissance des maladies professionnelles, sont indûment prises en charge par l'assurance maladie. Cette loi crée également une commission chargée d'établir le montant du reversement ;
- La loi de financement de la sécurité sociale pour 1998 fait courir le délai de prescription à la date à laquelle l'assuré est informé du lien possible entre la maladie et son activité professionnelle et non plus à la date de la première constatation médicale, évitant ainsi que la prescription ne soit opposée à des assurés non informés du caractère possible professionnel de leur maladie ;
- Le décret du 27 avril 1999 encadre strictement les délais d'instruction des caisses et prévoit le principe de la reconnaissance implicite du caractère professionnel de la maladie à défaut de la décision contrainte de la caisse dans un délai de 3 mois renouvelable une fois ;
- La loi de financement de la Sécurité sociale pour 2002 élargit le champ du versement aux accidents du travail et son montant est substantiellement accru, passant de 900 millions de francs à 330 millions d'euros en 2003.

► Améliorations procédurales en faveur des victimes

- La loi du 23 janvier 1990 prévoit que la prescription de deux ans pour l'obtention des indemnités supplémentaires soit interrompue par une action pénale contre l'employeur. Elle prescrit par ailleurs la prise en charge par l'assurance maladie des honoraires du médecin-conseil et des frais d'expertise, sauf si la demande d'expertise est une demande abusive de la victime ;
- La loi n° 93-121 du 27 janvier 1993 donne à la victime le droit d'obtenir communication du rapport d'enquête établie par la caisse régionale d'assurance maladie ;
- Le décret du 27 avril 1999 permet aux victimes les plus gravement atteintes de recevoir leur rente mensuellement ;
- L'ordonnance de simplification n° 2004-329 du 15 avril 2004 a supprimé l'enquête légale pour les accidents mortels et ceux les plus lourds. Elle a aussi supprimé la condition de délai préalable imposé aux victimes pour demander la conversion d'une partie de leur rente en capital.

► De nouveaux tableaux de maladies professionnelles sont créés, notamment avec l'inscription de nouveaux cancers professionnels : cancers broncho-pulmonaires (1996), lombalgies (1999). Révision des tableaux pour l'amiante.

► Une incitation accrue à la prévention :

- La loi du 27 janvier 1987 crée les contrats de prévention, signés par les CRAM (Caisses régionales d'assurance maladie) avec des entreprises qui bénéficient d'avantages de la part de la caisse, transformées en subventions lorsque l'investissement de prévention est effectivement réalisé ;
- Le décret du 16 octobre 1995 abaisse les seuils de tarification des établissements aux taux mixtes ou réels.

Ces dispositions relatives à la tarification des cotisations d'accidents du travail en termes de prévention s'avèrent inefficaces (cf Rapport de la Cour des comptes, 2002).
Le plan santé-travail présenté en mars 2005 préconise l'engagement d'une réforme de cette tarification.

Les remises en causes

Comme le souligne le rapport de la Cour des comptes 2002, il est très difficile de suivre l'évolution des risques d'accidents du travail et surtout des maladies professionnelles, en raison de la défaillance des outils statistiques.

Si on s'en réfère aux statistiques de la Cnamts pour la période 1997-2002, la fréquence des accidents du travail diminue légèrement, mais la gravité des accidents s'intensifie. On observe une hausse du nombre d'accidents avec incapacité permanente, et une forte augmentation de la durée moyenne d'arrêt de travail, qui est passée de 25 jours en 1970 à 60 jours en 2003. Les décès lors d'un accident du trajet constituent en 2002 un peu moins de la moitié des accidents du travail mortels.

De 1988 à 2001, le nombre de maladies professionnelles reconnues passe de 6 000 à 40 000. La grande majorité d'entre-elles (85 %) relèvent de trois grandes catégories : les affections péri-articulaires (notamment syndrome du canal carpien), les pathologies induites par l'amiante, les lombalgies et dorsalgies.

Extrait de : La Sécurité sociale : son histoire à travers les âges. Paris : Comité d'histoire de la sécurité sociale, 2005.

► La prise en compte des maladies liées à l'amiante

- La loi de financement de la sécurité sociale pour 1999 prévoit la réouverture de la possibilité pour les victimes de l'amiante de déposer une demande de reconnaissance du caractère professionnel de leur maladie. D'abord prévue pour une durée de deux ans, la loi de financement de la sécurité sociale pour 2002 la prolonge sans limite dans le temps ;
- La loi de financement de la sécurité sociale pour 1999 crée le Fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante (FCAATA) ;
- La loi de financement de la sécurité sociale pour 2001 crée le Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA).

Les modalités d'ouverture de ces deux fonds aux malades de l'amiante sont progressivement étendues jusqu'en 2005. Parallèlement, la contribution de la branche accidents du travail et maladies professionnelles aux deux fonds augmentent très rapidement à compter de 1999.

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2005 crée une nouvelle contribution pour le financement de la FCAATA, à la charge de l'entreprise, due au titre de chaque salarié ou ancien salarié admis au bénéfice de l'allocation de cessation d'activité anticipée d'activité. Les modalités de versement de la contribution ont été fixées par le décret n° 2005-417 du 2 mai 2005.

► La mise en question du dispositif de réparation des accidents du travail

- Des possibilités accrues d'indemnisation en dehors de la branche AT - MP :

La montée des demandes de réparation liées à l'amiante remettent en cause de façon judiciaire et politique les conditions de répartition des accidents du travail et des maladies professionnelles. En effet, le principe de réparation repose sur un triptyque : principe de présomption, principe de l'immunité civile de l'employeur, principe de répartition forfaitaire. Ce dernier est tempéré par la possibilité d'obtenir une réparation complémentaire en cas de faute inexcusable.

Deux concepts s'imposent. Tout d'abord, la réparation des accidents du travail doit s'articuler avec l'affirmation parallèle du droit à la réparation intégrale : cas des accidents de voiture, qui représentent une part importante des accidents du travail et notamment des accidents mortels (Loi du 27 janvier 1993 et loi du 19 janvier 1994). Ensuite, la réparation des accidents de travail comme seule voie d'indemnisation est contestée. Suite à un arrêt de la Cour de cassation du 18 juin 1997, il est estimé que la réparation des accidents du travail et maladies professionnelles entre dans le champ des CIVI (Commission d'indemnisation des victimes d'infraction), qui accordent une réparation intégrale des préjudices. La création du FIVA répond à ce concept.

- Une redéfinition jurisprudentielle du régime de la faute inexcusable :

La loi n° 87-39 du 27 janvier 1987 supprime l'interdiction pour l'employeur de s'assurer contre sa propre faute inexcusable. La faute inexcusable reste alors une procédure rare, correspondant à une faute d'une particulière gravité de l'employeur, sanctionnée par le doublement du montant de la rente et une indemnisation complémentaire des préjudices extra patrimoniaux. La loi veut protéger notamment les petites entreprises contre un aléa peu fréquent mais qui peut remettre en cause la continuité de l'entreprise.

Dans ce contexte, des travaux sont engagés pour étudier une remise à plat des conditions d'indemnisation par la branche AT-MP (Gouvernement Aubry, 2001).

Ils donnent lieu à la publication de deux rapports : rapport Masse (2001) et Laroque (2004).

Le rapport Masse conclut à une évolution inéluctable vers un régime de réparation intégrale. Le rapport Laroque étudie les conditions et les conséquences pour la branche AT-MP de ce passage à un système de réparation intégrale. Il distingue l'indemnisation du préjudice physiologique et l'indemnisation du préjudice professionnel dans le cas de l'incapacité permanente. Il propose un système de réparation intégrale d'assurance sociale, permettant de concilier le maintien d'un système de présomption et une réparation améliorée et plus cohérente.

► La question de l'autonomie de la branche

- La loi du 25 juillet 1994 confirme l'autonomie de la branche et renforce la gestion séparée de la branche AT-MP, notamment sur le plan financier, en outre, elle confie à la Commission des AT-MP – désormais indépendante du Conseil d'administration de la Cnamts – la gestion des trois volets de l'assurance : prévention, tarification et réparation.
- La loi de financement de la sécurité sociale pour 1997 prévoit explicitement que la fixation des ressources de la branche par la Commission doit être cohérente avec l'équilibre financier de la sécurité sociale défini par les lois de financement.
- La loi de financement de la sécurité sociale pour 2005 renforce le principe d'autonomie en précisant que les taux de cotisation doivent être conformes aux

conditions générales de l'équilibre de la seule branche mais ces conditions continuent à être définies en loi de financement de la sécurité sociale.

- Dans la continuité de ces évolutions, l'Assurance Maladie - Risques Professionnels signe avec l'Etat sa première Convention d'objectifs et de gestion (COG) en 2005.
- [Une deuxième COG](#) est signée le 29 décembre 2008 pour 4 ans.
- La loi de réforme de l'assurance maladie du 13 août 2004 ne précise que peu de choses pour la branche AT-MP. Elle prévoit une concertation des partenaires sociaux pour définir, dans le délai d'un an, les perspectives d'évolution de la branche : gouvernance de la branche et évolution des conditions de prévention, de réparation et de tarification des accidents du travail et des maladies professionnelles.

Réforme de la tarification des AT-MP en 2010

Cette réforme est prévue dans la loi de financement Sécurité sociale 2010 :

Loi n° 2009-1646 du 24 décembre 2009, JO du 27/12/2009 et décision du Conseil constitutionnel n° 2009-596 du 22 décembre 2009.

En matière d'accidents du travail et de maladies professionnelles, la loi introduit une prévention des risques professionnels plus efficace, par l'instauration d'un système de bonus-malus, et donc ainsi davantage d'individualisation.

En janvier 2010, la Cnamts a mis en ligne un dossier présentant les grandes lignes de la future réforme. L'objectif est de rendre plus lisible et rapide la répercussion financière du coût des accidents et maladies professionnelles dans le calcul du taux de cotisation des entreprises. La révision du barème des tarifs moyens doit ainsi conduire à une tarification plus incitative et plus simple.

La réforme porte sur les trois types de tarification des AT-MP (collective, mixte et individuelle), sur une nouvelle imputation des sinistres sur le compte employeur selon un barème de coûts moyens, et sur la création d'un taux unique de cotisation pour les entreprises multi-établissements. Elle doit transposer dans la partie réglementaire du code de la sécurité sociale les mesures arrêtées par les partenaires sociaux lors de la commission des accidents et maladies professionnelles du 22 octobre 2009.

> Le [dossier de presse de la CNAMTS](#), 26 janvier 2010.

> [Projet de décret](#)

> Article de [Liaisons sociales Quotidien](#) (19 mars 2010)

La réforme est finalisée par le décret du 5 juillet 2010.

[Décret n° 2010-753 du 5 juillet 2010](#) fixant les règles de tarification des risques d'accidents du travail et de maladies professionnelles (Journal officiel du 7 juillet 2010). Ce décret fixe les nouvelles règles de tarification. Les seuils d'effectifs sont modifiés, la part individuelle du taux de cotisation est calculée sur la base de coûts moyens et les entreprises ayant plusieurs établissements disposent désormais de la possibilité de demander le calcul d'un seul taux de cotisation pour l'ensemble de leurs établissements ayant la même activité. Ces nouvelles règles concerneront, pour la première fois, les taux applicables en 2012.

> Voir le détail de la nouvelle réglementation sur le site [d'Ameli](#).

Autres décisions réglementaires :

Ordonnance n° 2010-18 du 7 janvier 2010 : Création de Agence nationale chargée de la sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (Anses), établissement public, qui fédère l'Agence française de sécurité sanitaire des aliments (Afssa) et l'Afsset.

Avenant n° 1 à la convention de partenariat conclue le 26 mars 2010 entre les ministres chargés de la Fonction publique et de la Sécurité sociale et le directeur général de la CNAMTS pour le contrôle, à titre expérimental, des arrêts maladie des fonctionnaires par les CPAM et les services du contrôle médical placés près d'elles (Journal officiel du 30 juin 2010). L'objet de cet avenant est notamment de préciser le champ de l'expérimentation en spécifiant l'intitulé des caisses primaires expérimentatrices.

Décision du Conseil constitutionnel n° 2010-8 QPC du 18 juin 2010 : Le Conseil constitutionnel reconnaît le droit à la réparation intégrale du préjudice en cas de faute inexcusable de l'employeur.

Le Conseil constitutionnel avait été saisi le 10 mai par la Cour de cassation d'une question prioritaire de constitutionnalité (QPC), posée par un couple dont la femme avait été victime d'un accident du travail l'ayant laissée tétraplégique, visant les dispositions du code de la sécurité sociale qui régissent le régime d'indemnisation des AT et MP. Dans une décision du 18 juin 2010 rendue publique sur son site, il a jugé conforme à la Constitution le régime de sécurité sociale mis en place par le législateur en matière d'accidents du travail et de maladies professionnelles, qui se "substitue partiellement à la responsabilité de l'employeur et réserve la possibilité d'agir contre ce dernier en cas de faute inexcusable ou intentionnelle". Les Sages ont toutefois émis une réserve relative à l'article du code de la sécurité sociale (L.452-3) qui restreint le droit à la réparation intégrale du préjudice en cas de faute inexcusable de l'employeur. "La loi a écarté certains préjudices de toute indemnisation. Or, dans un tel cas de faute inexcusable, et en l'absence de tout régime légal d'indemnisation, tout préjudice doit ouvrir droit à la victime d'en demander réparation à l'employeur", explique le Conseil constitutionnel. Il estime que ses dispositions ne pouvaient empêcher les victimes d'assigner leur employeur en réparation de l'ensemble des dommages non couverts par le livre IV du code de la sécurité sociale. Les juridictions de sécurité sociale devront vérifier, au cas par cas, si les préjudices subis par une victime sont ainsi réparés, explique le Conseil, qui souligne que cette réserve est "d'application immédiate à toutes les affaires non jugées définitivement" au 18 juin.

Dans un communiqué diffusé le 18 mai, la FNATH s'est félicitée de cette décision qualifiée d'"historique" pour les victimes et leurs familles. L'association des accidentés du travail attend "une réaction du gouvernement qui a opposé systématiquement une fin de non recevoir à toutes ses propositions d'amélioration de l'indemnisation des victimes du travail avec le plus grand cynisme" et appelle les parlementaires à présenter une proposition de loi visant à affirmer le principe de la réparation intégrale en cas de faute inexcusable de l'employeur. Elle veillera à l'application immédiate de ce nouveau principe à toutes les affaires non jugées définitivement à ce jour conformément à la décision du Conseil constitutionnel.

1^{er} juillet 2010 : les CRAM deviennent CARSAT

[La loi du 21 juillet 2009 "Hôpital, patients, santé et territoire"](#) a transféré la mission des CRAM en matière de politique sanitaire et médico-sociale aux Agences régionales de santé. Avec cette loi, les CRAM sont devenues les CARSAT, caisse d'assurance retraite et de la santé au travail. Elles continuent à instruire les demandes et assurer le paiement des retraites, à gérer le transfert des données sociales ainsi que la tarification et la prévention des risques professionnels. Elles poursuivent également leurs missions à destination des assurés en difficulté sociale provoquée par la maladie, le handicap ou le vieillissement grâce à l'action du Service social.

[Décret n° 2010-957 du 26 août 2010](#) : il précise les conditions et les délais permettant la mise en œuvre de la suspension des indemnités journalières par le service du contrôle médical sur la base d'une contre-visite chez un salarié effectuée à la demande de l'employeur. Ce texte vient en application de l'article 90 de la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2010 qui généralise une expérimentation menée dans plusieurs CPAM. Les nouvelles dispositions permettent la suspension des IJ par la caisse en cas d'absence de justification médicale d'un arrêt de travail établie par un médecin mandaté par l'employeur au titre de son pouvoir de contre-visite et au cas où un arrêt de travail serait prescrit dans les dix jours suivant une décision de suspension des IJ, dans l'attente d'un avis du service médical. Cette procédure concerne les salariés du régime général et du régime agricole.

Les AT-MP après 2010

Loi de financement de la Sécurité sociale pour 2011

[Loi n° 2010 du 24 décembre 2010](#), JO du 21/12/2010, [rectificatif](#) et [décision n° 2010-620 DC du Conseil constitutionnel](#)

[Extrait de : Liaisons sociales, n° 216, 8 novembre 2010]

Concernant la branche accidents du travail et maladies professionnelles (dont le retour à l'équilibre est prévu pour 2011 avec 100 millions d'€ d'excédents), la LFSS améliore l'indemnisation des victimes de l'amiante et prend en compte les nouvelles missions de la branche, comme la compensation de la pénibilité prévue par la loi portant réforme des retraites.

➤ Indemnisation des victimes de l'amiante (art 92)

Le régime d'indemnisation des victimes de l'amiante, issu de la LFSS pour 2001, est modifié pour préciser les règles de prescription applicables aux actions en indemnisation menées par les victimes devant le Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (Fiva). Jusqu'à présent, dans le silence de la loi, ces règles étaient déterminées par le conseil d'administration du Fonds, qui considérait que la prescription quadriennale des créances publiques s'applique aux actions en indemnisation. Le point de départ de la prescription était en outre entendu de manière différente selon les pathologies. Mais la Cour de cassation a remis en cause les pratiques du Fiva, estimant que « la prescription quadriennale applicable à la demande d'indemnisation ne peut commencer à courir tant que la consolidation du dommage n'a pas été constatée ». Les pathologies liées à l'amiante étant par nature évolutive, la position de la Cour de cassation était très favorable aux victimes.

Pour pallier ces difficultés d'interprétation, la LFSS pour 2011 introduit des règles précises de prescription des demandes d'indemnisation. Les droits à l'indemnisation des préjudices se prescrivent désormais par dix ans à compter de la date du premier certificat médical établissant le lien entre la maladie et l'exposition à l'amiante. Toutefois, le délai de prescription court : – pour l'indemnisation des préjudices résultant de l'aggravation d'une maladie dont un certificat médical a déjà établi le lien avec l'exposition à l'amiante, à compter de la date du premier certificat médical constatant ladite aggravation ; – pour l'indemnisation des ayants droit d'une personne décédée en raison de l'exposition à l'amiante, à compter de la date du premier certificat médical établissant le lien entre le décès et cette exposition. Le délai de prescription de dix ans s'applique immédiatement en tenant compte du délai écoulé depuis l'établissement du premier certificat médical. Toutefois, les certificats médicaux établis avant le 1er janvier 2004 sont réputés l'avoir été à cette date pour permettre aux victimes d'agir. Par ailleurs, le texte précise que, dans le délai de trois ans à compter du 1er janvier 2011, les auteurs d'une demande d'indemnisation rejetée avant l'entrée en vigueur de la LFSS pour 2011, au motif que les droits étaient prescrits, ou leurs ayants droit peuvent demander au Fiva de se prononcer à nouveau sur la demande, à condition qu'ils se désistent, le cas échéant, de leur action en cours à l'encontre de la décision de rejet. Le Fiva a l'obligation d'informer les auteurs de demandes d'indemnisation des droits dont ils bénéficient et notamment du délai de prescription. Le Fiva s'est engagé à contacter directement les personnes pour lesquelles une demande d'indemnisation a été rejetée au cours des années 2008, 2009 et 2010.

➤ Reconnaissance de la faute inexcusable de l'employeur

En l'état actuel du droit, la reconnaissance d'une faute inexcusable de l'employeur permet à la victime ou à ses ayants droit de percevoir des indemnités majorées. Par ailleurs, l'action devant le Fiva permet une réparation intégrale du préjudice. Lorsque la victime accepte l'offre d'indemnisation que lui fait le Fiva, ce dernier est subrogé dans les droits de la victime et peut engager une procédure en reconnaissance de la faute inexcusable de l'employeur devant le Tass. Si le tribunal reconnaît la faute inexcusable, la victime a droit à une rente majorée. Les conséquences de l'action en reconnaissance de la faute inexcusable de l'employeur à laquelle le Fiva est partie étaient ambiguës. Pour y remédier, la loi de financement de la sécurité sociale pour 2011 réécrit l'article 53 de la loi du 23 décembre 2000, pour préciser que « la reconnaissance de la faute inexcusable de l'employeur, à l'occasion de l'action à laquelle le Fonds est partie, ouvre droit à la majoration des indemnités versées à la victime ou à ses ayants droit en application de la législation de sécurité sociale. L'indemnisation à la charge du fonds est alors révisée en conséquence ».

➤ Politique de prévention

- Conventions de partenariat avec les Services de santé au travail (art. 95 de la loi)

Faisant suite à la convention d'objectifs et de gestion pour la branche AT-MP signée pour la période 2009-2012, la loi autorise la conclusion de conventions de partenariat entre les SST (services de santé au travail) interentreprises et les services de prévention des risques professionnels des caisses de Sécurité sociale. L'objet de ces conventions est de fixer les modalités d'actions conjointes ou complémentaires conduites par ces partenaires. À cet effet, ces services échangent toutes informations utiles au succès de ces actions de prévention, à l'exclusion des informations personnelles relatives aux salariés, venues à la connaissance des médecins du travail (CSS, art. L. 422-6 nouveau).

➤ Prévention des AT-MP dans le régime agricole (art. 96 de la loi)

- La LFSS pour 2011 instaure un système de « bonus-malus » en matière de prévention des AT-MP dans le régime agricole, sur le modèle de celui institué pour le régime général par la LFSS pour 2010.
- La loi prévoit une nouvelle possibilité d'imposer aux entreprises agricoles une cotisation supplémentaire lorsque l'exploitation présente des risques exceptionnels, sans recourir à la procédure de l'injonction préalable, en cas de répétition dans un établissement de certaines situations particulièrement graves de risque exceptionnel (qui seront définies par arrêté) ayant déjà donné lieu à une première injonction (C. rur., art. L. 751-49 modifié). Un arrêté déterminera le taux, la durée et le montant forfaitaire minimal de ces cotisations supplémentaires.
- Pour inciter les entreprises agricoles à améliorer la protection des salariés, les caisses seront autorisées à accorder, dans des conditions fixées par voie réglementaire, des subventions directes. Pourront se voir accorder ces aides les entreprises éligibles aux programmes de prévention nationaux définis par la CCMSA, après avis des comités techniques nationaux. L'aide ne pourra être accordée que si le CHSCT, ou à défaut, les délégués du personnel, ont été informés des mesures de prévention préalablement à leur mise en oeuvre (C. rur., art. L. 751-49 modifié).

➤ Dotation retraite (art 98, 100 et 101)

La loi portant réforme des retraites du 9 novembre 2010 a confié à la branche AT-MP :

- la mission de compenser la « pénibilité au travail ». Le montant de la dotation 2011 de la branche au Fonds national de soutien relatif à la pénibilité est fixé à 10 millions d'€ ;
- la mission de financer la retraite anticipée pour « pénibilité ». La dotation à ce titre est fixée à 35 millions d'€.

En outre, le coût des départs anticipés à la retraite des travailleurs de l'amiante sera supporté par le fonds amiante (Fcaata), qui devra verser aux régimes obligatoires de retraite de base les sommes correspondant aux dépenses supplémentaires engendrées par ces départs.

Organisation et modalités de la prise en charge

Organismes compétents

[La Cnamts \(Direction des risques professionnels\)](#) est chargée de gérer le Fonds propre au risque AT-MP et de maintenir l'équilibre financier de la Branche. Elle définit la politique de prévention de celle-ci, gère le Fonds national de prévention et coordonne les activités des Caisses régionales (CRAM et CARSAT créées en juillet 2010), des Caisses générales de sécurité sociale, de l'Institut national de recherche et de sécurité (Inrs) et d'Eurogip.

En matière d'assurance, elle suit les questions relatives à la réglementation de la tarification et de l'indemnisation des victimes et, à ce titre, coordonne l'activité des Caisses primaires d'assurance maladie (Cpam). Enfin, elle collecte, exploite et diffuse les statistiques AT-MP au niveau national.

La Cnants est un établissement public mais les Cram, Cpm et Cgss sont des organismes de droit privé exerçant une mission de service public. Les services Prévention et tarification des seize Cram pour la Métropole et des quatre CGHSS situées dans les départements d'Outre-Mer calculent les taux de cotisation qui seront notifiés aux établissements des entreprises de leur circonscription à partir des informations reçues des CPAM. En outre, ils sont chargés de développer auprès des entreprises de leur région la prévention des risques professionnels qui allie conseil, formation et contrôle.

Les CPAM (ainsi que les CGSS dans les DOM) sont chargées de l'immatriculation et de l'affiliation des salariés. Elles reçoivent les déclarations d'AT-MP, les instruisent, déclenchent les enquêtes nécessaires et décident de la prise en charge ou du rejet. La CPAM verse les indemnités journalières à la victime et les prestations en nature directement aux médecins, auxiliaires médicaux, établissements de soins et fournisseurs divers. Elle prend en charge la réadaptation fonctionnelle et la rééducation professionnelle. Elle instruit les dossiers d'incapacité permanente, liquide l'indemnité en capital ainsi que la rente et procède à son paiement. S'il y a lieu, elle instruit les dossiers de faute intentionnelle et inexcusable et exerce les recours contre le tiers responsable.

Le Ministère chargé de la Sécurité sociale, qui élabore les textes réglementaires, exerce une tutelle sur les organismes de gestion. Il contrôle ainsi l'exécution des lois et la gestion des risques par l'intermédiaire de la Direction de la sécurité sociale au niveau national et des DRASS au niveau régional.

Parallèlement au régime général, des régimes spéciaux (mines, marins, SNCF, RATP...) et des régimes particuliers (fonctionnaires, agents des collectivités locales, EDF...) gèrent eux-mêmes partiellement ou totalement le risque AT-MP. Et depuis les lois du 25 octobre 1972 et du 30 novembre 2001, le régime agricole protège les salariés et les non salariés de l'agriculture contre les risques professionnels.

Enfin, certaines entreprises importantes ont été autorisées, dès l'origine du système, à gérer elles-mêmes le risque.

► [Pour en savoir plus sur l'organisation, voir sur Ameli](#)

Personnes assurées dans le cadre du régime général

La législation relative aux AT-MP s'applique à toute personne salariée ou travaillant à quelque titre ou en quelque lieu que ce soit, pour un ou plusieurs employeurs ou chefs d'entreprise.

Elle s'applique également à d'autres catégories de personnes assimilées à des salariés : chauffeurs de taxi, journalistes professionnels ; travailleurs à domicile, artistes... ainsi qu'à certaines catégories particulières : membres bénévoles des organismes sociaux, élèves et étudiants de l'enseignement technique, autres élèves et étudiants effectuant des travaux pratiques ou un stage, détenus ou condamnés occupés à un travail d'intérêt public.

Les personnes ne bénéficiant pas d'une couverture obligatoire peuvent s'affilier volontairement.

► [Pour consulter la liste des personnes couvertes, voir sur Ameli](#)

Risques couverts

Selon le Code de la Sécurité sociale, l'accident du travail est un accident survenu par le fait ou à l'occasion du travail, quelle qu'en soit la cause. Cette définition très générale a donné lieu à une jurisprudence abondante pour préciser les éléments constitutifs d'un tel accident :

- l'accident du travail, qui correspond à un événement générateur d'atteinte à la santé intervenu soudainement dans le cadre du travail,
- l'accident de trajet, qui survient lors du trajet entre le lieu de travail du salarié et son domicile ou son lieu habituel de repas,
- la maladie professionnelle déclenchée par une situation pathogène durable ou répétée (ambiance de travail, contact avec des agents pathogènes, postures de travail, etc.).

► [Pour consulter la liste des risques indemnisés, voir sur Ameli](#)

Les formalités à accomplir que ce soit dans le cas d'un accident de travail, d'un accident de trajet ou d'une maladie professionnelle impliquent le salarié qui en est victime, mais également son employeur, le médecin traitant et la caisse d'Assurance Maladie.

La maladie professionnelle implique davantage encore la victime dans les formalités qui doivent être accomplies. Le caractère particulier de l'affection entraîne également de la part de l'employeur et du médecin des obligations spécifiques de déclaration en vue de l'amélioration de la prévention et d'une meilleure connaissance de la pathologie professionnelle.

► [Pour la déclaration des accidents du travail, voir sur Ameli](#)

Prestations servies (Indemnités journalières...)

La législation sur les accidents du travail et les maladies professionnelles (AT - MP) n'indemnise que les dommages corporels et la perte de gain causée par l'accident ou la maladie.

► La prise en charge des soins

La législation AT-MP restitue, dans toute la mesure du possible, à la victime sa capacité de travail par la couverture des soins, la fourniture de l'appareillage, la prise en charge de la réadaptation fonctionnelle et de la rééducation professionnelle. L'assuré est libre de choisir le médecin ou l'établissement de son choix.

> [consulter l'article "Prise en charge des soins"](#) (Source Ameli – Assurés – Droits et démarches)

En cas d'incapacité temporaire

La législation a pour objet d'atténuer les effets de l'interruption temporaire de travail par l'octroi d'indemnités journalières calculées sur une base différente de celle de l'assurance maladie.

> [consulter l'article "Indemnités journalières"](#) (Source Ameli – Assurés – Droits et démarches)

Indemnités journalières pendant l'arrêt de travail

Premier cas : le caractère professionnel de votre accident du travail est reconnu par l'Assurance maladie

En cas d'arrêt de travail médicalement constaté dû à un accident du travail et pour compenser votre perte de salaire, vous pouvez percevoir des indemnités journalières.

Votre employeur doit pour cela remplir le formulaire n° S6202 « Attestation de salaire - accident du travail ou maladie professionnelle » qui permettra à votre caisse d'Assurance Maladie de calculer, puis de vous verser des indemnités journalières pendant votre arrêt de travail.

Cette attestation de salaire peut être effectuée en ligne sur www.net-entreprise.fr.

Montant des indemnités journalières

Si vous êtes salarié mensualisé, l'indemnité journalière est calculée à partir du salaire brut du mois précédant votre arrêt de travail. Ce salaire, divisé par 30,42, détermine votre **salaire journalier de base**, pris en compte dans la limite de 0,834 % du plafond annuel de la sécurité sociale, soit 294,83 € au 1^{er} janvier 2011.

Le montant de vos indemnités journalières évolue dans le temps :

- **Pendant les 28 premiers jours suivant l'arrêt de votre travail** : l'indemnité journalière est égale à 60 % de votre salaire journalier de base, avec un montant maximum plafonné à 176,90 € (au 1^{er} janvier 2011).
- **À partir du 29^e jour d'arrêt de travail** : l'indemnité journalière est majorée et portée à 80 % de votre salaire journalier de base, avec un montant maximum plafonné à 235,86 € (au 1^{er} janvier 2011).
- **Au-delà de trois mois d'arrêt de travail** : votre indemnité journalière peut être revalorisée en cas d'augmentation générale des salaires après l'accident. Pour plus de détails, consultez votre caisse d'Assurance Maladie.

À noter :

Le montant de vos indemnités journalières ne peut être supérieur à votre salaire journalier net.

Consulter votre convention collective pour connaître les conditions du maintien de salaire pendant votre arrêt de travail

Versement des indemnités journalières

Les indemnités journalières vous seront versées tous les 14 jours, sans délai de carence, à partir du lendemain du jour de l'accident de travail (le salaire du jour de l'accident de travail étant entièrement à la charge de l'employeur) et pendant toute la durée de l'arrêt de travail jusqu'à la date de votre consolidation ou guérison.

Prélèvements sociaux, impôts, retraite

Le montant de l'indemnité journalière est réduit de 0,5 % au titre de la contribution au remboursement de la dette sociale (CRDS) et de 6,2 % au titre de la contribution sociale généralisée (CSG).

À partir du 1^{er} janvier 2010, les indemnités journalières perçues au titre d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle sont soumises à l'impôt sur le revenu pour 50 % de leur montant (à déclarer en 2011).

Les décomptes d'indemnités journalières valident vos droits à la retraite. Conservez-les sans limitation de durée, comme vos bulletins de salaire.

Indemnités journalières pendant l'arrêt de travail

Deuxième cas : le caractère professionnel de votre accident du travail n'est pas reconnu par l'Assurance Maladie

Les indemnités journalières vous seront alors versées au titre de l'assurance maladie et seront calculées comme suit.

Salarié : vos indemnités journalières

Sous certaines conditions et après un délai de carence de trois jours, vous pouvez percevoir des indemnités journalières. Elles sont versées par l'Assurance Maladie pour compenser la perte de salaire pendant votre arrêt de travail. Calculées sur la base de vos salaires bruts des trois ou douze mois précédant votre arrêt, elles vous sont versées tous les quatorze jours.

Qui est indemnisé ?

Si vous êtes salarié, vous percevez des indemnités journalières sous réserve de remplir les conditions d'ouverture des droits, qui varient **en fonction de la durée de votre arrêt de travail et de votre situation.**

Si votre arrêt de travail est inférieur à 6 mois :

Vous devez avoir travaillé au moins 200 heures au cours des trois mois précédant l'arrêt de travail.

Ou avoir cotisé sur un autre salaire au moins égal à 1 015 fois le montant du SMIC horaire au cours des six mois précédant l'arrêt.

Si la durée de l'arrêt de travail est supérieure à 6 mois, vous êtes en arrêt de longue durée :

vous devez, à la date de votre arrêt de travail, justifier de douze mois d'immatriculation en tant qu'assuré social auprès de l'Assurance Maladie, **et** avoir travaillé au moins 800 heures au cours des douze derniers mois, dont 200 heures durant les trois premiers mois, **ou** avoir cotisé sur un salaire au moins égal à 2 030 fois le montant du SMIC horaire au cours des douze mois précédant l'arrêt de travail, dont au moins 1 015 fois le montant du SMIC horaire au cours des six premiers mois.

Cas particulier : vous exercez une profession à caractère saisonnier ou discontinu

Vous exercez une profession à caractère saisonnier ou discontinu et vous ne remplissez pas les conditions de montant de cotisations ou de durée de travail prévues dans le cas général indiqué ci-dessus : vous devez avoir travaillé au moins 800 heures au cours des douze mois civils ou des 365 jours consécutifs précédant l'arrêt, **ou** avoir cotisé sur un salaire au moins égal à 2 030 fois le montant du SMIC horaire au cours des douze mois civils précédant l'arrêt de travail.

Si la durée de l'arrêt est supérieure à 6 mois, vous devez également justifier de douze mois d'immatriculation en tant qu'assuré social auprès de l'Assurance Maladie.

À noter : vous pouvez bénéficier d'un nombre maximum d'indemnités journalières, sur une période maximale de trois ans, calculée différemment selon que les indemnités journalières concernent ou non une affection de longue durée exonérante. Renseignez-vous auprès de votre caisse d'Assurance Maladie.

Montant de vos indemnités journalières

L'indemnité journalière que vous recevrez pendant votre arrêt de travail est égale à **50 % de votre salaire journalier de base.** Celui-ci est calculé sur **la moyenne des salaires des trois derniers mois travaillés** précédant votre arrêt de travail, plafonnée à 2 946 euros (montant du plafond mensuel de la sécurité sociale au 1^{er} janvier 2011).

Ce sont vos salaires soumis à cotisations (ou salaires bruts).

Si vous êtes salarié intérimaire ou saisonnier, le montant de votre indemnité journalière sera calculé sur la moyenne des salaires des douze mois précédant votre arrêt, toujours dans la limite du plafond mensuel de la sécurité sociale.

Par exemple : sur la base d'un salaire journalier de 75 euros, votre indemnité journalière sera de 37,50 euros par jour.

Si vous avez au moins trois enfants à charge

Votre indemnité journalière est majorée à partir du 31^e jour d'arrêt de travail continu. Elle est alors égale à 66,66 % du salaire journalier de base.

Par exemple : sur la base d'un salaire journalier de 75 euros, votre indemnité journalière sera de 50 euros.

-
-

En cas d'augmentation générale des salaires durant votre arrêt de travail, et si celui-ci se prolonge au-delà de trois mois, votre indemnité journalière pourra être revalorisée. Pour plus de détails, contactez votre caisse d'Assurance Maladie.

À noter : votre entreprise a peut-être signé une convention collective qui assure le maintien de votre salaire intégral ou partiel pendant votre arrêt de travail pour maladie.

Un délai de carence de trois jours

Pendant les trois premiers jours de votre arrêt de travail, les indemnités journalières ne sont pas versées, c'est ce que l'on appelle **le délai de carence**.

En principe, le délai de carence s'applique au début de chaque arrêt de travail.

Ce délai de carence remonte à [l'une des ordonnances fondatrices de la Sécurité sociale du 19 octobre 1945](#) (article 26).

Exceptions

Le délai de carence ne s'applique pas lors d'un arrêt de travail dans les cas suivants : la reprise d'activité entre deux prescriptions d'arrêt de travail ne dépasse pas 48 heures ; si vous êtes en affection de longue durée et que vos arrêts de travail sont en rapport avec cette maladie, le délai de carence n'est retenu que pour le premier arrêt de travail.

À noter : si votre entreprise prévoit le maintien de salaire en cas d'arrêt de travail, votre employeur peut demander la subrogation. Dans ce cas, c'est lui qui percevra les indemnités journalières versées par votre caisse d'Assurance Maladie.

Des indemnités journalières soumises aux prélèvements sociaux et à l'impôt sur le revenu

Votre caisse d'Assurance Maladie vous verse vos indemnités journalières tous les quatorze jours. Elle vous adresse en même temps un relevé.

Les indemnités journalières sont soumises aux prélèvements sociaux : 0,5 % au titre de la contribution au remboursement de la dette sociale (CRDS) ; 6,2 % au titre de la contribution sociale généralisée (CSG).

Les indemnités journalières sont soumises à l'impôt sur le revenu, sauf si elles sont en lien avec une affection de longue durée (ALD).

Si vous avez perçu des indemnités journalières au cours de l'année, votre caisse d'Assurance Maladie vous envoie une attestation fiscale pour vous aider à remplir votre déclaration de revenus.

Vous devez aussi déclarer vos indemnités journalières à votre caisse d'allocations familiales (CAF) ou à tout autre organisme vous versant des prestations familiales sur critères de revenus ou de ressources.

À noter : conservez vos relevés d'indemnités journalières sans limitation de durée comme vos bulletins de salaire : ils valident également vos droits à la retraite.

► En cas d'incapacité permanente

Elle procure une certaine compensation aux diminutions de capacité physique et professionnelle pouvant résulter de l'accident ou de la maladie par l'octroi d'une rente d'incapacité permanente.

[> consulter l'article "Incapacité permanente"](#) (Source Ameli – Assurés – Droits et démarches)

► En cas de décès de la victime

Elle fournit, en cas de décès de la victime, une aide financière à ceux qui étaient à sa charge (conjoint, enfants, ascendants) par l'attribution de rentes d'ayants droit.

[> consulter l'article "Rentés d'ayants droit"](#) (Source Ameli – Assurés – Droits et démarches)

► L'allocation amiante :

Les salariés ou anciens salariés d'établissements appartenant à des secteurs d'activité dans lesquels l'amiante a été utilisée, ou ceux reconnus atteints d'une maladie professionnelle causée par l'amiante, peuvent bénéficier quant à eux de l'allocation de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante (A.T.A.), qui est une allocation de préretraite.

Financement de l'assurance

L'assurance AT-MP est à la charge des employeurs. Il s'agit d'un système de répartition. Les barèmes de cotisation sont révisés chaque année pour tenir compte des résultats statistiques les plus récents et pour assurer l'équilibre financier provisionnel de la Branche AT-MP.

Le taux de cotisation, fixé par la CRAM de la circonscription de l'établissement, varie en fonction de l'effectif de l'entreprise.

Il existe trois types de taux : taux collectif, taux réel et taux mixte.

Depuis la réforme de 2010, ils s'établissent de la manière suivante (hors Bâtiment et travaux publics et région Alsace-Moselle) :

- Taux collectif : effectif de 1 à 9 salariés
- Taux mixte : effectif compris entre 10 et 199 salariés
- Taux individuel : effectif de plus de 200 salariés.

2,1% est le taux moyen de cotisation annuelle sur sa masse salariale qu'un établissement verse pour assurer ses salariés vis-à-vis des accidents du travail et des maladies professionnelles.

Ce nouveau système permet d'être au plus près de la réalité de l'entreprise dans la fréquence et la gravité de ses sinistres. Ainsi, ses efforts en matière de prévention pour la santé et la sécurité des salariés sont plus rapidement pris en compte.

[> consulter l'article "Tarification"](#)(Source Ameli – Risques professionnels)

Assurance et prévention

La prévention est, avec la réparation, la mission essentielle de la Sécurité sociale. Dès 1946, elle a été placée au cœur du dispositif, non seulement pour des raisons éthiques (la Sécurité sociale se doit de participer à la préservation de l'intégrité physique des salariés), mais aussi économiques (grâce à une prévention efficace, les charges de la Branche diminuent).

Le législateur a défini les actions de prévention susceptibles d'être réalisées par les réseaux CRAM-CARSAT et les CGSS (Caisses générales de sécurité sociale) : information, formation, conseil, études et recherches, contrôles des entreprises. Il a également prévu les moyens humains, juridiques et financiers, sur lesquelles elles pourraient s'appuyer pour réaliser leurs missions : corps d'ingénieurs et techniciens issus du milieu industriel, droit d'entrer dans les entreprises, pouvoir d'injonction aux chefs d'entreprise, élaboration de textes préconisant des mesures de prévention, incitations financières...

La Direction des risques professionnels de la Cnamts met en œuvre la politique de prévention arrêtée par les partenaires sociaux au sein de la Commission des accidents du

travail et des maladies professionnelles à travers notamment les actions financées par le Fonds national de prévention.

Au sein de la Sécurité sociale, l'INRS (Institut national de recherche et de sécurité) œuvre également pour la prévention des risques professionnels.

Eurogip, constitué sous la forme d'un groupement d'intérêt public, a pour mission de travailler sur les aspects européens des risques professionnels.

[> consulter l'article "Prévention"](#) (Source Ameli – Risques professionnels)

La médecine du travail

L'Ancien Régime

1566 : La notion d'indemnisation des maladies professionnelles est mentionnée pour la première fois sous Charles IX, mais elle supposait une action en justice du salarié contre l'employeur.

1604 : Arrêt d'Henri IV sur les Mines

« A l'ouverture de chaque Mine, prévoir un trentième de la recette pour le secours des mineurs : maladie, décès, culte religieux...

XVIIe : Colbert institue une sorte de médecine du travail gratuite pour les ouvriers des manufactures de la Marine.

1681 : Vauban interdit le travail le dimanche.

XVIIIe : la manufacture de Saint-Gobains offre une assistance médicale gratuite à ses salariés.

17 juin 1791 : La loi Le Chapelier interdit les corporations de l'Ancien régime ainsi que toute association de travailleurs (syndicats ou mutuelles) pour favoriser la libre entreprise.

XIXe siècle

Le XIXe siècle est marqué par le développement de l'hygiénisme industriel et la revendication d'une meilleure protection de l'intégrité et de la santé des travailleurs.

Le recours à des médecins d'entreprise et à des visites d'embauche s'instaure très rapidement dans les mines et les carrières.

En 1810, un premier décret impose au patronat de payer les frais médicaux des ouvriers blessés lors des accidents du travail.

1812 : un projet de règlement prévoit un chirurgien par exploitation minière.

Ce projet est repris par le décret du 3 janvier 1813 contenant des dispositions de police relatives à l'exploitation des Mines.

Les propriétaires des mines engagent alors les premiers médecins d'entreprise et ouvrent même des hôpitaux spécialisés. Concentrés au départ uniquement sur les accidents du travail, ces services vont s'occuper ensuite de l'état de santé général des mineurs et de leur famille.

Un autre décret de la même année met en place une inspection et un contrôle des établissements industriels insalubres, incommodes ou dangereux.

Le véritable pionnier de la médecine au travail est Louis René de Villermé, médecin et sociologue français, ancien chirurgien de l'armée française, puis de la Grande Armée. Il abandonne la médecine en 1818 pour se consacrer aux inégalités sociales.

Le XIXe siècle est marqué par le développement de l'hygiénisme industriel et la revendication d'une meilleure protection de l'intégrité et de la santé des travailleurs.

Des enfants de 5 ans travaillent couramment 15 à 16 heures par jour à dévider les trames dans les filatures. Après la révolte des Canuts à Lyon en novembre 1831 (première insurrection sociale de l'ère industrielle), le gouvernement charge Villermé d'un rapport sur l'état de santé des ouvriers des manufactures.

1840 : Parution de son « Tableau de l'état physique et moral des ouvriers employés dans les manufactures de coton, de laine et de soie ».

Ce travail est à l'origine de la loi sur le travail des enfants.

22 mars 1841 : La loi Cunin-Gidraîne limite l'âge d'admission dans les entreprises à 8 ans, mais uniquement dans les entreprises de plus de 20 salariés et interdit le travail de nuit pour les enfants de moins de 12 ans.

La loi du 9 avril 1898, qui organise la réparation des accidents du travail, en a constitué une étape importante. Afin de pallier la responsabilité encourue par les employeurs, des sociétés d'assurance privées encouragent et aident financièrement les employeurs à créer des dispensaires, centres d'urgences et de petits soins médicaux et chirurgicaux. L'organisation de services médicaux dans les entreprises est alors assez mal accueillie par le milieu ouvrier qui se méfie des initiatives prises par le patronat. En effet, les ouvriers redoutent une sélection de la main d'œuvre par le médecin. Cette suspicion à l'égard d'un médecin choisi et rémunéré par l'employeur trouve encore un écho aujourd'hui, tant auprès des salariés et de leurs représentants que des médecins libéraux.

Création de la médecine du travail

La première guerre mondiale accélère le mouvement : les médecins d'usine prennent une place croissante pour faire face aux impératifs de la production de guerre et gérer les conséquences d'une main d'œuvre improvisé, notamment féminine, puis diminuée quantitativement et qualitativement (blessés et mutilés de guerre). Ces médecins d'usine sont les précurseurs des médecins du travail, y compris dans la tension potentielle que crée leur double mission de conseiller de l'employeur et du salarié.

1915 : Albert Thomas crée au Ministère de l'armement une inspection médicale des usines de guerre, dont la direction est confiée à Etienne Martin, professeur de médecine légale à la faculté de médecine de Lyon.

Les origines de la médecine du travail en France sont donc liées à la médecine légale, les médecins légistes étant formés en toxicologie et jouant un rôle d'expert auprès des tribunaux et non aux chaires d'hygiène comme dans d'autres pays.

L'entre deux guerres conduit au développement d'une science de la pathologie professionnelle et de la physiologie au travail qui insiste sur la pertinence d'une médecine du travail préventive. Les travaux développés soulignent la nécessité d'associer visite d'embauche, visite d'aptitude, visite de détection de maladie professionnelle, connaissance de l'usine, alors que les conditions de travail restent difficiles.

Entre 1923 et 1930 : De services médicaux se développent dans certaines entreprises comme la société d'éclairage, chauffage et force motrice de Gennevilliers, avec le docteur René Barthe.

Les premiers enseignements spécialisés en toxicologie industrielle et physiologie du travail sont créés au conservatoire national des arts et métiers, ainsi que les premiers instituts universitaires de médecine du travail (Lyon en 1930, Paris en 1933, Lille en 1935).

1933 : Création d'un diplôme d'hygiène industrielle et de médecine du travail.

1934 : Le contrôle médical est rendu obligatoire à certaines catégories de travailleurs en situation de risque particulière, à l'embauche et périodiquement.

7 juillet 1937 : Création d'un corps de médecins conseils de l'inspection du travail afin d'aider les inspecteurs du travail à appliquer les dispositions réglementaires à caractère médical.

9 juin 1940 : Une circulaire définit les instructions pour l'établissement de services médico-sociaux dans les établissements visés par le Code du travail, notamment les usines liées à la défense nationale où les conditions de travail se durcissent : instauration de la semaine de 60 heures, par exemple. Ce texte est repris par la loi du 28 juillet 1942.

31 octobre 1940 : L'Association nationale de médecine du travail (ANMT) est créée. Elle est remplacée, en 1941, par la Fondation française pour l'étude des problèmes humains, dirigée par le médecin eugéniste Alexis Carrel dont un des objectifs est de « tirer des salariés un maximum de rendement pour un minimum d'usure ».

Loi du 28 juillet 1942 : Le régime de Vichy instaure l'obligation de la médecine du travail dans les entreprises de plus de 50 salariés.

Le médecin d'usine est chargé d'examiner régulièrement les salariés exposés aux risques professionnels, de réaliser un examen d'embauche, de dépister les maladies contagieuses (notamment, la tuberculose) et de contrôler les installations et les procédés de fabrication. Recherchant des réserves de main d'œuvre, le médecin doit recenser les aptitudes professionnelles des chômeurs. Durant le Régime de Vichy, 68 000 chômeurs déclarés aptes sont affectés dans différents chantiers. Les 15 000 qui refusent de s'y rendre perdent leurs indemnités pour « insoumission au travail ».

Cette loi a surtout pour objectif de créer le Service du travail obligatoire (STO).

Loi du 11 octobre 1946 : elle institue la médecine du travail pour les entreprises de secteur privé.

Un des principaux artisans de cette loi est le professeur Desoille, médecin inspecteur général du travail.

Cette loi, qui reprend les principes de la loi de 1942 instituant l'obligation de la médecine du travail dans les entreprises, met ainsi en place une organisation originale fondée sur l'universalité, la gestion patronale contrôlée, la spécialisation et l'indépendance des médecins et l'orientation exclusivement préventive de leurs actions.

- La médecine du travail est obligatoire – certains secteurs professionnels étant dotés d'un régime spécial (agriculture, mines et carrières, fonction publique d'Etat, territoriale et hospitalière) ;
- Cette obligation qui pèse sur tous les employeurs quelle que soit la taille de l'entreprise se traduit par un taux de couverture médicale sans précédent dans le monde ;

- Le financement et l'organisation des services de médecine par les employeurs, sous contrôle de salariés et de l'Etat – qui délivre un agrément aux services médicaux – distinguent également le modèle français des autres (financés souvent sur fonds publics) ;
- La médecine du travail est orientée vers un mode d'exercice où prédomine une approche clinique individuelle de la santé au travail, centrée autour de la visite d'aptitude. Elle s'occupe principalement de prévention tertiaire : dépistage des affections professionnelles invalidantes comme la silicose et le saturnisme.

Loi du 26 décembre 1966 : elle étend la médecine du travail à tous les salariés du secteur agricole et aux exploitants volontaires.

L'obligation de la médecine du travail a progressivement été étendue à d'autres secteurs d'activité : la fonction publique d'Etat : la médecine de prévention ; la fonction publique hospitalière : la médecine hospitalière du travail ; la fonction publique territoriale : la médecine professionnelle et de prévention ; le monde du spectacle ;

13 juin 1969 : Un décret instaure le principe du tiers-temps, qui vise à réserver une partie du temps médical à l'action en milieu ouvert, de façon à mieux prendre en compte les caractéristiques du poste de travail dans la décision d'aptitude. Cette évolution réglementaire, peu appliquée dans les faits, ne remet pas fondamentalement en cause une pratique structurée autour de la délivrance du certificat d'aptitude ou de l'avis d'inaptitude à laquelle doit conduire la visite médicale. Ce décret est remplacé par celui du 20 mars 1979, qui renforce l'action en milieu du travail, avant celui du 28 juillet 2004.

La médecine du travail va ainsi devenir un outil de réparation individuelle plutôt que de prévention collective, et sa fonction préventive se voir conférer en valeur prédictive.

Crise de la médecine du travail

A partir des années soixante-dix, la médecine du travail est soumise à des critiques, tant du côté des salariés que dans ses propres rangs (Cf Rapport annuel Igas, 1970). Son efficacité ne semble pas suffisante, à savoir l'adaptation des postes de travail trop souvent négligée.

20 mars 1979 : Un décret revalorise le tiers temps et renforce le contrôle administratif sur les services de la médecine du travail.

Fin des années quatre-vingt dix, une remise en cause fondamentale du système de protection de la santé au travail s'amorce, ainsi que des carences graves du modèle de prévention des risques professionnels, en raison de multiple facteurs :

- Forte augmentation des maladies professionnelles, avec sous déclaration des maladies professionnelles et sous-reconnaissance des maladies déclarées ;
- Désaffection pour le métier de médecin du travail ;
- Malaise grandissant par rapport à la procédure d'aptitude (décret n° 77-949 du 17 septembre 1977 relatif à l'exposition à l'amiante, décret du 1^{er} février 2001 relatif aux expositions aux agents cancérigènes, mutagènes ou toxiques pour la reproduction...Le recours aux médecins du travail est jugé inacceptable même par le Conseil national de l'Ordre des médecins).
- Inapplication de la loi : le [rapport Igas 2004](#) sur l'agrément des services de santé au travail dresse un tableau préoccupant : services fonctionnant sans agrément,

médecins exerçant en médecine du travail sans posséder les titres requis, action en milieu du travail inférieure au « tiers-temps » réglementaire ;

- Déficit de connaissance et d'outils : les différents rapports consacrés à la santé du travail (Cour des comptes, Inspections générales...) mettent en évidence les lacunes des connaissances relatives aux dangers potentiels et aux risques en milieu du travail (notamment les risques dans le domaine des substances chimiques) ;
- Eparpillement des responsabilités et cloisonnements entre les administrations de la santé et du travail ([Rapport Cour des comptes 2002](#), [Rapport Igas 2004](#)).

Le [rapport Igas 2008](#) de la mission parlementaire d'information sur les risques et les conséquences de l'exposition à l'amiante est l'élément détonateur (L. Le Garrec).

La visite d'aptitude joue un rôle néfaste sur le développement d'une réelle politique de prévention primaire en milieu de travail.

Le sinistre sanitaire provoqué par l'amiante manifeste aussi les limites d'un dispositif géré dans le cadre exclusif des relations du travail, sans véritablement intégrer la problématique de santé publique.

Des réformes difficiles depuis 1990

Les modèles développés au Royaume-Uni ou au Québec démontrent qu'une transition doit être organisée de la médecine du travail vers la santé au travail, qui ne se contente pas de repérer l'éventualité d'une maladie et de ses conséquences pour l'aptitude d'un individu.

12 juin 1989 : Fondée sur le principe de l'adaptation du travail à l'homme, la directive européenne n° 89/391 introduit une approche de prévention primaire résolument nouvelle par rapport au dispositif français.

L'apport de cette directive tient en deux points essentiels :

- L'évaluation à priori des risques : en prévoyant que l'employeur doit disposer d'une évaluation des risques pour la sécurité et la santé au travail, le législateur européen accorde une place centrale à l'évaluation des risques, qui devient un des principaux leviers de la démarche de prévention dans l'entreprise ;
- La pluridisciplinarité : il s'agit d'une conséquence directe de la directive puisque, contrairement à une interprétation répandue, le concept de pluridisciplinarité ne figure pas dans des textes européens. Cependant, l'article 7 de la directive cadre prévoit que l'employeur fait appel aux compétences nécessaires pour assurer les activités de prévention des risques professionnels dans l'entreprise. Celles-ci supposent la mobilisation de savoirs très divers qui débordent le cadre médical : ergonomie, toxicologie, psychologie, hygiène et sécurité au travail.

Le principe de cette loi va s'intégrer très lentement dans le droit et la pratique française.

31 décembre 1991 : Transposition des principes généraux de la directive cadre-obligation pour l'employeur d'assurer la santé et la sécurité des travailleurs et de procéder à l'évaluation des risques qui ne peuvent être évités, contribution du salarié à sa propre santé et sécurité.

1^{er} juillet 1998 : Mise en place de la veille sanitaire et premier dispositif de régularisation des médecins exerçant dans les services de médecine du travail.

19 décembre 2000 : Accord sur la santé au travail qui instaure pluridisciplinarité, modulation de la périodicité des visites médicales et crée les observatoires régionaux de la santé au travail.

5 novembre 2001 : Un décret institue le document unique d'évaluation des risques.

[17 janvier 2002](#) : La Loi de modernisation sociale instaure l'obligation de pluridisciplinarité, transforme les services médicaux en services de médecine du travail, mesures transitoires pour accroître la ressource médicale. La santé « physique et mentale » devient une conception globale.

7 août 2002 : Un décret met en place le deuxième dispositif de régulation des médecins exerçant dans les services de médecine du travail.

3 octobre 2003 : Un décret instaure le dispositif de reconversion des médecins vers la médecine du travail.

24 juin et 24 décembre 2003 : Ces deux décrets mettent en œuvre la pluridisciplinarité avec l'institution des IPRP (Intervenants Prévention des Risques Professionnels) et de la procédure d'habilitation.

28 juillet 2004 : Décret relatif à l'organisation et au fonctionnement des services de santé au travail, au tiers temps effectif des médecins et aux dispositions pour renforcer l'indépendance des médecins et le contrôle social sur les services.

9 août 2004 : La [Loi relative à la santé publique](#) confirme la participation des services de santé au travail à la veille sanitaire organisée par l'InVS dans le cadre de la Loi du 1^{er} juillet 1998.

17 février 2005 : Le [Plan Santé au travail 2005-2009](#) met en place :

- le développement de l'expertise et de la connaissance des risques professionnels ;
- la promotion d'une culture de prévention ;
- le renforcement du pilotage et du contrôle sur le dispositif de santé au travail.

8 juin 2006 : Décret mettent en place l'Afsset (Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail).

10 mai 2007 : Décret créant les comités régionaux de la prévention des risques professionnels (CRPRP).

15 janvier 2010 : Le [Plan Santé au travail 2010-2014](#) se décline en quatre axes majeurs :

- Développer la production de la recherche et de la connaissance en santé au travail dans des conditions de pérennité, de visibilité et de rigueur scientifique, et en assurer la diffusion opérationnelle, jusqu'aux entreprises et à leurs salariés ;
- Développer les actions de prévention des risques professionnels, en particulier des risques psychosociaux, du risque chimique, notamment cancérigènes, mutagènes ou reprotoxiques (CMR) et neurotoxiques, et des troubles musculo-squelettiques ;
- Renforcer l'accompagnement des entreprises dans leurs actions de prévention, en s'attachant tout particulièrement aux entreprises de moins de 50 salariés, souvent dépourvues de représentation du personnel, mieux les informer des enjeux de la prévention et leur procurer les outils indispensables et adaptés ;
- Renforcer la coordination et la mobilisation des différents partenaires, tant au niveau national que dans les régions et assurer, au travers de la mise en œuvre de la réforme des services de santé au travail, la place de ces acteurs dans la stratégie de prévention.

La réforme de 2011

Une proposition de loi relative à l'organisation de la médecine du travail ([Texte de M. Nicolas ABOUT](#)) a été déposée au Sénat le 10 novembre 2010.

Ce texte est en tous points identiques aux dispositions initiales contenues dans la [loi n° 2010-1330 du 9 novembre 2010 portant réforme des retraites](#) censurées par le Conseil constitutionnel. <http://www.senat.fr/dossierleg/pp10-106.html>

En effet, par la décision [n° 2010-617 DC](#) du 9 novembre 2010, le Conseil constitutionnel a déclaré contraire à la constitution les articles 63 à 75 de la loi portant réforme des retraites relatifs à la réforme de la médecine du travail. Il a estimé que ceux-ci, ajoutés par amendement, n'avaient pas de lien avec le projet de loi initial et qu'ils constituaient des « cavaliers législatifs ».

Le 19 janvier 2011, la commission des Affaires sociales du Sénat a examiné à nouveau cette proposition de loi. La sénatrice Anne-Marie Payet est la rapporteuse de ce texte qui reprend à l'identique les points les plus contestés de la réforme. Texte de la commission numéro 233 déposé le 19 janvier 2011 : <http://www.senat.fr/dossierleg/pp10-106.html>

Le 8 juillet 2011, la proposition de loi relative à l'organisation de la médecine du travail a été adoptée sans modification en 2e lecture par le Sénat le 8 juillet 2011. A peine le texte adopté, Xavier Bertrand a indiqué que dès la rentrée serait engagée "une concertation avec les partenaires sociaux et toutes les parties prenantes pour assurer la parution des textes réglementaires avant la fin 2011"

- [Le calendrier et l'état d'application de la loi](#)
- [La loi n° 2011-867 du 20 juillet 2011 relative à l'organisation de la médecine du travail](#)

Bibliographie

Rapports officiels français

(2011). Conditions de travail : Bilan 2010 : Paris : La documentation Française.

Abstract: L'édition 2010 présente le système français de prévention, les principaux volets de la politique conduite en 2010 en matière de santé et sécurité au travail ainsi que le cadre et les actions de l'Union européenne. Il développe les principaux résultats des plus récentes enquêtes statistiques permettant d'appréhender l'état des conditions de travail et de la sécurité sur les lieux de travail. Il présente également les actions prioritaires, nationales et territoriales, menées en lien avec le Plan santé au travail 2010-2014 en privilégiant une entrée thématique déclinée par l'ensemble des acteurs de la santé au travail. L'activité des instances de gouvernance et des organismes qui concourent à la prévention des risques professionnels et à l'amélioration des conditions de travail (COCT, ANACT, Branche AT/MP, OPPBTP, ANSES, InVS, IRSN) est également retracée dans cet ouvrage <http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/114000223/0000.pdf>

Lefrand G. (2011). Rapport d'information sur les risques psychosociaux au travail. Rapport d'information ; 3457. Paris : Assemblée Nationale.

Abstract: La commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale a adopté le rapport d'information sur les risques psychosociaux au travail présenté par le député Guy Lefrand. Ses recommandations portent sur une meilleure formation des chefs d'entreprise et des managers, la labellisation par l'Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail

(Anact) des entreprises performantes en matière de santé au travail, l'inclusion des risques psychosociaux dans le document unique d'évaluation des risques professionnels, et le renforcement des CHSCT dont les membres seraient élus au suffrage direct pour renforcer leur visibilité et leur légitimité. Dans ce rapport, le député part du constat de l'indéniable impact sur la santé des salariés des risques psychosociaux (RPS), qui recouvrent l'excès de stress mais aussi le harcèlement, et indique que 20 % des arrêts maladie de plus de 45 jours y seraient liés. Sans oublier qu'environ 400 suicides par an seraient liés au travail. Il note que ces problèmes de stress au travail "engendrent un coût économique important pour l'entreprise comme pour la collectivité" évalué par l'INRS entre 2 et 3 milliards d'euros, ce qui équivaut à environ 14,4 % et 24 % des dépenses de la branche AT/MP. La mission d'information estime que la création "d'un label, santé et qualité de vie au travail, serait de nature à inciter les entreprises à mettre en place des actions concrètes dans le domaine des risques psychosociaux et permettrait de valoriser les entreprises soucieuses du bien-être de leurs salariés"

<http://www.assemblee-nationale.fr/13/pdf/rap-info/i3457.pdf>

Diricq N. (2011). Rapport de la commission instituée par l'article L. 176-2 du code de la Sécurité sociale : Paris : Ministère chargé du travail.

Abstract: Ce rapport triennal estime le coût de la sous-déclaration des accidents du travail et des maladies professionnelles entre 565 millions et 1,015 milliard d'euros. En 2005, la même commission l'évaluait entre 356 à 750 millions d'euros. Cette augmentation s'explique par le fait qu'un cas de cancer professionnel sur deux est non reconnu chez les hommes, ainsi que par la sous-déclaration de l'asthme et des troubles musculo-squelettiques. Enfin, le rapport évalue à 38.000 le nombre d'accidents du travail avec arrêt non déclarés. Pour les entreprises, cette évaluation n'est pas neutre. Elle sert à déterminer le montant que la branche accidents du travail doit reverser chaque année à la branche maladie pour l'indemniser du coût de la sous-déclaration. Ce montant est inscrit chaque année dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale. Ce montant de la compensation peut influencer sur le taux de la cotisation accidents du travail. Il intervient en effet dans les paramètres de calcul de l'une des trois majorations qui permet de calculer le taux net dû par toute entreprise

<http://www.annuaire-secu.com/pdf/rapport-commission-diricq2011.pdf>

Briere J., Chevalier A., Charbotel B., Imbernon E. (2011). Des indicateurs en santé travail : Les accidents mortels d'origine professionnelle en France : Saint-Maurice : InVS.

Abstract: L'État a souhaité se doter, au niveau national, d'une série d'indicateurs destinés à suivre l'évolution de la santé de la population en France. Depuis sa création en 1998, le Département santé travail (DST) de l'Institut de veille sanitaire (InVS) s'est attaché à développer des programmes de surveillance, afin de produire régulièrement de telles données et contribuer ainsi à améliorer la connaissance des risques professionnels. Les sources de données se sont étoffées au fil du temps, et le DST a mis en place en 2009 un programme de production régulière d'indicateurs destinés à rendre compte à l'échelle nationale de la situation concernant des problèmes de santé en relation avec l'environnement professionnel, ainsi que de leur évolution au cours du temps. Ces indicateurs sont établis à partir de différentes sources, et seront publiés régulièrement sur le site Internet de l'InVS. Ce deuxième numéro s'intéresse aux accidents mortels d'origine professionnelle. Dans ce document, le lecteur trouvera des données sur la mortalité par accident du travail et par accident de trajet en France selon les grands secteurs d'activité et en fonction des principales causes d'accident. Il trouvera également des informations sur la part des décès par accident attribuable au travail et sur les années potentielles de vies perdues suite à ces décès. Un chapitre particulier est consacré aux accidents de circulation d'origine professionnelle, première cause d'accidents mortels au travail. Enfin, un certain nombre de questions permettent de mettre en perspective les résultats présentés

<http://www.invs.sante.fr/Publications-et-outils/Rapports-et-syntheses/Travail-et->

[sante/2011/Des-indicateurs-en-sante-travail-Les-accidents-mortels-d-origine-professionnelle-en-France](#)

Chevalier A., Briere J., Feurprier M. (2011). Construction d'un outil centralisateur des données de réparation issues des régimes de sécurité sociale. Résultats de l'étude de faisabilité : Saint-Maurice : InVS.

Abstract: Devant le déficit de visibilité globale du poids des AT/MP (Accidents du travail/Maladies professionnelles), du fait de l'éclatement des statistiques de réparation dans les différents régimes de sécurité sociale, la loi relative à la politique de santé publique de 2004 a chargé l'Institut de veille sanitaire (InVS) de l'élaboration d'un outil de centralisation. Après une description des données disponibles dans les principaux régimes, l'InVS a éprouvé le besoin de tester, en expérimentant sur de vrais échantillons de données, la faisabilité de réaliser un entrepôt national de données AT/MP (analyse de la cohérence et de la compatibilité des données issues des différents régimes) et d'analyser les différentes possibilités d'utilisation qu'offrirait cet entrepôt (calcul d'indicateurs statistiques, calcul d'indicateurs de veille sanitaire basés sur des résultats épidémiologiques). Les échantillons de données proviennent de trois régimes : le régime général, le régime agricole et le régime spécial des fonctionnaires territoriaux et hospitaliers. Les résultats de cette expérimentation font l'objet du présent rapport. L'InVS a lancé la réflexion sur les grandes fonctionnalités attendues de cet outil et les scénarios de mise en place, de stockage, de maintenance et de mise à jour des informations au cours du temps. Enfin, elle a travaillé sur la conduite ultérieure du projet, son architecture institutionnelle et son coût prévisionnel

http://www.invs.sante.fr/content/download/21825/128071/version/1/file/rappo-rt_atmp.pdf

Gollac M., Bodier M. (2011). Mesurer les facteurs psychosociaux de risque au travail pour les maîtriser - Rapport du Collège d'expertise sur le suivi des risques psychosociaux au travail, faisant suite à la demande du Ministre du travail, de l'emploi et de la santé : Paris : Ministère du travail, de l'emploi et de la santé.

Abstract: Ce rapport propose un dispositif de suivi des risques pour la santé mentale provoqués par certaines conditions d'emploi, d'organisation, et de relations au travail. Il résulte de la mise en oeuvre d'une des propositions du rapport de Philippe Nasse et Patrick Légeron remis au ministre du travail en mars 2008, qui recommandait notamment la construction d'un indicateur global du stress. Le rapport du Collège préconise de mettre en place des indicateurs nationaux pour suivre six types de facteurs de risques psychosociaux au travail : l'intensité du travail et le temps de travail, les exigences émotionnelles, le manque d'autonomie, la mauvaise qualité des rapports sociaux au travail, la souffrance éthique, l'insécurité de la situation de travail. Le rapport précise que ces facteurs ne doivent pas être envisagés séparément et que leurs effets dépendent aussi de la durée d'exposition. Par ailleurs, des événements traumatisants, comme un licenciement ou une restructuration, peuvent rendre plus sensible à certains de ces facteurs. Le Collège d'expertise sur le suivi des risques psychosociaux au travail recommande la réalisation d'une première enquête complète en 2015. Il propose une liste de variables à mesurer et un procédé de questionnement, incluant un suivi en panel

<http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/114000201/0000.pdf>

(2011). L'inspection du travail en France en 2009 : Paris : Ministère chargé du travail.

Abstract: Ce rapport de la Direction générale du travail présente l'organisation, les effectifs, les missions et les réalisations de l'inspection du travail en France en 2009. 307 544 interventions ont été menées, un nombre en hausse de 42 % en trois ans, dont 188 879 visites de contrôle, 106 336 enquêtes, 1 733 missions de conciliation et 10 596 réunions en entreprises. Les entreprises ont fait l'objet en 2009 de 187 387 lettres d'observations, 6 405 mises en demeure et 6 352 procès-verbaux. 35 % des PV ont été établis au titre du thème santé et sécurité (le risque de chute de hauteur étant l'infraction la plus fréquemment relevée), 33 % au titre des obligations générales (principalement pour travail illégal), 18 % au

titre du contrat de travail et 4 % seulement au titre de la représentation du personnel
<http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/044000468/0000.pdf>

Payet A.M. (2011). Rapport sur la proposition de loi relative à l'organisation de la médecine du travail. Rapport; 232. Paris : Sénat.

Abstract: La réforme de la médecine du travail est en préparation depuis trois ans. De nombreux travaux ont démontré la nécessité de parachever les évolutions engagées depuis le début des années 2000 pour adapter la médecine du travail à l'évolution de l'économie et des formes d'emploi. Le vieillissement de la population, le développement des emplois précaires justifient en particulier des adaptations de l'organisation de la santé au travail afin que les services de santé au travail deviennent les acteurs principaux d'un dispositif de traçabilité des risques professionnels, non pour simplement constater les atteintes à la santé mais pour stimuler la prévention et les actions correctrices. Dans un contexte caractérisé par une crise démographique de la médecine du travail, la mise en oeuvre de cette réforme doit désormais intervenir rapidement, afin de moderniser le fonctionnement des services de santé au travail tout en redonnant de l'attractivité à une médecine du travail dont le rôle est plus indispensable que jamais (tiré de l'introduction)
<http://www.senat.fr/rap/110-232/110-2321.pdf>

Door J.P. (2010). Rapport sur le projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2011. Tome 2 : Assurance maladie et accidents du travail : Paris : Assemblée Nationale.

Abstract: Le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2011 prévoit que, grâce à des efforts de bonne gestion équitablement répartis entre tous les secteurs et l'ensemble des acteurs du système de santé, l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM) sera respecté en 2010 pour la première fois depuis 1997, ce qui témoigne de la réussite de notre politique de maîtrise des dépenses de santé, à laquelle les professionnels de santé ont pris toute leur part. L'ONDAM pour 2011, dont la progression est fixée à 2,9 %, est cohérent avec l'évolution tendancielle de nos dépenses de santé, et s'inscrit dans la poursuite de l'ambitieuse politique d'optimisation des dépenses d'assurance maladie dont les principes, les acteurs et les instruments ont été refondés par la loi du 13 août 2004. S'inscrivant dans un contexte économique de sortie de crise, il atteint 167,1 milliards d'euros, ce qui permet d'injecter 4,7 milliards d'euros de marges de manœuvre supplémentaires dans le financement de l'assurance maladie en 2011, et témoigne de la priorité que les pouvoirs publics accordent au financement solidaire du système de santé des Français. Ainsi, bien qu'il participe à l'effort général de résorption des déficits publics, ce projet de loi traduit clairement une volonté de préserver l'excellence de notre système de soins, et ne peut donc en aucun cas être regardé comme un texte d'austérité. La stratégie sous-tendant ce texte consiste à ramener à un rythme soutenable la croissance tendancielle des dépenses, par la mise en oeuvre de mesures d'efficience. Pour garantir le respect des objectifs votés par le Parlement, il est ainsi prévu d'inscrire dans la loi deux des recommandations formulées par M. Raoul Briet dans son rapport sur le pilotage des dépenses d'assurance maladie, recommandations qui visent à étendre les missions du comité d'alerte sur l'évolution des dépenses d'assurance maladie. En outre, le projet de loi prévoit la mise à jour régulière de la classification commune des actes médicaux, afin que les tarifs de ces derniers évoluent en fonction des progrès techniques. Enfin, s'agissant des établissements de santé, il optimise le processus de la convergence intersectorielle en disposant que celle-ci s'oriente désormais vers les tarifs les plus bas, quel que soit le secteur concerné, et anticipe mieux les futurs déploiements de la tarification à l'activité dans les secteurs des soins de suite et de réadaptation et de la psychiatrie. Le texte comporte également un ensemble de dispositions tendant à étendre la protection des assurés : dans un souci de solidarité, il change le régime de prescription des demandes d'indemnisation adressées au Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA) dans un sens plus favorable aux victimes puisqu'un délai plus long leur est laissé pour faire valoir leurs droits, offre également un délai supplémentaire pour les personnes dont les dossiers ont été rejetés par le FIVA en 2009 et 2010 et simplifie la procédure d'indemnisation des contaminations transfusionnelles par le virus de l'hépatite

C. Par ailleurs, il relève de façon significative le plafond de ressources de l'aide au paiement d'une assurance complémentaire, et renforce ainsi un dispositif devant favoriser l'accès de tous à une couverture maladie complémentaire. En somme, ce projet de loi de financement de la sécurité sociale est un texte équilibré. Équilibre, d'une part, entre l'indispensable poursuite d'une politique raisonnée de maîtrise des dépenses de santé, et la recherche d'une protection toujours plus complète des assurés contre le risque de maladie. Équilibre également entre médecine de ville et hôpital, dans la mesure où il fixe pour les deux secteurs un même niveau de progression des dépenses. Équilibre enfin, car il finance la revalorisation des tarifs des médecins généralistes, qui sont ainsi alignés sur ceux de leurs confrères des autres spécialités. Ce projet de loi établit donc les bases d'un renouveau de la vie conventionnelle dès 2011

<http://www.assemblee-nationale.fr/13/rapports/r2916-tii.asp>

Dellacherie C., Frimat P., Leclercq G. (2010). La santé au travail. Vision nouvelle et professions d'avenir - Propositions pour des formations et un réseau de recherche en phase avec les missions : Paris : Ministère du travail.

Abstract: Dans un contexte de crise démographique touchant les services de santé au travail, les Ministres du travail, de la santé et de la recherche ont confié une mission de réflexion sur la formation des professionnels de la santé au travail et l'attractivité de ces métiers à 3 personnalités qualifiées. Le rapport comporte une quarantaine de propositions qui sont axées sur huit préoccupations principales des auteurs : le développement d'une approche intégrée interdisciplinaire pour favoriser par la suite un travail d'équipe de santé au travail ; le besoin d'ouvrir des perspectives et passerelles de carrière aux médecins souhaitant se reconvertir vers la santé au travail ; la reconstitution du vivier des enseignants hospitalo-universitaires pour redynamiser la recherche compte tenu des perspectives démographiques défavorables en matière d'enseignement ; le développement de formations initiales des professionnels de santé adaptées aux nouvelles missions marquées par le développement de la pluridisciplinarité ; la nécessité de valoriser la médecine du travail en tant que discipline médicale ; la nécessité de mieux valoriser l'action des services de santé au travail ; la nécessité de faire évoluer les mentalités sur la corrélation santé au travail et performance de l'entreprise ; la mise en tension des acteurs pour le développement de dynamiques locales

<http://www.travail-emploi-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport-Dellacherie-Frimat-Leclercq-04-2010.pdf>

Dellacherie C. (2010). Projet d'avis sur la certification des entreprises dans le domaine de la santé au travail. Paris : CESE.

Abstract: Estimant qu'une réelle prise de conscience est en train de s'opérer sur l'importance de la santé au travail comme dimension essentielle de la gestion des ressources humaines dans l'entreprise, dans un contexte de croissance des risques psychosociaux et de leur écho médiatique, le CESE a été amené à dresser un double constat. "L'efficacité de notre système de prévention des risques professionnels reste perfectible, les résultats en termes de performance sanitaire étant jugés insuffisants". Ensuite, "on assiste à l'essor d'un véritable marché de la certification des entreprises dans le domaine de la santé et sécurité au travail, principalement dans les plus grandes d'entre elles". Aujourd'hui, près de 3.000 entreprises auraient obtenu une telle certification. Le Conseil s'interroge : "Faut-il encourager ce mouvement qui prend de l'ampleur ou, au contraire, tenter de le freiner compte tenu de ses effets contrastés ?" Aux termes de ses travaux, le Conseil économique, social et environnemental formule plusieurs recommandations visant "à promouvoir le management de la santé et sécurité au travail et à mieux encadrer une procédure de certification volontaire"

Deriot G. (2010). Le mal-être au travail. 2 tomes. (rapport et auditions). Rapport d'information ; 642. Paris : Sénat.

Abstract: Sensible aux drames humains, largement médiatisés, qui se sont produits chez

France Telecom et dans d'autres entreprises ou administrations publiques, la commission des affaires sociales a souhaité mieux comprendre les raisons qui ont pu conduire au suicide de salariés ou de fonctionnaires. Elle a constitué, à cette fin, une mission d'information sur le mal-être au travail, qui a organisé de nombreuses auditions et tables rondes ainsi que deux déplacements au cours du premier semestre de 2010. La mission a d'abord établi un diagnostic, qui confirme que le mal-être au travail est un phénomène qui se répand dans des proportions préoccupantes. Depuis deux ans, une réelle prise de conscience s'est cependant amorcée et des actions ont été engagées par les pouvoirs publics, les partenaires sociaux et les employeurs pour tenter d'y remédier. Pour conforter et prolonger ces initiatives, la mission formule des propositions et recommandations, qui touchent au code du travail, aux méthodes de management, aux acteurs de la prévention des risques professionnels ou encore à la réparation. Convaincue que le bien-être et l'efficacité économique vont de pair, la mission souhaite que son rapport donne une nouvelle impulsion aux efforts nécessaires pour faire reculer le mal-être au travail et contribue à replacer l'humain au centre des organisations

<http://www.senat.fr/rap/r09-642-1/r09-642-15.html>

(2010). Plan santé au travail. 2010-2014 : Paris : Ministère chargé du travail.

Abstract: Ce nouveau plan Santé au travail se décline en quatre axes majeurs : Développer la production de la recherche et de la connaissance en santé au travail dans des conditions de pérennité, de visibilité et de rigueur scientifique, et en assurer la diffusion opérationnelle, jusqu'aux entreprises et à leurs salariés; Développer les actions de prévention des risques professionnels, en particulier des risques psychosociaux, du risque chimique, notamment cancérigènes, mutagènes ou reprotoxiques (CMR) et neurotoxiques, et des troubles musculo-squelettiques; Renforcer l'accompagnement des entreprises dans leurs actions de prévention, en s'attachant tout particulièrement aux entreprises de moins de 50 salariés, souvent dépourvues de représentation du personnel, mieux les informer des enjeux de la prévention et leur procurer les outils indispensables et adaptés; renforcer la coordination et la mobilisation des différents partenaires, tant au niveau national que dans les régions et assurer, au travers de la mise en oeuvre de la réforme des services de santé au travail, la place de ces acteurs dans la stratégie de prévention

<http://www.travail-emploi-sante.gouv.fr/actualite-presse,42/dossiers-de-presse,46/plan-sante-au-travail-2010-2014,11031.html>

(2010). Conditions de travail - Bilan 2009 : Paris : La documentation Française.

Abstract : Ce rapport présente le système français de prévention, les principaux volets de la politique conduite en 2009 en matière de santé et sécurité au travail ainsi que le cadre et les actions de l'Union européenne. Il présente également le bilan de la mise en oeuvre des plans gouvernementaux qui structurent désormais la politique de la prévention des risques professionnels. Il développe enfin les principaux résultats des plus récentes enquêtes statistiques permettant d'appréhender l'état des conditions de travail et de la sécurité sur les lieux de travail. Certains thèmes du bilan annuel font l'objet d'analyses spécifiques : la compréhension et la prévention des risques psychosociaux ; la coordination en matière de sécurité et de protection de la santé sur les chantiers du BTP. L'activité des instances de gouvernance et des organismes qui concourent à la prévention des risques professionnels et à l'amélioration des conditions de travail (COCT, ANACT, OPPBTP, AFSEET, InVS, Branche AT/MP, IRSN) est également retracée.

<http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/104000278/0000.pdf>

(2009). Conditions de travail - Bilan 2008 : Paris : La documentation Française.

Abstract: Ce rapport présente le système français de prévention des risques professionnels, les principaux volets des politiques nationales conduites en 2008, ainsi que leur cadre européen. Il présente également le bilan de la mise en oeuvre des plans gouvernementaux qui structurent désormais toute la politique de la prévention. Il développe enfin les principaux résultats des plus récentes études et enquêtes statistiques permettant d'appréhender l'état

des conditions de travail et de la sécurité sur les lieux de travail. Certains thèmes font l'objet d'analyses spécifiques : la transposition de la directive "machines", l'occasion d'une actualisation des règles ; l'adoption des règlements communautaires REACH et GHS/CLP : une nécessaire gestion harmonisée des produits chimiques. L'activité des instances de gouvernances et des organismes qui concourent à la prévention des risques professionnels et à l'amélioration des conditions de travail (CSPRP, ANACT, Branche AT/MP, OPPBTP, AFFSET, InVS, IRSN) est également retracée dans cet ouvrage

<http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/094000263/0000.pdf>

Gollac M. (2009). Indicateurs provisoires de facteurs de risques psychosociaux au travail : Paris : DREES.

Abstract: À la demande du ministre en charge du travail, un collège d'expertise a reçu pour mission de formuler des propositions en vue d'un suivi statistique des risques psychosociaux au travail. Ce collège comprend des économistes, des ergonomes, des épidémiologistes, un chercheur en gestion, des chercheurs en médecine du travail, des psychologues et psychiatres, des sociologues et des statisticiens. Dans un premier temps, le collège a élaboré une batterie provisoire d'indicateurs immédiatement disponibles compte tenu des sources statistiques existantes. Chacun de ces indicateurs est pertinent, mais ils ne donnent pas encore une vue exhaustive et synthétique des risques psychosociaux au travail. Les utilisateurs sont invités à prendre connaissance des textes qui accompagnent ci-après les chiffres et qui en précisent la portée et les limites

http://www.a-smt.org/textes/rapport_08_10.pdf

Le Garrec J. (2008). Propositions pour une réforme nécessaire et juste : groupe de travail sur la réforme du dispositif de cessation anticipée des travailleurs de l'amiante.

Abstract: Le rapport de Jean Le Garrec préconise de modifier le dispositif actuel de préretraite pour les salariés exposés à l'amiante en l'ouvrant désormais aux salariés selon leur métier et non plus en fonction de leur entreprise. Il souhaite aussi que l'Etat et les entreprises augmentent leur participation au financement du dispositif. Le dispositif actuel permet, sous conditions, aux salariés d'au moins 50 ans exposés à l'amiante de partir en préretraite tout en percevant une allocation - l'Acaata (allocation de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante) financée par un fonds, le FCAATA - jusqu'à ce qu'ils remplissent les conditions d'un départ en retraite à taux plein. Ainsi pour bénéficier de cette cessation anticipée d'activité, il faut travailler ou avoir travaillé dans l'un des établissements figurant sur une des listes fixées par arrêtés interministériels pendant une période donnée, avoir été exposé à de la poussière d'amiante, ou être reconnu atteint d'une maladie professionnelle liée à l'amiante

<http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/084000252/0000.pdf>

Nasse P., Legeron P. (2008). Rapport sur la détermination, la mesure et le suivi des risques psychosociaux au travail : Paris : Ministère du Travail.

Abstract: Dans le cadre de la mission qui leur a été confiée par le ministre du travail, des relations sociales et de la solidarité, les auteurs s'attachent tout d'abord à identifier les concepts liés aux divers risques psychosociaux : le stress, problème de santé le plus répandu dans le monde du travail et sur lequel le rapport se penche plus particulièrement, ainsi que le phénomène lié aux harcèlements et violences au travail. Ils examinent ensuite l'ensemble des indicateurs de risques disponibles ou à mettre en oeuvre, les dimensions du stress qu'ils explorent ainsi que leurs intérêts respectifs. Constatant qu'aucun indicateur existant ne vérifie les conditions requises pour une approche simultanée des aspects médicaux et sociaux de ces risques, les auteurs préconisent la création d'un indicateur global tiré d'une enquête psychosociale évaluant simultanément les conditions sociales de travail et l'état psychologique du sujet. Huit autres propositions sont présentées en fin de rapport parmi lesquelles le recensement des suicides de salariés au travail et la réalisation d'une analyse psychosociale de ces suicides (« autopsie psychologique ») ou encore le

lancement d'une campagne publique d'information sur le stress au travail
<http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/084000156/0000.pdf>

Poisson J.F. (2008). Rapport d'information sur la pénibilité au travail. Tome I et II : Rapport et annexes. Rapport d'information ; 910. Paris : Assemblée Nationale.

Abstract: Le rapport de la mission d'information sur la pénibilité au travail créée au sein de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales dresse un état des lieux des données juridiques, économiques et sociales disponibles sur la pénibilité. Il propose une définition de la pénibilité au travail, en cerne les différents aspects et délimite les critères pouvant être retenus pour mettre en oeuvre un dispositif de compensation. Il propose huit mesures de prévention

<http://www.assemblee-nationale.fr/13/pdf/rap-info/i0910-tII.pdf>

Diricq N. (2008). Rapport de la commission instituée par l'article L. 176-2 du code de la Sécurité sociale : Paris : Ministère chargé de la santé, Ministère chargé du travail.

Abstract: La commission d'évaluation de la sous-déclaration des « accidents du travail - maladies professionnelles » (AT-MP) est une instance chargée d'évaluer tous les 3 ans le coût réel de cette sous-déclaration. Présidée par Noël Diricq, la commission indique que la sous-déclaration des AT-MP a augmenté en 2006, coûtant entre 565 et 1 015 millions d'euros à la branche maladie de la sécurité sociale. Les AT-MT normalement pris en charge par la branche AT-MP de la sécurité sociale financée par les cotisations patronales, lorsqu'ils ne sont pas déclarés, basculent dans le régime général. Ainsi, pour 2009, le gouvernement a estimé que la branche AT-MT devra s'acquitter de 710 millions d'euros, la loi prévoyant un reversement à la branche maladie pour les dépenses effectuées à tort. Plusieurs raisons peuvent expliquer la sous-déclaration : la crainte de perdre un emploi, l'ignorance du dispositif, la complexité de la démarche, le manque d'intérêt pour un dispositif de réparation peu attractif, rendent les victimes réticentes à la déclaration. Le rapport dénonce également des employeurs qui font « pression » sur les salariés pour qu'ils ne déclarent pas. Enfin, les médecins généralistes sont confrontés à la difficulté de faire le lien entre la maladie et le travail. La « rigidité » des tableaux de maladies professionnelles, limitant les pathologies pouvant être indemnisées, est aussi mise en cause par le rapport de la commission

<http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/084000555/0000.pdf>

Giraud F. (2008). Rapport sur la proposition de loi visant à améliorer la santé au travail des salariés et à prévenir les risques professionnels auxquels ils sont exposés. Rapport du Sénat ; 167. Paris : Sénat.

Abstract: La proposition de loi visant à améliorer la santé au travail des salariés et à prévenir les risques professionnels auxquels ils sont exposés constitue l'aboutissement d'un travail important et présente, à maints égards, des pistes intéressantes d'évolution des dossiers abordés. Elle mérite donc un examen détaillé, des réponses circonstanciées, des prolongements tangibles. La commission a mené cet examen et a esquissé des réponses. En ce qui concerne les prolongements, elle a montré que le dossier de la santé au travail et de la prévention des risques professionnels est activement pris en charge par le Gouvernement et par les partenaires sociaux, qui préparent en ce début d'année des propositions dont le Parlement sera bientôt saisi. A l'issue de l'examen de la proposition de loi, le Sénat sera bien armé pour étudier ces propositions. La Commission des affaires sociales du Sénat considère en revanche qu'il serait inopportun de légiférer immédiatement, y compris sur les points particuliers qui lui ont paru abordés de façon pertinente. Il est loin d'être certain, a-t-elle estimé, que certaines pièces extraites de l'impressionnant puzzle soumis à l'examen du Sénat puissent commodément prendre place dans celui que le Gouvernement et les partenaires sociaux préparent de leur côté. C'est pourquoi, tout en saluant l'ambition et la qualité de la proposition de loi « santé au travail », elle a décidé de proposer le rejet de ce texte (avant-propos)

<http://www.senat.fr/rap/106-159/106-1591.pdf>

Lejeune D. (2008). Rapport sur la traçabilité des expositions professionnelles : I - Résumé et rapport. Rapport IGAS ; n° RM2008-108P. Paris : IGAS.

Abstract: A la demande de monsieur Xavier Bertrand, ministre du travail, des relations sociales, de la famille et de la solidarité, monsieur Daniel Lejeune, inspecteur général des affaires sociales a été chargé de rédiger une « Note de problématique sur la traçabilité des expositions professionnelles ». Le rapporteur s'est efforcé d'appréhender le plus largement possible les expériences - françaises ou étrangères - existantes en matière de traçabilité des expositions professionnelles, d'identifier les outils existants susceptibles de contribuer à la mise en oeuvre des mesures proposées, de confronter les réflexions des experts et des acteurs de terrain, de consulter largement les partenaires sociaux et des associations. Les enseignements essentiels tirés des auditions et investigations auxquelles il a procédé figurent dans les annexes. Notamment, ces annexes présentent des expériences dont les propositions de mesures de prévention s'appuyant sur la traçabilité des expositions professionnelles pourraient s'inspirer, ou dont les conséquences des difficultés rencontrées pourraient être tirées, et décline les outils techniques et juridiques susceptibles d'être mobilisés

<http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/084000684/0000.pdf>

Gosselin H. (2007). Aptitude et inaptitude médicale au travail : diagnostic et perspectives : Le Tempon : Fédération Française de la Santé au Travail.

Abstract: Ce rapport, remis au ministre délégué à l'Emploi par Hervé Gosselin, conseiller à la chambre sociale de la Cour de cassation, préconise une vaste réforme du dispositif d'aptitude médicale au travail. Il propose notamment de simplifier la procédure de constatation des inaptitudes, de redéfinir la consultation d'embauche, d'abandonner la constatation périodique de l'aptitude du salarié au profit d'un suivi médical mieux adapté, de développer l'action du médecin du travail sur l'adaptation des postes et le reclassement. Le rapport a été transmis pour concertation au Conseil supérieur de la prévention des risques professionnels

<http://www.federationsantetravail.org/publications/gosselin07.pdf>

Bras P.L. (2007). Réformer la tarification pour inciter à la prévention - Rapport du groupe d'appui aux partenaires sociaux : Paris : Igas.

Abstract: Par lettre en date du 6 avril 2005, le ministre délégué aux relations du travail et le secrétaire d'état à l'assurance maladie annonçaient aux organisations siégeant à la commission AT-MP de la CNAMTS la création d'un groupe de travail. Comme l'indique la lettre des ministres, la création de ce groupe de travail faisait suite au Plan Santé au Travail du 17 février 2005. Ce plan prévoyait la création de ce groupe pour appuyer la démarche de négociation des partenaires sociaux prévue par l'article 54 de la loi de financement de la sécurité sociale, démarche qui "devait notamment rendre la tarification plus incitative et développer ainsi la prévention". Le groupe de travail animé par M. Pierre-Louis Bras, inspecteur général des affaires sociales, a associé la Caisse Nationale d'Assurance Maladie, la Direction de la Sécurité sociale, la Direction générale du travail, la Direction de l'animation de la recherche des études et des statistiques (DARES), la Direction du Budget, la Direction générale du Trésor et de la politique économique et la Direction générale de la forêt et des affaires rurales. Le présent rapport retrace les résultats des travaux conduits par le groupe ainsi que les propositions qu'il a formulées

<http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/074000551/0000.pdf>

Aubin C., Pelissier F., De Saintignon P., Veyret J. (2007), Rapport sur le bilan de réforme de la médecine du travail. Paris : La documentation française.

Abstract : Le ministre de la santé et de la solidarité, les ministres délégués aux relations du travail et à l'enseignement supérieur et à la recherche ont saisi l'inspection générale des affaires sociales et l'inspection générale de l'administration de l'éducation nationale et de la recherche, et sollicité les professeurs Conso et Frimat, afin de dresser un bilan de la réforme de la médecine du travail. Cette réforme a été initiée par l'Etat en 1998 et poursuivie après

l'accord interprofessionnel de 2000 sur la santé au travail et la prévention des risques, et la loi de modernisation sociale du 17 janvier 2002 transformant notamment les services médicaux en services de santé au travail. Cette réforme a été achevée avec la publication du décret du 28 juillet 2004 et la circulaire du 7 avril 2005. L'action de la médecine du travail s'inscrit en outre dans le cadre des objectifs fixés par le Plan Santé au travail adopté en février 2005. La lettre de mission souhaitait que soit également menée une réflexion sur l'évolution des services de santé au travail, compte tenu de l'évolution de la démographie médicale et de l'articulation des différentes missions du médecin du travail.

<http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/074000708/0000.pdf>

Le Jeune D., Vienot A. (2006). Rapport d'audit de l'organisation du système d'information statistique relatif aux accidents du travail et aux maladies professionnelles : Paris : IGAS. Abstract: La mission conjointe IG-INSEE/IGAS a pour objectif d'établir un audit de l'organisation du système d'information statistique des principaux régimes AT-MP (CNAMTS, MSA, Fonction publique), afin de déboucher sur des propositions d'amélioration et d'harmonisation des publications des statistiques d'origine administrative en matière d'accidents du travail et de maladies professionnelles. La première partie du rapport présente l'état des lieux réalisé par la mission (dont les constats et analyses sont développés en annexe 3), qui met en évidence des insuffisances et des progrès en matière de collecte, de traitement et de diffusion des statistiques AT/MP. La deuxième partie traite des besoins recensés par la mission, dont rend compte l'annexe 4 du présent rapport. Elle note l'importance et la convergence des besoins exprimés. La troisième partie rend compte des préconisations de la mission (dont un tableau de synthèse est présenté en annexe 6) qui, tirant les conséquences de l'état des lieux qu'elle a réalisé et des besoins qu'elle a recensés, appellent pour leur réalisation une volonté politique forte exprimée et déclinée par la loi du 9 août 2004, par le Plan national santé environnement et le Plan santé au travail, et par la COG (convention d'objectifs et de gestion) de la branche AT/MP

<http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/064000699/0000.pdf>

(2005). Plan santé au travail. 2005-2009. Paris : M.E.T.C.S.

Abstract: Le Plan Santé au travail a pour but de lancer une dynamique pour améliorer la prévention des risques professionnels. Il se donne 4 objectifs : développer les connaissances des dangers, des risques et des expositions en milieu professionnel, renforcer l'effectivité du contrôle, refonder les instances de concertation du pilotage de la santé au travail, encourager les entreprises à être acteur de la santé au travail. Pour atteindre ces objectifs, 23 mesures s'articulent autour de 4 principaux axes d'intervention : disposer d'une expertise scientifique forte et indépendante, mobiliser la recherche et la formation sur la santé au travail, améliorer l'efficacité et le ciblage du contrôle du respect de la réglementation, encourager la prévention dans les entreprises. La mesure phare est la création d'une agence "chargée de l'évaluation scientifique des risques en milieu de travail et de la surveillance sanitaire". Parmi les mesures du dispositif, on trouve par ailleurs le renforcement du corps de contrôle de l'inspection du travail grâce à la mise en place de "cellules régionales d'appui pluridisciplinaires". Enfin, ce plan fixe certains objectifs précis, comme la réduction de 20% à l'horizon 2009 du nombre de troubles musculosquelettiques (TMS) déclarés

<http://www.travail-emploi-sante.gouv.fr/IMG/pdf/PST.pdf>

Martinez R., Macario I. (2005). Les accidents de travail et les maladies professionnelles en 2005 : résultats : Paris : Ministère de la Fonction Publique.

Abstract: La Direction générale de l'administration et de la fonction publique réalise une enquête statistique sur les accidents du travail et de trajet et les maladies professionnelles dans la fonction publique de l'État. Ce « RésulStats » présente les résultats pour l'année 2005. Dans un premier temps, les résultats de synthèse permettent d'analyser l'évolution du nombre d'accidents, celle du nombre de jours d'arrêt et des ratios associés, dans les ministères et certains de leurs établissements publics sous tutelle. Des comparaisons sont

également établies avec le secteur marchand. Les principales maladies professionnelles sont ensuite recensées, ainsi que les jours d'arrêt qu'elles ont occasionnés. Les résultats détaillés de l'enquête 2005 sont présentés en deuxième partie. Les accidents sont répartis selon les facteurs de risque, le mois et le jour de survenue de l'accident. Puis sont analysées par ministère les principales caractéristiques des personnes ayant eu un accident : âge, sexe, activité principale des agents, ancienneté dans le poste de travail, nature et siège des lésions. Les dix principales maladies professionnelles sont étudiées par administration http://www.fonction-publique.gouv.fr/files/files/statistiques/resulstats/resulstats_accidents_mp_2005.pdf

(2004). La sensibilité de l'opinion publique aux conditions de travail : Paris : M.E.T.C.S. Abstract: Le ministère de l'Emploi, du Travail et de la Cohésion sociale a réalisé cette étude (Louis Harris) portant sur "la sensibilité de l'opinion publique aux conditions de travail". 34 % des personnes interrogées désignent les accidents ou maladies liées au travail comme le principal facteur de risque pour leur santé (loin derrière les accidents de la route, 65%). Le stress arrive ainsi en tête des risques cités (38 %), devant les risques liés au travail sur écran (22 %), les mauvaises positions au travail et les accidents de circulation dans le cadre du travail (20 % chacun) et le port des lourdes charges (18%). Parallèlement, plus de la moitié des personnes interrogées trouvent logique que les risques d'accidents du travail ou de maladies liées à l'activité professionnelle disparaissent progressivement avec le progrès et 73 % estiment qu'il est possible d'éliminer les risques si on s'en donne les moyens http://www.solidarite.gouv.fr/IMG/pdf/Actes_du_FITS_decembre_2004.pdf

(2004). L'Inspection du Travail en France en 2002 : Les chiffres clés : rapport au Bureau International du Travail : Paris : Ministère des Affaires sociales - du travail et de la solidarité. Abstract: Les pays signataires de la convention n° 81 sur l'inspection du travail dans l'industrie et le commerce, adoptée par la Conférence de l'Organisation Internationale du travail le 11 juillet 1947, ont l'obligation de présenter tous les ans au Bureau international du travail (BIT) un rapport de caractère général sur les travaux des services d'inspection du travail dans leur pays. Ces rapports doivent comprendre les informations suivantes : les lois et règlements relevant de la compétence de l'inspection du travail ; - le personnel de l'inspection du travail ; - les statistiques des établissements assujettis au contrôle de l'inspection et le nombre des travailleurs occupés dans ces établissements ; - les statistiques des visites d'inspection ; - les statistiques des infractions commises et des sanctions imposées ; - les statistiques des accidents du travail ; - les statistiques des maladies professionnelles. Ce rapport présente les dernières statistiques et informations disponibles au 31 décembre 2002, pour la France (France métropolitaine, les quatre départements d'outre-mer, et St Pierre-et-Miquelon) <http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/044000468/0000.pdf>

Bras P.L., Delahaye-Guillocheau V. (2004). Tarification des accidents du travail et des maladies professionnelles : Paris : La documentation française. Abstract: Le rapport est centré sur le système de tarification des accidents du travail, et sur son impact en matière de prévention des risques professionnels. Il est articulé autour des éléments suivants. Une première partie est consacrée au diagnostic du système actuel de tarification des accidents du travail et des maladies professionnelles. La deuxième partie développe un scénario de réforme du système de tarification. La troisième partie propose des aménagements du système actuel <http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/054000483/0000.pdf>

Deriot G. (2004). Accidents du travail et maladies professionnelles : tome 4 du rapport sur le projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2005 : Paris : Sénat. Abstract: Ce document constitue le volet 4 du projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2005. Il fait une évaluation de la branche : accidents du travail, maladies professionnelles en France : évolutions divergentes, données à interpréter avec précaution.

Il démontre que la dégradation financière de cette branche est surtout imputable à l'augmentation des transferts financiers

<http://www.senat.fr/rap/I04-057-4/I04-057-41.pdf>

Laroque M. (2004). La rénovation de la réparation des accidents du travail et des maladies professionnelles. Rapport IGAS ; n° 2004 032. Paris : IGAS.

Abstract: Partant de travaux réalisés ces dernières années sur le régime de l'assurance accidents du travail et maladies professionnelles, un comité de pilotage technique, sous la présidence de M. Yahiel (2002), puis de M. Michel Laroque, inspecteur général des affaires sociales, a été constitué pour étudier les aspects juridiques, financiers et organisationnels des conditions de mise en oeuvre d'une réforme de la réparation des accidents du travail et des maladies professionnelles visant à remédier aux principales critiques et à prendre en compte les suggestions formulées dans ces divers travaux. Ce comité associe principalement la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS), le Haut comité médical de la Sécurité sociale (HCMSS), la Direction de la sécurité sociale et la direction des relations du travail. Le rapport présente dans une première partie les études et simulations et dans une deuxième partie une réflexion sur des scénarios de réforme (3 scénarios possibles : une modernisation du système actuel de réparation des accidents du travail, une mutation du système actuel par la mise en oeuvre de la réparation de droit commun, une réparation intégrale d'assurance sociale)

<http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/044000228/0000.pdf>

Aubin C., Duhamel G., Le Jeune D. (2004). L'agrément des services de santé au travail : rapport de synthèse : Paris : La documentation française.

Abstract: Chargés d'une mission de contrôle et de propositions concernant l'agrément des services de santé au travail (SST), trois inspecteurs de l'IGAS, Claire AUBIN, Gilles DUHAMEL et Daniel LEJEUNE se sont rendus dans six directions régionales du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle (DRTEFP) : Alsace, Basse-Normandie, Ile-de-France, Nord-Pas de Calais, Pays de la Loire, Rhône-Alpes, entre novembre 2003 et février 2004. Faisant la synthèse des six rapports de site contradictoires, le présent rapport tire un bilan des pratiques des DRTEFP contrôlées et formule des propositions pour améliorer, à travers la procédure d'agrément, l'intervention de l'Etat vis à vis des services de santé au travail

<http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/054000131/0000.pdf>

Bressol E. (2004). Organisations du travail et nouveaux risques pour la santé des salariés. *Avis et Rapports du Conseil Economique et Social*, (2004-10) : -131p.

Abstract: Durant ces trente dernières années, le travail a profondément changé et, avec lui, ses effets sur la santé des salariés. Parmi les nouveaux risques recensés, certains peuvent mettre en jeu la santé mentale des travailleurs. Pour le Conseil économique et social la santé au travail constitue un véritable enjeu de santé publique, qui nécessite une approche pluridisciplinaire et le concours de tous les acteurs de terrain concernés (résumé d'auteur)

http://www.conseil-economique-et-social.fr/ces_dat2/2-3based/base.htm

(2003). Prévention et gestion des risques technologiques et industriels : Paris : Editions des journaux officiels.

Abstract: La conjugaison du développement économique et d'une exigence accrue de sécurité appelle au renouvellement de la démarche de la prévention du risque technologique et industriel. Les approches techniques et sectorielles doivent se prolonger par une approche globale et systématique. Le Conseil économique et social propose de placer au coeur du dispositif, rénové et centré sur l'entreprise, le facteur humain, permettant ainsi une véritable construction sociale de la sécurité

Cristofari M.F. (2003). Bilan des sources quantitatives dans le champ de la santé et de l'itinéraire professionnel : Noisy-le-Grand : Centre d'Etudes de l'Emploi.

Abstract: La question des conditions de travail depuis les années 1970 a suscité un développement de travaux quantitatifs et qualitatifs dans diverses disciplines, faisant émerger différents enjeux de santé dans l'environnement de travail. Chaque discipline et souvent plusieurs en coopération ont alimenté une réflexion avec des dimensions diverses en termes de secteurs, de références temporelles, de ressources collectées ou observées. Des enquêtes ont été conçues, améliorées, et continuent de l'être, en interaction avec des analyses qualitatives et des connaissances épidémiologiques. Leur champ a été progressivement élargi, notamment à l'environnement et à l'organisation du travail. Des tests ont été intégrés sur l'auto-perception de la santé, ainsi qu'un ensemble de questions sur l'état dépressif de l'enquêté. Les collectes de données quantitatives intersectorielles réalisées en coupes transversales donnent des mesures d'évolutions catégorielles d'une date à l'autre, mais sans possibilité d'individualiser, de caractériser et de comprendre les dynamiques de parcours et d'évolution liant la vie au travail et l'état de santé. Deux enquêtes ont initié une nouvelle démarche d'observation intersectorielle des liens entre travail et santé dans une perspective longitudinale : Estev (Enquête " santé, travail et vieillissement "), en 1990 et 1995, est la première expérience réalisée dans sept régions ; Visat (Vieillesse, santé et travail), en 1996, 2001 et prévue en 2006, s'effectue dans trois régions du Sud de la France. Réalisées par les médecins du travail, toutes les deux ont été complétées par des données bio-métriques et des tests psychotechniques sur l'état des fonctions cognitives. Le besoin s'est manifesté parmi les partenaires sociaux, notamment au sein du Cnis, de faire le point sur l'état des connaissances quantitatives couvrant le champ de la santé et du travail, avec le sentiment exprimé d'un accès parfois difficile aux résultats attendus pour des non spécialistes des statistiques. Le rapport réalisé à la demande de la Drees et de la Dares, sous l'égide d'un conseil scientifique présidé par Serge Volkoff, apporte la matière et la commente. Une soixantaine de fiches synthétise l'essentiel des enquêtes donnant un " suivi " des populations, de leur travail ou/et de leur état de santé. Ce bilan conduit à des propositions d'amélioration pour enrichir et élargir ce champ des connaissances des liens entre itinéraire professionnel et santé

[Voir sur le site de la DREES](#)

(2002). La gestion du risque accidents du travail et maladies professionnelles : rapport public particulier : Paris : éditions des Journaux Officiels.

Abstract: Les risques professionnels sont un enjeu important de santé publique. Le nombre d'accidents du travail et des maladies professionnelles mortelles est en hausse depuis 1997. La Cour des Comptes a donc conduit en 2000 et 2001 un ensemble d'enquêtes sur le fonctionnement et la gestion de cette branche de la Sécurité sociale, à travers les deux principaux régimes, le régime général des salariés et celui des salariés agricoles. Elle a examiné également les problèmes généraux d'organisation de l'action des pouvoirs publics en ce domaine. Dans le premier chapitre, la Cour souligne une connaissance insuffisante des risques professionnels. Dans le deuxième chapitre, elle constate que les modes de fonctionnement des acteurs chargés de la prévention restent complexes et d'une efficacité limitée. Dans le troisième chapitre, le rapport analyse les problèmes liés à l'indemnisation des victimes. Dans le quatrième chapitre, elle observe que l'excédent financier de la branche ne traduit pas la situation réelle des coûts induits par les risques professionnels. Enfin, dans son chapitre 5, la Cour révèle d'importantes lacunes dans l'organisation générale de l'action des pouvoirs publics et de la Sécurité sociale contre les risques professionnels. Ce document est accompagné d'une synthèse de l'étude

<http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/024000102/0000.pdf>

(2002). Rapport annuel 2001 des accidents et maladies professionnelles dans les fonctions publiques hospitalière et territoriale : Paris : Caisse des Dépôts et Consignations.

Abstract: La collecte de données statistiques concernant les risques professionnels apparaît aujourd'hui comme une nécessité, tant sur le plan national (loi du 17 juillet 2001 créant, en France, le fonds national de prévention-), que sur le plan international (volonté d'Eurostat d'uniformiser le recueil statistique). La Caisse des Dépôts et Consignations recueille les

informations concernant les accidents de service et les maladies professionnelles pour les fonctions publiques et territoriales. Les données recueillies auprès des employeurs associées à celles générées par la CDC dans son rôle de gestionnaire des pensions et allocations temporaires d'invalidité sont regroupées au sein d'une banque de données nationales. Ce rapport, le deuxième du genre, présente et analyse les données recueillies. Au-delà du travail statistique, la définition de profils de métiers à risque permettra d'initier avec les pouvoirs publics de véritables politiques de prévention basées sur des résultats scientifiques stables

Yahiel M. (2002). Vers la réparation intégrale des accidents du travail et des maladies professionnelles : éléments de méthode : Paris : Ministère chargé de la Santé.

Abstract: Réalisé à la demande du Ministre chargé de la Santé, ce rapport répond à 4 objectifs principaux : de comparer le régime d'indemnisation forfaitaire actuellement offert par la branche des accidents du travail et des maladies professionnelles (AT/MP) et un régime d'indemnisation intégrale ; d'évaluer l'impact financier du passage de l'un à l'autre ; de préciser les modalités juridiques et pratiques d'une telle réforme et ses conséquences sur l'équilibre de lois issues de 1898 et de 1946 ; de formuler des propositions sur l'organisation de la branche AT/MP elle-même. L'objectif n'était donc pas de " valider " les hypothèses du rapport Masse, mais d'exposer des méthodes de travail

<http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/024000214/0000.pdf>

Costargent G., Vernerey M. (2001). Rapport sur les violences subies au travail par les professionnels de santé : Paris : IGAS.

Abstract: Réalisé à la demande du Ministère chargé de la Santé, ce rapport est le résultat d'une mission menée par l'Igas dans le but de mieux appréhender les violences subies par les professionnels de santé dans le cadre de leur travail. L'enquête a été réalisée auprès de 350 professionnels de santé à Paris et en région. Le rapport de synthèse s'articule en 3 parties : une première partie dresse un état des lieux à la fois qualitatif et quantitatif des violences au travail subies par les professionnels de santé à partir des diverses données officielles disponibles. La deuxième partie décrit les réponses apportées au phénomène de violence et d'insécurité au travail par les institutions et/ou les groupements professionnels. La dernière partie formule des propositions en sept rubriques pour améliorer la connaissance des phénomènes de violence et d'insécurité, ainsi que la prévention des conséquences

<http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/024000093/0000.pdf>

(1996). Enquête sur les conséquences d'une réforme de la réparation de l'incapacité permanente en accident du travail et en maladie professionnelle. Partie médicale : Paris : CNAMTS.

Abstract: La Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAMTS) a réalisé en 1995 une enquête nationale sur les conséquences d'une réforme de la réparation de l'incapacité permanente en accident du travail et en maladie professionnelle. Pour le service médical, les objectifs étaient au nombre de trois : mesurer la différence des taux d'IPP attribués dans le barème accident du travail/maladie professionnelle et dans le barème de droit commun, dans les deux barèmes pour les affections traumatiques et connaître les difficultés d'utilisation du barème droit commun

Données statistiques, évaluation économique

[Voir aussi sur le site d'Ameli](#)

- Les **chiffres clés** constituent une synthèse descriptive des principales informations disponibles sur la branche "accidents du travail et maladies professionnelles".

- Les **statistiques technologiques** dénombrent les accidents du travail pour lesquels un premier règlement de prestations en espèce a été versé.
- Les **statistiques trimestrielles** dénombrent les accidents du travail, les accidents du trajet et les maladies professionnelles, en fonction de la date de survenance.
- Les **statistiques financières** présentent les principales informations nécessaires à l'élaboration des tarifs nationaux de cotisations mentionnés à l'article D.242-6-6 du code de la sécurité sociale

La branche Risques Professionnels dresse un bilan de la sinistralité 2010 qui confirme les grandes tendances

14/06/11 - Pour 18,6 millions de salariés protégés, l'Assurance Maladie – Risques Professionnels a reconnu et pris en charge en 2010 plus de 1,2 million de sinistres (accidents du travail, de trajet et maladies professionnelles) dont près de 800 000 ayant entraîné un arrêt de travail. La branche analyse dans un communiqué la sinistralité 2010 qui confirme les grandes tendances observées depuis la décennie avec une stabilisation de l'indice de fréquence des accidents du travail (36 accidents pour 1000 salariés), une augmentation des accidents de trajet (+ 4,9 % en 2010) et des maladies professionnelles de 2,7%, toutefois moins importante que celle de l'année précédente (+ 8,7 % entre 2008 et 2009). Le nombre d'incapacité permanente (IP) est en baisse de 4,3 % pour les accidents de travail et le nombre de journées perdues a augmenté pour les trois types de sinistres en 2010.

> Tableaux de synthèse de la sinistralité 2010 de la branche AT/MP par secteur d'activité - mai 2011 - 11 pages : [http://www.risquesprofessionnels.ameli.fr/index.php?id=94&tx_kleedossier_pi1\[dossier\]=90&cHash=48c0e44ba9140d55c0acf0deb240504b](http://www.risquesprofessionnels.ameli.fr/index.php?id=94&tx_kleedossier_pi1[dossier]=90&cHash=48c0e44ba9140d55c0acf0deb240504b)

(2011). Rapport de gestion 2010. Bilan financier et sinistralité : Paris : CNAMTS.

Abstract: Ce rapport de gestion 2010 qui fait le point complet sur les finances de la branche AT/MP et l'indemnisation des victimes avec l'analyse détaillée de la sinistralité (accidents du travail, de trajet et maladies professionnelles). Quatre focus sur une problématique particulière sont également présentés : le risque routier : accidents du travail et accidents de trajet liés au risque routier; Troubles musculo-squelettiques (TMS) : définition d'un TMS, analyse sectorielle par CTN; Cancers d'origine professionnelle : dénombrement, cancers liés à l'amiante et cancers non liés à l'amiante ; Système de reconnaissance complémentaire des maladies professionnelles

http://www.risquesprofessionnels.ameli.fr/fileadmin/user_upload/document_PDF_a_telecharger/brochures/Rapport%20de%20gestion%202010.pdf

(2011). Les comptes de la Sécurité sociale. Résultats 2010 - Prévisions 2011 et 2012. Tome 1 : Paris : Commission des comptes de la Sécurité sociale.

Abstract: La Commission propose une actualisation détaillée des données concernant le régime général de la sécurité sociale. Le rapport constate notamment une aggravation du déficit de l'ensemble du régime général, qui commence cependant à diminuer en 2011, mais reste très élevé. Des éclairages maladie sont proposés: le bilan 2010 des mesures d'économie dans le domaine du médicament, le contrat d'amélioration des pratiques individuelle- s (CAPI), la dynamique des dépenses d'indemnités journalières, et la sous-déclaration des dépenses AT-MP. L'éclairage retraite est consacré à l'évolution de l'emploi des seniors depuis 1975

http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/ccss2011_sept_tome1.pdf

(2011). Baisse des accidents du travail sur le long terme : sinistralité et éléments explicatifs par secteur d'activité. Points de repère n° 32 - Cnamts - janvier 2011 - 14 pages :

Depuis plus de cinquante ans, la branche accidents du travail et maladies professionnelles de l'Assurance maladie dresse, par grand secteur d'activité, un état annuel de la sinistralité des salariés qu'elle protège. Dans le dernier numéro de Points de repère, la CNAMTS présente une analyse de la sinistralité sur le long terme. En 2008, près de 713 000 accidents du travail ont fait l'objet d'une première indemnisation. Le nombre de salariés en équivalent

temps plein relevant du Régime général (18,9 millions en 2008) a plus que doublé depuis 1955. Une augmentation très largement portée par le secteur "services-restauration-hôtellerie" dont l'effectif a été multiplié par 5,6 et pour lequel travaille de nos jours un salarié sur deux. A contrario, les accidents du travail sont beaucoup plus rares qu'il y a un demi-siècle (baisse de 31 %). L'indice de fréquence (nombre d'accidents du travail annuel pour 1 000 salariés) affiche donc une baisse tendancielle globale forte, de 118 en 1955 à 38 en 2008, mais avec des différences sectorielles marquées.

Les secteurs ayant majoritairement contribué à la baisse du nombre d'accidents du travail sont de manière très significative les secteurs industriels (métallurgie surtout) et le BTP. Au-delà des recompositions sectorielles, la diminution des accidents du travail découle également d'une amélioration incontestable de la sinistralité propre à chacun des secteurs d'activité.

<http://www.ameli.fr/l-assurance-maladie/statistiques-et-publications/points-de-repere/n-32-baisse-des-accidents-du-travail.php>

Statistiques technologiques AT-MP 2009. Le "tableau récapitulatif des AT-MP" présente les principaux résultats (accidents avec arrêt, accidents avec IP, décès, taux de gravité...) issus des statistiques technologiques nationales des accidents du travail, du trajet et des maladies professionnelles pour les AT-MP. Mise en ligne le 7 septembre 2010

http://www.risquesprofessionnels.ameli.fr/fr/synthese/synthese_stats-techno_1.php

(2010). Rapport de gestion 2009 de l'Assurance maladie - Risques professionnels : Paris : CNAMTS.

Abstract: Ce document est la deuxième livraison du rapport de gestion annuel de la branche AT-MP conformément aux engagements pris dans la COG 2009-2012-. Avec un résultat négatif d'environ 710 millions d'euros, l'année 2009 prolonge la tendance de diminution des fonds propres de la branche amorcée depuis une décennie, et seulement interrompue en 2006 par un ajustement des taux de cotisation. Les transferts ne sont pas seuls en cause car l'année 2009 se distingue des précédentes par un recul de l'activité d'environ 2 % attesté par le nombre de salariés pris en compte et par le montant des cotisations encaissées. Cette deuxième livraison du rapport de gestion a été enrichie. Le chapitre dédié aux finances de la branche met l'accent sur les questions du contentieux, du compte spécial et des ristournes et cotisations supplémentaires. Une partie est dédiée aux contrats de prévention et aux nouvelles aides financières simplifiées, qui dès cette première année, atteignent 7 % du montant des contrats de prévention. Le recul de l'activité se traduit par une diminution de la sinistralité de -7.5% de plus grande ampleur que la diminution du nombre de salariés, ce qui permet d'atteindre, pour la seconde année consécutive, un nouveau minimum historique de la fréquence des AT. Il n'en est pas de même pour les accidents de trajet et les maladies professionnelles. Les taux de reconnaissance des AT et MP sont stables comme le nombre des rentes. Le rapport propose également différents focus sur le risque routier, des éclairages sur les TMS, sur les cancers d'origine professionnelle et sur le système de reconnaissance complémentaire géré par les Comité Régionaux de Reconnaissance des Maladies Professionnelles (CRRMP)

http://www.risquesprofessionnels.ameli.fr/atmp_media/rapport Branche AT MP 2009.pdf

Statistiques 2008 des maladies professionnelles - Statistiques générales et statistiques par secteur d'activité

En 2008, le nombre des maladies professionnelles est de 45 411, en hausse de 3,6 % sur un an.

<http://www.risquesprofessionnels.ameli.fr/chiffres-cles-et-statistiques/nos-statistiques/dossier/91/>

(2009). Rapport de gestion AT/MP : exercice 2008 : Paris : Cnamts.

Abstract: La branche AT-MP publie dans ce document son premier rapport de gestion pour l'exercice 2008, tel que prévu par la COG AT/MP 2009-2012. Sont abordés les grands

équilibres financiers de la Branche d'abord conditionnés par ses recettes résultant des paramètres de tarification arrêtés en début de période, les prestations versées par nature, puis un éclairage des données financières par l'analyse de la sinistralité qui en est la cause http://www.risquesprofessionnels.ameli.fr/fileadmin/user_upload/document_PDF_a_telecharger/brochures/Rapport%20de%20gestion%20Branche%202008%20Assurance%20Maladie%20-%20Risq.pdf

Martinez R. (2009). Les accidents de travail et les maladies professionnelles des agents de l'Etat en 2005 : résultats. Collection Statistiques. Paris : D.G.A.F.P.

Abstract: La Direction générale de l'administration et de la fonction publique réalise une enquête statistique sur les accidents du travail et de trajet et les maladies professionnelles dans la fonction publique de l'État. Ce « Résultats » présente les résultats pour l'année 2005. Dans un premier temps, les résultats de synthèse permettent d'analyser l'évolution du nombre d'accidents, celle du nombre de jours d'arrêt et des ratios associés, dans les ministères et certains de leurs établissements publics sous tutelle. Des comparaisons sont également établies avec le secteur marchand. Les principales maladies professionnelles sont ensuite recensées, ainsi que les jours d'arrêt qu'elles ont occasionnés. Les résultats détaillés de l'enquête 2005 sont présentés en deuxième partie. Les accidents sont répartis selon les facteurs de risque, le mois et le jour de survenue de l'accident. Puis sont analysées par ministère les principales caractéristiques des personnes ayant eu un accident : âge, sexe, activité principale des agents, ancienneté dans le poste de travail, nature et siège des lésions. Les dix principales maladies professionnelles sont étudiées par administration

(2008). Sinistralité des accidents du travail, des accidents de trajet et des maladies professionnelles entre 2003 et 2007 : Branche AT/MP du régime général de la Sécurité sociale : Paris : CNAMTS.

Abstract: Ce dossier, remis à jour une fois par an, offre une synthèse descriptive des principales informations disponibles sur la sinistralité de la branche AT/MP (accidents du travail et maladies professionnelles) du régime général de la sécurité sociale, pour les 5 dernières années connues, ici les années 2003 à 2007. Les sinistres dont il est tenu compte dans ces statistiques, sont les sinistres AT/MP—accidents du travail, du trajet ou maladies professionnelles—ayant entraîné un arrêt de travail d'au moins 24 heures, une incapacité permanente ou/et un décès

(2008). Branche accidents du travail et maladies professionnelles du régime général de la Sécurité sociale. Compte-rendu d'activité 2007 : Paris : CNAMTS.

Abstract: Ce document présente les trois missions de la branche accidents du travail/maladies professionnelles du régime général (prévenir les risques, les tarifier et réparer les sinistres), mais aussi aux actions réalisées avec son réseau (caisses régionales et CGSS) : politique de prévention dynamisée, mobilisation sur des risques prioritaires (cancers professionnel- s, risques routiers, TMS), vigilance face aux risques émergents (risques psychosociaux, biologiques), coordination renforcée pour plus d'efficacité- , accompagnement des efforts de prévention des entreprises, actions concrètes avec les professions, partenariats (services de santé au travail, services d'aide à la personne, ORST), optimisation de l'offre de formation à la sécurité et à la santé au travail...Le rapport d'activité fournit également les dernières statistiques 2007 AT/MP

(2009). Données 2008. *L'Essentiel du Rsi en Chiffres (Rsi)*, -225p.

Abstract: Avec « L'essentiel du RSI - En chiffres – Données 2008 », le régime poursuit ses publications annuelles sur l'état démographique et financier du régime et son évolution face à la nouvelle donne institutionnelle et réglementaire. Cette troisième publication diffère peu des précédentes dans son architecture. Elle continue à replacer les dernières données économiques et financières disponibles sur les ressortissants du RSI dans une perspective historique plus large, cette profondeur étant bien souvent nécessaire à la compréhension des évolutions récentes. Cette remise en perspective est facilitée par l'approfondissement de

l'analyse sur le pilotage financier du régime, replacé quant à lui, dans une perspective largement pluriannuelle. Au-delà, l'analyse a été approfondie sur un sujet au centre des préoccupations actuelles : l'assurance vieillesse. Enfin, un aperçu des premières données disponibles sur les affiliations nouvelles du début de l'année 2009 permet de faire le point tout à la fois sur l'impact de la crise économique et sur celui du dispositif de l'auto-entreprise sur les nouvelles affiliations

[Voir site du RSI](#)

(2009). Les comptes de la Sécurité sociale. Résultats 2008 - Prévisions 2009 et 2010. Tome 1 : Paris : Commission des comptes de la Sécurité sociale.

Abstract: Ce rapport propose une actualisation des prévisions des comptes des régimes de sécurité sociale (famille, retraite, maladie, accidents du travail, maladies professionnelles) pour 2009, compte tenu notamment des hypothèses de croissance retenues. A noter, un éclairage est proposé sur la démographie et l'activité des infirmiers libéraux, sur la tarification à l'activité (T2A), sur les prescriptions d'IPP ainsi que sur l'évolution récente des grandes classes thérapeutiques de médicaments, sur la participation financière des patients en Europe. Un second tome présente les résultats des comptes des régimes autres que le régime général, des régimes de retraite complémentaire ainsi que des éléments de bilan du régime général. Chaque thématique est accompagnée de fiches éclairage. En ce concerne l'assurance maladie, les thèmes retenus sont : démographie et activité des infirmiers libéraux, prescription des inhibiteurs de la pompe à protons, évolution récente des grandes classes thérapeutiques des médicaments, participation financière des patients en Europe, comparaison internationale des dispositifs de fixation des tarifs d'activité des établissements de santé. Au niveau de l'invalidité/AT-MP : évolution du coût des accidents du travail

[Voir Portail de la sécurité sociale](#)

(2009). Les comptes de la Sécurité sociale. Résultats 2008 - Prévisions 2009 : Paris : MSSPS.

Abstract: Pour 2008, les résultats des comptes de la Sécurité sociale sont proches des prévisions de la loi de financement de la sécurité sociale 2009, malgré l'impact de la crise. Le déficit s'établit à 10,2 milliards d'euros. La révision à la baisse de la masse salariale (3,6% contre 4,25% estimé) s'est traduite par une diminution des recettes de plus de 1 milliard d'euros. Les dépenses, en revanche, ont été bien maîtrisées. L'ONDAM a progressé de 3,4% en 2008 après 4,2% en 2007. En 2009, l'effet de la crise économique conduit à dégrader le déficit du régime général de près de 10 milliards d'euros par rapport à l'objectif voté en loi de financement de la sécurité sociale pour 2009. La révision à la baisse de la masse salariale (-1,25% au lieu de 2,75% en LFSS) affecte les recettes pour environ 8 milliards d'euros. L'augmentation du chômage a pour conséquence de différer la baisse des cotisations chômage et donc l'augmentation prévue des cotisations vieillesse et d'augmenter le niveau des prestations logement. Au total, l'impact de la crise est de l'ordre de 10 milliards d'euros, ce qui explique la moitié du déficit du régime général qui atteint un niveau sans précédent de 20,1 milliards d'euros. L'objectif, dans ce contexte, reste la maîtrise des dépenses. Le comité d'alerte, dans son avis du 29 mai dernier, a pointé un risque de dépassement de l'ONDAM de 300 à 500 millions d'euros par rapport à l'objectif voté en loi de financement. Roselyne Bachelot et Éric Woerth ont réaffirmé leur objectif de respecter l'ONDAM voté à 3,3% par le Parlement. Des actions sont engagées avec les caisses d'assurance maladie pour juguler la progression des indemnités journalières et des frais de transports sanitaires, deux postes de dépenses en forte augmentation (respectivement +6,7% et +7,4% sur les 4 premiers mois de 2009). Les contrôles des "gros prescripteurs" seront renforcés. De manière plus générale, les ministres souhaitent que le taux de réalisation des mesures de maîtrise médicalisée s'améliore nettement. Par ailleurs, afin de garantir une bonne gestion des fonds publics, l'exécution des crédits sera suivie avec attention et si certaines dotations ont été surévaluées par rapport aux besoins, elles seront révisées à la baisse dans le prochain projet de loi de financement de la sécurité sociale pour

venir en atténuation de l'ONDAM 2009. Les effets de la crise économique rendent nécessaire de trouver les moyens d'assurer le financement des besoins de trésorerie croissants du régime général. Éric Woerth a confirmé que le plafond d'emprunt de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale, fixé à 18,9 milliards d'euros pour 2009 dans la LFSS, sera relevé par décret en conseil des ministres puis ratifié par le Parlement dans le prochain PLFSS. Pour 2010, dans le contexte actuel de crise économique, le gouvernement ne souhaite ni augmenter les prélèvements obligatoires ni revenir sur les principes vertueux d'une gestion spécifique de la dette sociale au sein de la CADES. Éric Woerth a clairement exclu toute hausse de la CRDS ou de reprise de la dette par l'État en 2010 et indiqué que, pour passer le cap difficile de l'année 2010, le financement des prestations sociales sera garanti en donnant à l'ACOSS les moyens de trésorerie nécessaires

[Voir Portail de la sécurité sociale](#)

(2009). Evolution du coût des accidents du travail, *Les comptes de la Sécurité sociale. Résultats 2008 - Prévisions 2009 et 2010. Tome 1* (pp. 192-195). Paris : Commission des comptes de la Sécurité sociale

[Voir Portail de la sécurité sociale](#)

(2009). Eléments démographiques et financiers : Premiers résultats 2008. *Tableau de Bord Financier (Rsi)*, (29) : -8p.

Abstract: La Caisse nationale RSI présente dans ce fascicule les premiers résultats 2008 des éléments démographiques et financiers. Une première partie présente des données de population des cotisants du RSI : structure de la population ; population protégée ; pensions servies. Une seconde partie présente des données de remboursement des prestations d'assurance maladie et d'assurance vieillesse. Une troisième partie dresse l'état du recouvrement des cotisations d'assurance maladie et d'assurance vieillesse. Une dernière partie analyse les premiers résultats de l'évolution des actifs du régime complémentaire vieillesse et invalidité-décès des artisans et des commerçants

[Voir site du RSI](#)

Bourgeois A., (2009). Le Compte social du handicap en 2007. *Etudes et Résultats (Drees)*, (677) : -8p.

Abstract: [BDSP. Notice produite par MIN-SANTE GR0x8q7n. Diffusion soumise à autorisation]. Les prestations de protection sociale liées au handicap représentent 6,6% de l'ensemble des prestations sociales en 2007. Les pensions d'invalidité (y compris militaires) demeurent le principal poste de dépenses : 26,1% du total. Entre 2000 et 2007, leur croissance a été soutenue par l'augmentation du nombre de bénéficiaires, liée au vieillissement de la population active. Viennent ensuite les prestations d'accident du travail (21,2%), puis l'allocation aux adultes handicapés qui connaît une évolution modérée au cours de la période. Les régimes de sécurité sociale versent la majorité des prestations liées au handicap (59,0% en 2007). La part des départements, plus modeste, a cependant sensiblement progressé, de 9,0% en 1990 à 12,1% en 2007

[Voir le site de la DREES](#)

Fenina A (2009). Comptes nationaux de la santé 2008. *Série Statistiques - Document de Travail - Drees*, (137) : -167p.

Abstract: [BDSP. Notice produite par MIN-SANTE 89R0xFCl. Diffusion soumise à autorisation]. Les Comptes de la santé sont l'un des comptes satellites des Comptes nationaux. Ce rapport s'ouvre par une vue d'ensemble dégagant les principales évolutions des dépenses de santé observées en 2008. Une deuxième partie apporte des éclairages en trois dossiers : les disparités départementales des dépenses de santé, l'évolution des revenus des titulaires d'officines pharmaceutiques, la place de la santé dans l'économie. La troisième partie présente une analyse des dépenses de santé sous forme de fiches thématiques. Ces comptes servent de base à l'élaboration des comptes de la santé

présentés dans les instances internationales (OCDE, Eurostat et OMS)

[Voir le site de la DREES](#)

Martin D., Tabuteau D. (2009). Le coût du risque sanitaire. In : *Traité d'économie et de gestion de la santé* (pp. 315-323). Paris : Editions de Santé ; Paris : SciencesPo Les Presses

Bourgeois A. (2008). Le Compte social du handicap de 2000 à 2006. *Etudes et Résultats (Drees)*, (619) : -8p.

Les dépenses de protection sociale liées au handicap représentent 6,5% de l'ensemble des dépenses sociales en 2006, soit une proportion légèrement supérieure à celle observée de 2000 à 2005 (6,4%). Entre 2000 et 2006, elles sont passées de 25,2 à 34,2 milliards d'euros, soit un taux de croissance annuel moyen de 5,2% en euros courants (3,5% en euros constants). Les pensions d'invalidité (y compris militaires) demeurent le principal poste de dépense : 26,5% du total. Elles sont suivies, en termes d'importance, par les prestations d'accident du travail (21,6%) dont l'accroissement est lié à la montée en charge du Fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante (FCAATA). Vient ensuite l'allocation aux adultes handicapés. La part des départements, plus modeste, a cependant sensiblement progressé, de 10,5% en 2000 à 11,8% en 2006

[Voir le site de la DREES](#)

Bourgeois A., (2008). Les prestations de protection sociale en 2007. *Etudes et Résultats (Drees)*, (665) : -10p.

Le montant des prestations de protection sociale versées aux ménages en 2007 s'élève à 549,6 milliards d'euros, soit 29,0% du PIB. Comme en 2006, les prestations du risque vieillesse-survie, qui représentent 44,9% de l'ensemble des prestations (en 2007), sont les plus dynamiques (+5,5% après +5,6% en 2006). Les prestations du risque santé ont progressé en 2007 (+4,2% après +4,0% en 2006). À l'inverse, dans un contexte d'amélioration de la situation sur le marché du travail, les dépenses relatives au risque emploi accentuent leur diminution entamée en 2006 et celles relatives au risque pauvreté-exclusion ralentissent nettement

[Voir le site de la DREES](#)

Diricq N. (2008). Rapport de la commission instituée par l'article L. 176-2 du code de la Sécurité sociale : Paris : Ministère chargé de la santé, Ministère chargé du travail.

Abstract: La commission d'évaluation de la sous-déclaration des « accidents du travail - maladies professionnelles » (AT-MP) est une instance chargée d'évaluer tous les 3 ans le coût réel de cette sous-déclaration. Présidée par Noël Diricq, la commission indique que la sous-déclaration des AT-MP a augmenté en 2006, coûtant entre 565 et 1 015 millions d'euros à la branche maladie de la sécurité sociale. Les AT-MT normalement pris en charge par la branche AT-MP de la sécurité sociale financée par les cotisations patronales, lorsqu'ils ne sont pas déclarés, basculent dans le régime général. Ainsi, pour 2009, le gouvernement a estimé que la branche AT-MT devra s'acquitter de 710 millions d'euros, la loi prévoyant un reversement à la branche maladie pour les dépenses effectuées à tort. Plusieurs raisons peuvent expliquer la sous-déclaration : la crainte de perdre un emploi, l'ignorance du dispositif, la complexité de la démarche, le manque d'intérêt pour un dispositif de réparation peu attractif, rendent les victimes réticentes à la déclaration. Le rapport dénonce également des employeurs qui font « pression » sur les salariés pour qu'ils ne déclarent pas. Enfin, les médecins généralistes sont confrontés à la difficulté de faire le lien entre la maladie et le travail. La « rigidité » des tableaux de maladies professionnelles, limitant les pathologies pouvant être indemnisées, est aussi mise en cause par le rapport de la commission

<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/084000555/>

(2007). Accidents du travail et maladies professionnelles : le coût de la sous-déclaration; *Pharmaceutiques*, 27 (285) : 546-547.

Abstract: Selon une étude réalisée en 2005 pour le régime de la Sécurité sociale, le montant

de la sous-déclaration des accidents du travail et des maladies professionnelles serait compris, en France, entre 355 et 750 millions d'euros par an. Les raisons de cette sous-déclaration sont variées, liées à la fois à la réglementation, au marché de l'emploi, aux employeurs, aux victimes, mais aussi aux médecins (voir Rapport de la commission d'évaluation Accidents du travail - Maladies professionnelles pour 2005 - Rapport Diricq)

(2007). Approche statistique des risques professionnels des salariés agricoles 2006 : Synthèse nationale : Bagnolet : CCMSA.

Abstract: Les accidents et les maladies reconnus d'origine professionnelle des salariés agricoles font l'objet de déclarations, dont l'exploitation permet d'établir des statistiques. Les évolutions des données et des indicateurs correspondants sont suivies par la MSA depuis 1974. Ces informations ne concernent pas l'Alsace, ni le département de la Moselle, ni les DOM et les TOM, qui relèvent d'autres régimes de protection sociale

[Voir le site de la MSA](#)

Duee M., Bourgeois A. (2006). Les comptes de la protection sociale en 2005. In : Les revenus sociaux en 2005. *Dossiers Solidarité et Santé*, (4) : 7-25.

Abstract: En 2005, le montant des prestations de protection sociale s'élève à 505 milliards d'euros, soit 29,6 % du produit intérieur brut (PIB). Malgré l'infléchissement de l'activité économique, ces prestations ont progressé en valeur à un rythme modéré (+3,9 % en 2005 contre +5,1 % en 2004). En outre, la progression des ressources de la protection sociale a été plus soutenue que celle des dépenses (+4,4 % en 2005 contre +3,8 % en 2004 en valeur). L'évolution des comptes de la protection sociale en 2005 apparaît donc davantage liée à l'impact des politiques sociales qu'au contexte macroéconomique. Ainsi, la réforme de l'assurance maladie d'août 2004 (mise en oeuvre début 2005) et la convention médicale signée le 12 janvier 2005 semblent en partie expliquer le ralentissement des dépenses du risque santé, qui représentent 35 % des prestations de protection sociale. Les dépenses du risque vieillesse-survie (44 % des prestations de protection sociale) continuent quant à elles à augmenter, sous l'effet du dynamisme de la retraite anticipée pour les salariés ayant effectué une carrière longue, instituée dans le cadre de la réforme des retraites d'août 2003

[Voir le site de la DREES](#)

(2003). L'évolution des indemnités journalières versées au titre des accidents du travail et des maladies professionnelles - Les dépassements d'honoraires médicaux entre 2000 et 2002 - La concentration des dépenses et son évolution dans le temps. *Point de Conjoncture (Cnamts)*, (11) : -33p.

La première étude de ce numéro traite de l'augmentation des indemnités journalières versées au titre du risque AT-MP, croissance de 60% entre 1997 et 2001.

(2003). L'évolution des indemnités journalières versées au titre des accidents du travail et des maladies professionnelles. *Point de Conjoncture - la Statistique Mensuelle en Date des Soins*, (11) : 15-24

(2002). Les arrêts de travail de longue durée - Les premiers congés de paternité - L'activité des médecins généralistes le week-end. *Point de Conjoncture (Cnamts)*, (3) : -24p.

"Point de conjoncture" développe quelques aspects particuliers de la situation du premier trimestre 2002, notamment l'évolution des arrêts de travail de longue durée.

Réglementation

Ouvrages

(2010). Prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles : réforme de la tarification des risques professionnels : Paris : CNAMTS

Abstract: La Loi de Financement de la Sécurité Sociale (LFSS) 2010 a modernisé le système d'incitation financière (« Bonus Malus ») qui vise à conduire les entreprises à s'engager dans une démarche de prévention des risques professionnels. Le volet « bonus » permet aux petites et moyennes entreprises qui réalisent un investissement de prévention de bénéficier d'aides financières sous forme de subventions. Pour le volet « malus », la LFSS fixe le principe d'une augmentation minimale des cotisations AT-MP si l'entreprise, après avoir préalablement été mise en garde, n'a pas pris les mesures nécessaires de prévention et la possibilité de majorer sans nouvelle mise en garde en cas de répétition de situations de risque particulièrement grave. Parallèlement à la modernisation des incitations financières à la prévention, une réforme de la tarification de l'Assurance Maladie - Risques professionnels est également prévue pour les grandes et moyennes entreprises (plus de 20 salariés). Le nouveau dispositif a pour objet de rendre plus lisible et rapide la répercussion financière du coût des accidents et maladies professionnelles dans le calcul du taux de cotisation dû par l'entreprise. Au-delà de la simplification importante pour les entreprises du suivi et de l'analyse de leur tarification, ce nouveau système a surtout pour objectif de mieux sensibiliser les entreprises à l'intérêt de mesures de prévention permettant d'éviter les accidents du travail et les maladies professionnelles : chaque entreprise supportera un taux de cotisation dépendant directement du nombre et de la gravité des accidents et des maladies qui auront été reconnus les années précédentes. La prévention en amont des accidents de travail et des risques professionnels est en effet la priorité de la gestion du risque de l'Assurance Maladie - Risques professionnels, qui déploie au travers de son réseau de caisses régionales des programmes d'actions coordonnées de prévention (résumé d'auteur)
http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/DP-Tarification_ATMP.pdf

(2010). Réparation du préjudice permanent subi par les victimes d'accidents du travail et de maladies professionnelles en Europe : Paris : Eurogip.

Abstract: Basée sur les résultats de deux cas pratiques soumis aux organismes d'assurance AT/MP dans une dizaine de pays européens, cette étude comparée des prestations octroyées aux victimes a permis de classer les états en 2 groupes. Le 1er groupe composé de l'Allemagne, l'Autriche, la Belgique, la France et l'Italie, indemnise les préjudices permanents de manière globale. C'est théoriquement la perte de capacité de gain de la victime qui est réparée, généralement sous la forme d'une rente dont le montant est lié au salaire de la victime. Le second groupe - Danemark, Finlande, Luxembourg, Suède et Suisse - répare de manière parfaitement distincte le préjudice économique subi par la victime, généralement sous la forme d'une rente, et les préjudices extrapatrimoniaux (dommage physiologique, le cas échéant douleur...), sous la forme d'un capital. Deux logiques qui comporte des avantages et des inconvénients
http://www.eurogip.fr/fr/docs/Eurogip_NoteRPP_59F.pdf

(2010). Cancers d'origine professionnelle : quelles reconnaissances en Europe ? Paris : Eurogip.

Abstract: Eurogip publie, dans ce rapport, les résultats d'une nouvelle étude sur la possibilité de reconnaître le caractère professionnel des cancers et sur le nombre de cas reconnus par les organismes d'assurance Accidents du travail/Maladies professionnelles à travers les données nationales de douze pays européens. Après une typologie des expositions professionnelles et de la population exposée, le rapport (52 pages) fait le point sur les cancers susceptibles d'être reconnus comme professionnels au titre de la liste nationale de

maladies professionnelles, mais aussi du système hors-liste. La plus importante partie du rapport est consacrée aux données nationales 2000-2008, à travers une vue d'ensemble et des données nationales détaillées. Enfin, il est question du suivi post-professionnel des travailleurs exposés

http://www.euroqip.fr/fr/docs/EUROGIP_RapportRecoCancerspro_49F.pdf

(2005). La Sécurité sociale : son histoire à travers les textes. Tome VI - 1981-2005 : Paris : Comité d'histoire de la Sécurité sociale

Abstract: Le sixième tome de la "Sécurité sociale : son histoire à travers les textes" poursuit une série entreprise de longue date, sous l'impulsion du Président Pierre Laroque. Il couvre la période allant de 1981 à 2005, année du 60e anniversaire de la Sécurité sociale. Ce travail est le fruit d'une analyse des documents administratifs ou parlementaires, replacés dans le contexte de moment, par les meilleurs experts, sollicités pour leur compétence particulière dans chacun des domaines inventoriés

Leclerc P. (1997). La Sécurité sociale : son histoire à travers les textes. Tome III : 1945-1981 : Paris : Comité d'histoire de la Sécurité sociale

Abstract: La Sécurité sociale, institution du XXe siècle, ne s'est pas faite en un jour. Elle a pris forme peu à peu dans notre pays, de manière fragmentaire d'abord, puis en franchissant quelques grandes étapes réformatrices qui ont devancé la mise en place du plan général adopté par les ordonnances de 1945. Les documents présentés dans ce premier volume couvrent la période de 1945 à 1981

Leclerc P. (1996). La Sécurité sociale : son histoire à travers les textes. Tome II : 1870-1945 : Paris : Comité d'histoire de la Sécurité sociale

Abstract: La Sécurité sociale, institution du XXe siècle, ne s'est pas faite en un jour. Elle a pris forme peu à peu dans notre pays, de manière fragmentaire d'abord, puis en franchissant quelques grandes étapes réformatrices qui ont devancé la mise en place du plan général adopté par les ordonnances de 1945. Les documents présentés dans ce deuxième volume couvrent la période de 1870 à 1945

(1994). La Sécurité sociale : son histoire à travers les textes. Tome I : 1780-1870 : Paris : Comité d'histoire de la Sécurité sociale

Abstract: La Sécurité sociale, institution du XXe siècle, ne s'est pas faite en un jour. Elle a pris forme peu à peu dans notre pays, de manière fragmentaire d'abord, puis en franchissant quelques grandes étapes réformatrices qui ont devancé la mise en place du plan général adopté par les ordonnances de 1945. Les documents présentés dans ce premier volume couvrent la période de 1780 à 1870

(2009). Charte des accidents du travail et des maladies professionnelles : Paris : CNAMTS.

Abstract: La présente publication actualise et complète la première édition de la charte des accidents du travail et des maladies professionnelles publiée en septembre 1997 suivant les évolutions législatives, réglementaires et jurisprudentielles. Ce document présente des définitions des AT - MP, les formalités de déclaration, des tableaux récapitulatifs de la procédure de prise en charge, puis des fiches spécifiques à certains cas ou certaines procédures. Une partie traite ensuite de la formation des agents de l'institution. Ce document se termine sur des recommandations pour améliorer la qualité de la gestion des AT - MP

(2005). Accidents du travail - maladies professionnelles : réparation forfaitaire ou intégrale ? Enquête européenne sur les modalités d'indemnisation des victimes : Paris : Euroqip.

Abstract: Au regard du débat français sur la réparation intégrale des préjudices subis, Euroqip publie dans ce rapport d'enquête une analyse comparée sur les prestations versées et les réformes récentes ou envisagées concernant l'indemnisation des victimes d'accidents du travail et des maladies professionnelles dans les autres pays européens. L'étude s'articule autour des aspects suivants : quelle réparation pour quels préjudices, lien de causalité et

limitation de la responsabilité de l'employeur, l'indemnisation en cause : projets de réforme et réflexions

<http://www.eurogip.fr/pdf/Eurogip-18F%20Branche%20AT-MP.pdf>

(2005). La branche "accidents du travail - maladies professionnelles" dans les pays de l'UE-15 : gestion, organisation, missions : Paris : Eurogip.

Abstract: A la demande de la Cnamts, Eurogip a réalisé une enquête pour apporter un éclairage européen sur une question qui fait, depuis quelques temps, l'objet de débats : l'organisation de la branche accidents du travail - maladies professionnelles (AT-MP) au sein de la Sécurité sociale. Le fait que presque tous les pays de l'Union européenne à quinze soient dotés d'une assurance spécifique contre les risques professionnels ne doit pas masquer les différences qui existent entre eux, que ce soit au niveau de l'organisation, des modes de gestion ou des missions de cette assurance. Cette étude publie les résultats de cette enquête

<http://www.eurogip.fr/pdf/Eurogip-18F%20Branche%20AT-MP.pdf>

(2004). L'assurance accidents du travail-maladies professionnelles dans les pays de l'Union européenne : Paris : Eurogip.

Abstract: Ce document, sous forme de classeur, présente une synthèse des points communs et des disparités des systèmes en vigueur dans les pays de l'Europe des Quinze. Chaque fiche pays suit ensuite la même structure : introduction historique, organismes compétents, personnes assurées dans le cadre du régime général, risques couverts, prestations servies, financement de l'assurance, compétences éventuelles en matière de prévention. Des contacts permettent "d'en savoir plus"

Assailly O., Boumendjel M., Kippeurt B. (2009). L'inaptitude en 50 questions. *Etudes et Dossiers*, (suppl.) : -64p.

Abstract: Cette brochure, sans viser à l'exhaustivité, tente, à partir de plus de cinquante questions réponses, de faire l'inventaire des demandes les plus courantes qui parviennent à l'Inspection du Travail ou à la Médecine du Travail. Elles émanent de salariés, en majorité, mais aussi d'employeurs, en particulier des petites entreprises. Ce document s'attache à aborder les différents aspects de l'inaptitude, avec l'objectif d'améliorer l'information des salariés et des employeurs mais aussi celle des médecins du travail, des représentants du personnel (délégués du personnel, membres de CHSCT) et de toutes les personnes qui ont à connaître de ces questions (conseillers du salarié, ayants droit des victimes d'accident du travail ou de maladie professionnelle, etc.). Il n'a pas pour objet de traiter des mesures concernant l'emploi des travailleurs handicapés qui sont présentées dans d'autres brochures

<http://www.drtefp-paysdelaloire.travail.gouv.fr/gallery/file/3706.pdf>

Bras P.L., Delahaye-Guillocheau V. (2004). Tarification des accidents du travail et des maladies professionnelles : Paris : La documentation française.

Abstract: Le rapport est centré sur le système de tarification des accidents du travail, et sur son impact en matière de prévention des risques professionnels. Il est articulé autour des éléments suivants. Une première partie est consacrée au diagnostic du système actuel de tarification des accidents du travail et des maladies professionnelles. La deuxième partie développe un scénario de réforme du système de tarification. La troisième partie propose des aménagements du système actuel

<http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/054000483/0000.pdf>

Laroque M. (2004). La rénovation de la réparation des accidents du travail et des maladies professionnelles : Paris : la documentation française.

Abstract: Partant de travaux réalisés ces dernières années sur le régime de l'assurance accidents du travail et maladies professionnelles, un comité de pilotage technique, sous la présidence de M. Yahiel (2002), puis de M. Michel Laroque, inspecteur général des affaires sociales, a été constitué pour étudier les aspects juridiques, financiers et organisationnels

des conditions de mise en oeuvre d'une réforme de la réparation des accidents du travail et des maladies professionnelles visant à remédier aux principales critiques et à prendre en compte les suggestions formulées dans ces divers travaux. Ce comité associe principalement la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS), le Haut comité médical de la sécurité sociale (HCMSS), la direction de la sécurité sociale et la direction des relations du travail. Le rapport présente dans une première partie les études et simulations et dans une deuxième partie une réflexion sur des scénarios de réforme (3 scénarios possibles : une modernisation du système actuel de réparation des accidents du travail, une mutation du système actuel par la mise en oeuvre de la réparation de droit commun, une réparation intégrale d'assurance sociale). NOTE : Les fichiers compatibles avec le matériel de synthèse vocale utilisé par le public malvoyant pourront être adressés sur simple demande à la section des rapports de l'IGAS à l'adresse internet suivante : igas-section-rapports@sante.gouv.fr

<http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/044000228/0000.pdf>

(2008). Santé au travail et travail de santé. Recherche santé social. Rennes : EHESP
Abstract: Cancers, troubles musculo-squelettiques, dépressions, suicides... Ces dernières années, de nombreuses études ont rappelé les répercussions parfois néfastes du travail sur l'état de santé physique ou mental des individus. Pourtant, les risques pour la santé susceptibles d'être générés par les conditions de travail demeurent, dans l'ensemble, mal connus et sous-estimés dans notre pays. Au plan de l'action publique, on assiste à une timide évolution des modalités de définition, de reconnaissance et de réparation des accidents et maladies professionnelles. À l'échelle des entreprises, on peut s'interroger sur les modalités, les effets et les difficultés des politiques de prévention et de sécurité au travail. Comprendre les liens entre le travail et la santé implique l'analyse transversale des organisations, des politiques publiques, de l'activité concrète et des expériences privées et collectives. Quels sont les rôles des différents acteurs et institutions qui, en interaction, contribuent à la production de la santé au travail ? Quels sont les déterminants des décisions des employeurs ? Certaines formes d'organisation du travail ou de management facilitent-elles le traitement des contraintes ? Quels sont les effets propres de la capacité des individus et des collectifs à intervenir sur leur travail ? Fruit de la collaboration entre une quinzaine de chercheurs en sociologie, économie, histoire, psychologie, droit et gestion, cet ouvrage réunit un ensemble de contributions autour de ces questionnements

(2007). Le risque biologique encouru par les salariés en Europe : quelle ampleur ? Quelle prévention ? Paris : Eurogip.

Abstract: Comment le risque biologique au travail est-il abordé en Europe ? Quelle ampleur ? Quelle prévention ? Cette nouvelle enquête, réalisée par Eurogip, fait le point sur ces questions sur la base d'une étude bibliographique et des réponses au questionnaire envoyé aux organismes compétents dans les différents pays européens

Margossian N. (2006). Risques professionnels : caractéristiques, réglementation, prévention. Technique et ingénierie. Série : Environnement et sécurité. Paris : Dunod

Abstract: Cet ouvrage traite des différents risques professionnels rencontrés dans toutes les activités, industrielles ou de service, en donnant pour chacun le contexte, le cadre réglementaire et les mesures de prévention existantes, illustrées par des exemples sectoriels : définitions et caractéristiques des risques, accidents du travail et maladies professionnelles (réparation aux victimes, organisation de la prévention, ergonomie et conditions de travail) ; législation et réglementation du travail en matière de prévention, et normalisation de la sécurité ; risques mécaniques et physiques (bruit, vibrations, électricité, rayonnements ionisants et non ionisants) ; risques dus aux manutentions manuelles et mécaniques, à la circulation et au transport ; risques chimiques et biologiques ; risques du bâtiment et des travaux publics. Cette deuxième édition mise à jour tient compte des nouvelles directives européennes relatives aux risques professionnels. Cet ouvrage, destiné aux responsables sécurité, responsables opérationnels, chefs d'entreprise, ainsi qu'aux médecins du travail et

CHSCT, offre une vision à la fois globale et pratique de la prévention des risques professionnels

Bourgeot S., Blatman M. (2005). L'état de santé du salarié : de la préservation de la santé à la protection de l'emploi. Droit vivant. Paris : Editions Liaisons

Abstract: Du coup de grisou du mineur de fond au harcèlement moral, en passant par la dépression du cadre surchargé de travail, en vingt ans, le droit du travail est passé de l'"hygiène-sécurité" à la "santé physique et mentale" au travail. En termes simples et à l'aide de nombreux exemples concrets, cet ouvrage traite de l'ensemble des questions juridiques liées à l'état de santé du salarié. Analysant les réformes récentes mais aussi les dernières jurisprudences de la Cour de cassation, la première partie présente le système de prévention des risques professionnels et de protection de la santé au travail : l'évaluation a priori des risques et sa traduction en un document unique ; le plan santé 2005-2009, l'action de la médecine du travail ; le rôle toujours accru du CHSCT ; l'obligation de sécurité pesant sur l'employeur mais aussi le salarié, le droit de retrait ; enfin le harcèlement moral. La deuxième partie examine les conséquences de l'état de santé du salarié sur son contrat de travail, modalités de réparation du risque professionnel, traitement de l'inaptitude au travail, quelle qu'en soit l'origine. La troisième partie traite enfin du handicap, profondément modifié par la loi du 11 février 2005 voulant dynamiser le dispositif de l'obligation d'emploi dans les entreprises

(2004). Pathologies psychiques liées au travail : quelle reconnaissance en Europe ? Paris : Eurogip.

Abstract: Cette étude sur les maladies psychiques liées au travail a été réalisée dans le cadre des travaux du Forum européen de l'assurance accidents du travail et maladies professionnelles créé en juin 1992. Basé sur les résultats d'une enquête menée auprès de 14 pays européens, elle montre que la reconnaissance des maladies psychiques en tant que maladies professionnelles est effective dans la moitié des pays, récente dans certains pays et inexistante pour d'autres. Elle fait une analyse de l'ampleur du phénomène et un bilan de l'état de la réflexion

(2004). Conditions de travail : les enseignements de vingt ans d'enquêtes. Collection Travail & activité humaine. Toulouse : Editions Octarés

Abstract: Depuis vingt ans, les enquêtes Conditions de travail, réalisées par l'Insee et le ministère du Travail (1978, 1984, 1991, 1998), mettent en lumière les conséquences des évolutions économiques et des politiques des entreprises sur les conditions de travail telles qu'elles sont vécues par les salariés. Elles constituent l'un des piliers du dispositif statistique d'observation du travail et de l'emploi. Cet ouvrage collectif propose une relecture synthétique des enseignements de ces enquêtes. Les contributions privilégient, à des degrés divers, trois types d'approches : l'éclairage longitudinal, qui met en évidence les tendances de longue période ; la réflexion méthodologique, éclairant l'apport spécifique de la statistique dans la connaissance des changements du travail ; l'approche thématique de domaines jusqu'ici peu explorés, comme les spécificités du travail des femmes, des salariés âgés, ou la diversité des conditions de travail entre les pays de l'Union européenne, comme les spécificités du travail des femmes, des salariés âgés, ou la diversité des conditions de travail entre les pays de l'Union européenne

(2003). Prévention et gestion des risques technologiques et industriels : Paris : Editions des journaux officiels.

Abstract: La conjugaison du développement économique et d'une exigence accrue de sécurité appelle au renouvellement de la démarche de la prévention du risque technologique et industriel. Les approches techniques et sectorielles doivent se prolonger par une approche globale et systématique. Le Conseil économique et social propose de placer au coeur du dispositif, rénové et centré sur l'entreprise, le facteur humain, permettant ainsi une véritable construction sociale de la sécurité

Allemand H., Fender P. (2003). Les causes médicales d'incapacité permanente pour le risque accident du travail en 1999 : données du régime général de l'Assurance maladie. *Etudes et Enquêtes Cnamts/Dsm*, -60p.

Abstract: Cette publication de la Direction du service médical de la Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAMTS) a pour objectif de décrire les causes médicales d'incapacité permanente en accident du travail selon les caractéristiques d'âge et de sexe des victimes et de gravité des lésions. Cette publication complète la connaissance épidémiologique des séquelles d'accident du travail, notamment pour les incapacités permanentes les plus graves à fort impact médico-social : impact médical car ces pathologies traumatiques sont à l'origine d'handicaps définitifs ; impact social car la reprise d'une activité professionnelle est parfois impossible et le coût financier élevé. Ce document fournit également des informations utiles pour le débat sur une amélioration et une modernisation de la réparation des accidents du travail

Daligand L., Cardona J., Fasquel D. (2001). Sécurité sociale. Connaissances et pratique. Paris : Masson

Abstract: La première partie de cet ouvrage intitulée « Connaissances » offre un panorama complet de l'organisation et du fonctionnement de la Sécurité sociale, plus particulièrement du régime général : assurance maladie, invalidité, maternité, vieillesse, accidents du travail, maladies professionnelles. Elle développe le rôle du service médical de la Sécurité sociale, les relations des praticiens avec cet organisme, les relations conventionnelles avec les professions de santé et les contentieux dans leurs actualisations les plus récentes. Elle aborde les lois sociales du 30 juin 1975 et les établissements médico-sociaux, l'organisation du système d'hospitalisation et des établissements de soins, et détaille les prestations familiales dans leurs aspects les plus actuels. La seconde partie intitulée « Pratiques » composée d'exercices corrigés offre un véritable outil d'entraînement et de réflexion sur des sujets et problèmes concrets de Sécurité sociale

Huteau G. (2001). Sécurité sociale et politiques sociales. Concours droit. Paris : Editions Dalloz

Abstract: Ouvrage de référence, "Sécurité sociale et politiques sociales" ne se limite pas à dresser un panorama complet des régimes de Sécurité sociale, mais en analyse également le rôle fondamental dans la mise en oeuvre des politiques sanitaires et sociales. Cette approche globale entraîne une confrontation avec les autres formes de protection sociale (aide sociale, assurance chômage, retraites complémentaires, mutualité...) auxquelles sont consacrés de larges développements. Intégrant les récentes évolutions législatives, cette troisième édition couvre l'ensemble du système français de protection sociale et en clarifie les enjeux. Equilibre financier, couverture maladie universelle, devenir du système de retraites, lutte contre la pauvreté et l'exclusion, Europe sociale..., chaque sujet est traité autour d'une problématique et illustré de nombreux graphiques et tableaux

Laroque M. (2001). Guide de la protection sociale : Paris : Dunod

Abstract: Cet ouvrage synthétise de manière structurée et concrète les dispositifs institutionnels et juridiques qui régissent l'ensemble complexe de la protection sociale. Il s'efforce, par une approche méthodologique et pluridisciplinaire, d'en offrir un panorama complet à travers plusieurs approches : une première partie cerne les origines et la construction des concepts essentiels ; une seconde partie présente l'organisation financière et administrative nationale et locale du système de protection sociale ; une troisième partie analyse, par catégorie de population (enfants, handicapés, personnes âgées, chômeurs...), les différents types de droits sociaux ; une quatrième partie présente les principaux prestataires de l'action sanitaire et sociale ; une cinquième partie analyse les fondements internationaux et européens de la protection sociale

(2000). Les maladies professionnelles en Europe : Etude comparative sur 13 pays : procédures et conditions de déclaration, reconnaissance et réparation : Paris : Eurogip.

Abstract: L'étude fait le point sur les procédures, conditions et modalités en vigueur de prise en charge des accidents du travail et maladies professionnelles dans treize pays européens avec à l'appui des statistiques épidémiologiques pour la période 1990-1999.

Dreyfus M., Gibaud B., Gueslin A. (1999). Démocratie, solidarité et mutualité : autour de la loi de 1898, Démocratie, solidarité et mutualité : autour de la loi de 1898. Paris, 24-9-1998. Paris :Economica ; Mutualité Française

Abstract: La Charte de la mutualité du 1er avril 1898 marque le départ de la voie française pour les assurances sociales. L'inspiration mutualiste se trouve, certes déjà, aux prises avec une autre logique, celle des compagnies d'assurances privées, auxquelles le législateur confie simultanément la charge des accidents du travail. Reste que l'impulsion décisive est alors donnée à la construction du système français de protection sociale, dans une perspective solidariste. Ce livre, issu d'un colloque national tenu à Paris les 24 et 25 septembre 1998, explore sans complaisance les origines contradictoires de la mutualité. Il restitue, ainsi, les traits du parcours singulier et universel du mutualisme français, en amont et en aval de la loi de 1898, notamment par le moyen d'une approche comparative avec ses principaux homologues européens. Le colloque a bénéficié du soutien de la Mutualité Française, pour commémorer le centenaire de la loi

Articles

Mauger-Lattes M.C. (2011). Pénurie de médecins du travail et visites médicales obligatoires : quelles responsabilités ? Quelles perspectives ? *Droit Social*, (4) : 351-360.
Abstract: L'objet de la réforme en cours de la médecine du travail est triple : consacrer, grâce à des contrats d'objectifs et de moyens conclus entre les services d'une part, l'autorité administrative et les Carsat d'autre part, une approche plus systémique et plus collective de l'action des services de santé, améliorer la gouvernance des services interentreprises et étendre la surveillance médicale à des catégories de travailleurs qui n'en bénéficient pas. Mais le constat est clair : les acteurs de la santé au travail : employeurs, services de santé interentreprises et médecins du travail ne sont plus en mesure de respecter les exigences légales actuellement en vigueur pour assurer la surveillance médicale de tous les travailleurs. L'une des causes majeures est la baisse du nombre des médecins du travail. Cet article tente de faire le point sur le dysfonctionnement actuel

Cellier M., Chapuis O., Chauvin J., Delpuech E. et Al. (2011). Santé au travail : les pouvoirs publics face à leur responsabilité : une indépendance réelle et non faussée des acteurs de santé au travail comme condition sine qua non à l'efficacité. *Cahiers de Santé Publique et de Protection Sociale (Les)*, 28-32.

Abstract: Cet article reprend la conclusion commune du collectif des médecins du travail de Bourg-en-Bresse du 17ème rapport annuel commun d'activité d'un groupe de pair dont ils sont membres. Il dénonce la réforme actuelle de la médecine du travail qui ne résoudrait pas la problématique de la prévention au travail et qui favoriserait les intérêts des employeurs

Lucas G. (2011). Santé au travail : une réforme régressive, une maladie aggravée. *Cahiers de Santé Publique et de Protection Sociale (Les)*, 68-70.

Abstract: En juillet 2011, a été votée la loi relative à l'organisation de la médecine du travail. Cet article, rédigé par un membre du bureau du Syndicat national des professionnels de la santé au travail expose le point de vue critique sur les conséquences de cette loi

Bessière J. (2011). L'activité de l'inspection du travail dans un contexte de fortes évolutions. *Droit Social*, (11) : 1021-1030.

Abstract: Cet article fait un bilan de l'activité de l'Inspection générale du travail pour 2010 en France, à partir du rapport d'activité produit par l'institution. Cette édition 2009 du rapport marque une étape tant sur la forme que sur le contenu. C'est le premier rapport d'une inspection presque unique, puisque une série de décrets a fusionné, en 2008, les quatre

anciens services antérieurement dédiés aux secteurs de l'agriculture- , des gens de la mer, de l'industrie et du commerce, et des transports. Cet article revient sur ce changement organisationnel

Viney G. (2011). L'évolution du droit de l'indemnisation des victimes d'accidents du travail et de maladies professionnelles. *Droit social* (9-10) : 964-973.

Abstract : Cet article dresse un historique du droit de l'indemnisation des victimes d'accidents du travail et de maladies professionnelles. Il revient sur les modes d'indemnisation basés sur la responsabilité sans faute, puis sur la faute inexcusable pour améliorer l'indemnisation des victimes, alors qu'émerge parallèlement une indemnisation d'autres risques sociaux (terrorisme, transfusion sanguine, accidents médicaux non fautifs...) sur la base de la responsabilité civile assurant une réparation financière intégrale.

(2010). La pénibilité au travail, un nouveau risque professionnel ? In : La réforme des retraites. *Droit Social*, (3) : 262-268.

Abstract: L'analyse de la pénibilité au travail a été largement ignorée lors du vote de la loi du 23 août 2003 portant réforme des retraites, le législateur ayant préféré l'inscrire au rang des négociations programmées. Bien avant l'adoption de la loi de modernisation du dialogue social (2007), la démarche était prudente, en raison notamment de la difficulté à cerner cette notion. Cet article examine les réponses qu'apporte la loi 2010 à la prise en compte de la pénibilité. Les parlementaires ne se sont pas seulement préoccupés d'apporter des solutions en terme de compensation accordée, en fin de carrière, aux salariés dont la santé a déjà été altérée et dont l'espérance de vie s'annonce, en conséquence, comme réduite; mobilisant les ressources du droit du travail, ils ont également mis en place des mesures permettant de prévenir et d'alléger la pénibilité en cours de carrière (d'après l'introduction)

Zacharie C. (2010). La procédure de reconnaissance des accidents du travail et des maladies professionnelles : à propos du décret n° 2009-938 du 29 juillet 2009. *Droit Social*, (12) : 1191-1196

Abstract : La prise en charge des accidents du travail et des maladies professionnelles revêt, au sein de la législation française, une physionomie particulière : si elle s'inscrit depuis 1946 dans le cadre de la Sécurité sociale dont elle constitue l'une des branches, elle tire ses origines de la loi du 9 avril 1989, dont il convient de rappeler qu'elle n'avait d'autre objet que d'écarter les règles du droit commun de la responsabilité civile au profit de règles plus favorables à la victime et d'instituer autrement dit un régime spécial de responsabilité civile. Cet article dresse un historique de la prise en charge des AT-MP en France, et analyse la réforme mise en place par le décret n° 2009-938 du 29 juillet 2009.

Barthélemy J. (2010). Réflexion prospective sur l'extension des accords de protection sociale. *Droit Social*, (2) : 182-186

Abstract : En France, le droit de la retraite et de la prévoyance a été modifié en profondeur par la loi Evin du 31 décembre 1989 et celle du 8 août 1994. Elles avaient notamment, comme objet commun, de transposer les directives vie et non-vie relatives à la libre prestation des services en matière d'assurance de personnes. De ce fait, a été abandonnée la conception institutionnelle de la protection sociale complémentaire héritée de l'ordonnance de 1845 sur la Sécurité sociale au profit d'une conception assurantielle. Cet article dresse un historique de la réglementation de la protection sociale complémentaire.

Tauran T. (2009). Le contentieux relatif aux indemnités journalières de l'assurance maladie. *Droit Social*, (5) : 592-599.

Abstract: L'article L.321.1, 5e du Code de la Sécurité sociale prévoit que l'assurance maladie comporte le versement d'indemnités journalières à l'assuré qui est placé dans l'incapacité physique, constatée par son médecin traitant - de continuer ou de reprendre son travail. La présente étude se limite à l'examen du contentieux récent relatifs à ces indemnités

(prestations en espèces) et laisse de côté celui qui porte sur les prestations en nature de l'assurance maladie

Hatzfeld N. (2008). Affections péri-articulaires : une longue marche vers la reconnaissance (1919-1991). In : Dossier "Santé et travail". *Revue Française des Affaires Sociales*, (2-3) : 141-160.

La multiplication récente des cas reconnus d'affections périarticulaires conduit à s'interroger sur l'histoire de ces pathologies professionnelles. L'article commence par examiner l'époque, très longue, au cours de laquelle ces affections ne jouissaient d'aucune reconnaissance comme maladies professionnelles. Dans une seconde partie, l'article étudie la reconnaissance progressive de ces maladies, entre les définitions et la multiplication des cas reconnus, une dynamique installe ces maladies dans le paysage social. La troisième partie sort du terrain réglementaire. Constatant l'importance du nombre des salariés atteints, divers acteurs, professionnels de la santé, syndicalistes ou experts, cherchent à comprendre le phénomène et en viennent à repenser les maladies périarticulaires à l'aide de la notion de troubles musculo-squelettiques (TMS). Malgré la persistance d'un important écart entre la réalité estimée de ces pathologies du travail et leur reconnaissance, celle-ci traduit un changement social significatif

Davezies P. (2007). Tensions et orientations du système français de santé au travail. In : Santé et travail. *Santé Société et Solidarité : Revue de L'Observatoire Franco-Québécois de la Santé et de la Solidarité*, (2/2006) : 23-32.

Abstract: Après avoir fonctionné pendant plusieurs décennies sur un régime relativement stable, le système français de santé au travail est le théâtre de très importantes transformations. Les pratiques qui ont prévalu jusqu'à aujourd'hui, comme les principes qui les sous-tendaient, sont remises en question. Les nouvelles dispositions sont cependant encore très loin d'avoir produit leurs effets. En pareille situation, rendre compte de l'état actuel de l'institution n'aurait pas grand sens ; mieux vaut raisonner en termes de trajectoire et tenter de comprendre comment s'est structurée l'approche française des questions de santé au travail afin de situer l'importance des transformations en cours (introduction)

Fantoni-Quinton S. (2007). Encadrement juridique de l'accès à l'indemnisation des lésions psychiques et musculo-squelettiques liées au travail en France. In : Santé et travail. *Santé Société et Solidarité : Revue de L'Observatoire Franco-Québécois de la Santé et de la Solidarité*, (2/2006) : 83-90.

Abstract: Cet article propose une synthèse du système juridique français des possibilités d'indemnisation des lésions psychiques et musculo-squelettiques liées au travail

Lerouge L. (2007). Accidents du travail et maladies professionnelles : le renouvellement de la définition de l'accident du travail. *Revue de Droit Sanitaire et Social*, (4) : 696-713.

Abstract: Ce dossier passe en revue l'évolution du droit français dans le domaine de la définition et de la prise en charge de l'accident du travail, survenue depuis 2007, dans le contexte de la médiatisation des suicides au travail

Pellet R. (2006). L'entreprise et la fin du régime des accidents du travail et des maladies professionnelles. *Droit Social*, (4) : 402-414.

Abstract: Cet article examine les racines historiques des contradictions du régime des AT-MP et ses conséquences

Aubijoux J. (2003). Accidents et handicaps : le maquis des barèmes d'indemnisation. *Concours Médical*, (5) : 304-307.

Abstract: [BDSP. Notice produite par ENSP k8DR0xbz. Diffusion soumise à autorisation]- . Victimes de la route ou d'un attentat, victimes d'un accident du travail dans le privé ou dans la fonction publique... Toutes percevront des indemnités différentes, même si les séquelles

fonctionnelles sont identiques. Il est temps, sinon d'élaborer un barème unique, du moins de toiletter la législation pour la rendre plus équitable

Lyon-Caen A. (2002). Une révolution dans le droit des accidents du travail. *Droit Social*, (4) : 445-449.

Abstract: [BDSP. Notice produite par ENSP R0xqnlay. Diffusion soumise à autorisation]- . Les arrêts rendus par la Cour de cassation dans l'affaire de l'amiante, le 28 février 2002, dégagent un nouveau fondement juridique de l'ensemble de la législation sur les accidents du travail et les maladies professionnelles : "En vertu du contrat de travail le liant à son salarié, l'employeur est tenu envers celui-ci d'une obligation de sécurité de résultat, notamment en ce qui concerne les maladies professionnelles contractées par ce salarié du fait des produits fabriqués ou utilisés par l'entreprise"

Moreau M.A. (2002). Pour une politique de santé dans l'entreprise. *Droit Social*, (9-10) : 817-827.

Abstract: Durant les dix dernières années, une évolution profonde s'est amorcée concernant l'évolution des pratiques professionnelles ou de celle du cadre législatif relatif à la santé des salariés dans l'entreprise. L'objectif de cet article est de tenter de redéfinir le paysage juridique de la santé au travail afin de montrer la nécessité de (re)penser les politiques de santé des travailleurs d'entreprise. Il insiste sur les aspects suivants : le passage d'une simple politique de sécurité à une politique globale de santé dans l'entreprise, une construction difficile dans les entreprises, la coordination des acteurs

Thebaud-Mony A. (2002). Travail et santé. *Problèmes Politiques et Sociaux*, (883) : -120p.

Abstract: Ce dossier fait le point sur les atteintes à la santé d'origine professionnelle. L'ouvrage examine d'abord la lente conquête de la protection des travailleurs dans les pays industrialisés, avec la mise en place progressive d'une réglementation sur la santé au travail et l'indemnisation des victimes. Une seconde partie montre que cette évolution est cependant paradoxale. Ni le renforcement de la législation, ni l'avancée des connaissances scientifiques n'apparaissent suffisants pour réduire au maximum les risques en milieu professionnel. Le développement de situations de précarité, les effets de la sous-traitance et l'intensification du travail fragilisent la protection des salariés. Depuis 20 ans, on assiste en effet à une augmentation de certains types d'atteintes à la santé : nouvelles pathologies ou troubles psychologiques dus au harcèlement. Si la crise de l'amiante a servi de révélateur et permis des avancées en matière d'indemnisation, d'autres évolutions sont moins favorables. Quelles perspectives envisager alors que s'accroissent souffrance psychique et manifestations pathologiques au travail et que le dispositif français de prévention et de réparation connaît certaines limites qui l'empêchent de remplir pleinement ses fonctions ? (résumé d'auteur)

Brugere J., Thebaud-Mony A. (1999). Les cancers professionnels. *Revue Française des Affaires Sociales*, (2) : 63-72.. Les cancers professionnels (CP) posent des problèmes complexes et intriqués qui peuvent être regroupés en trois rubriques : - définition et estimation de l'incidence ; - modalités de la déclaration, de la reconnaissance et de la réparation ; - évaluation, localisation et gestion des cancérogènes responsables en vue d'améliorer la prévention des risques professionnels

Martine R. (1998). L'amiante : l'émergence tardive d'un risque. *Actualité et Dossier en Santé Publique*, (23) : 30-31.

Les mesures de prévention et de réparation des risques de l'amiante ont été tardives. L'histoire de l'exploitation et de l'utilisation de ce produit montre pourtant que ces risques étaient identifiés dès 1927 et l'asbestose reconnue comme maladie professionnelle en 1945. La relation avec le cancer bronchopulmonaire et le mésothéliome a été établie dans les années 60, mais les premières mesures de protection n'ont pas été appliquées. L'expertise collective demandée à l'INSERM par la DGS a confirmé la relation entre mésothéliome et

amiante, révélé une croissance annuelle de 5 à 10% de ce cancer et identifié les risques environnementaux associés. En 1996, un décret interdit l'usage de l'amiante et un programme national est établi pour la surveillance de la contamination des lieux où des personnes peuvent être soumises à une exposition cumulée, la détermination de l'exposition de ces personnes, la surveillance des risques pour leur santé, notamment le mésothéliome et les pathologies respiratoires non cancéreuses. Le mésothéliome fait désormais l'objet d'une surveillance par le Réseau national de santé publique. Le retard apporté à la prévention et la réparation des effets de l'amiante doit être comblé. Il pose aussi la question de la relation de la société avec le risque, l'acceptation sociale ayant, comme les répercussions économiques, un rôle dans les décisions concernant la gestion de ce risque

Thebaud-Mony A. (1992). La connaissance des maladies professionnelles. *Travail et Emploi*, 54 87-99.

Études de l'Irdes sur la relation Santé et travail

Lengagne P. (2011). Récompense au travail ressentie et santé des seniors. *Questions d'Economie de la Santé (Irdes)*, (166) : -8p.

Abstract: Selon le modèle de Siegrist, le sentiment de recevoir une faible récompense au travail en contrepartie de l'effort fourni représente un facteur de risque psychosocial affectant la santé. À partir de l'enquête européenne SHARE, menée en 2004 et 2006 auprès des personnes de 50 ans et plus, cette étude propose de mesurer l'effet de ce déséquilibre entre récompense et effort sur l'état de santé des seniors, puis d'identifier des facteurs relatifs au travail pouvant expliquer ce déséquilibre. Selon nos résultats, la probabilité de déclarer des limitations d'activités est supérieure de 8 points pour les seniors en emploi estimant recevoir une faible récompense au travail en 2004 et 2006. La probabilité de déclarer des douleurs articulaires ou maux de dos est, quant à elle, supérieure de 12 points. Le sentiment de recevoir une faible récompense au travail, davantage observé chez les ouvriers et employés que chez les cadres, est également associé à la pénibilité physique, à la charge de travail et au risque de perdre son emploi. Cette perception concerne moins souvent les salariés de petites entreprises (moins de 15 salariés) et les indépendants que les entreprises de taille moyenne (25 à 199 salariés). Enfin, des écarts élevés de récompense au travail ressentie entre pays européens ressortent. Ceux-ci reflètent les différences entre les pays les plus performants en termes d'emploi des seniors, dont les pays du nord de l'Europe, et les moins performants, comme la France

<http://www.irdes.fr/Publications/2011/Qes166.pdf>

Ben Halima M., Debrand T. (2011). Durée d'arrêt de travail, salaire et assurance maladie : modèle microéconomique à partir de la base HYGIE. Document de travail ; 42. Paris : Irdes

Abstract: L'objectif de cette étude est de mettre en évidence la relation entre la durée d'arrêt de travail, les salaires et l'Assurance maladie. Elle présente une réécriture du modèle développé par Allen (1981), en tenant compte des spécificités du modèle français. Les propriétés d'équilibre du modèle montrent qu'il existe une indétermination de l'effet du salaire sur la durée de l'arrêt de travail et que les règles de l'Assurance maladie modifient aussi la durée d'arrêt de travail. Cette propriété est soumise à estimation économétrique en utilisant la base de données Hygie, construite à partir de la fusion de différents fichiers administratifs de salariés du secteur privé en France en 2005, qui permet de prendre en considération : les relations employeurs/employés, l'impact des caractéristiques des entreprises sur la santé de leurs employés mais aussi les interactions entre la santé et le travail. Elle estime un modèle à hasard proportionnel à temps discret en tenant compte de l'hétérogénéité inobservée sur l'échantillon des hommes et des femmes. Afin de lever l'indétermination du salaire sur la durée d'arrêt de travail, quatre niveaux sont mobilisés : le niveau actuel du salaire, le taux d'évolution depuis le début de la carrière salariale (rendement de l'éducation), la progression

sur les deux dernières années (récompense monétaire) et le salaire d'efficiencia. Les résultats des estimations montrent que le salaire actuel a un effet négatif sur la durée d'arrêt de travail. En revanche, une forte progression salariale de long terme tend à réduire la durée d'arrêt de travail pour les hommes et à la rallonger pour les femmes. De plus, les différentes modalités de l'Assurance maladie semblent modifier les comportements des salariés concernant les arrêts de travail

<http://www.irdes.fr/EspaceRecherche/DocumentsDeTravail/DT42DureeArretTravailAssuranceMaladieMicroBaseHygie.pdf>

Laferrere A., Debrand T., Sirven N. et al. (2011). L'enquête SHARE : bilan et perspectives, Actes du séminaire. Paris, 17-5-2011. Paris : Irdes

Abstract: Le séminaire « L'enquête SHARE : bilan et perspectives », qui s'est tenu à Paris au ministère de la Recherche le 17 mai 2011, a rassemblé équipes de recherches et services d'études et de recherche des administrations centrales. Il avait pour objectif de faire le point sur les apports de l'enquête à la connaissance des enjeux économiques et sociaux du vieillissement, d'une part, et de poser la question de son avenir en termes de financement et de partenariat, d'autre part. Les exposés et discussions sur les apports de l'enquête se sont articulés autour de trois problématiques : les relations entre santé, travail et retraite ; l'espérance de vie en retraite, la situation financière des retraités et les transferts entre générations ; la dépendance, l'aide intergénérationnelle et une approche de la prévention de la dépendance par le concept de fragilité. En complément est jointe une annexe sur les actualités de la quatrième vague de l'enquête SHARE présentant les contours du projet SHARE, l'état des lieux de la vague 4 sur le terrain et une revue de littérature thématique

Briant N., Lenormand M.C., Sirven N. (2011). L'influence des Etats providence sur les conditions de vie des Européens de 50 ans et plus : Premiers résultats de l'enquête SHARELIFE sur les histoires de vie. *Questions d'Economie de la Santé (Irdes)*, (168) : -4p.

Abstract: SHARELIFE, troisième vague de l'enquête européenne SHARE (Survey of Health, Ageing, and Retirement in Europe) sur la santé, le vieillissement et la retraite, a interrogé des seniors de 50 ans et plus sur leur histoire de vie depuis l'enfance jusqu'à aujourd'hui.

L'objectif était de combler une lacune des enquêtes sur la santé et les conditions de vie économiques et sociales : l'absence de recul temporel. En recueillant des informations standardisées sur les histoires de vie des individus, SHARELIFE permet, par exemple, de mieux comprendre l'influence des Etats providence sur la vie passée et présente des personnes. À partir d'une sélection d'articles issus de l'ouvrage collectif *The Individual and the Welfare State*, dirigé par A. Börsch-Supan, M. Brandt, K. Hank et M. Schröder, une synthèse des premiers résultats de SHARELIFE est présentée ici. Si les effets positifs des systèmes de protection sociale sur le court terme sont confirmés, des effets de long terme sont observés, dont certains sont inattendus, voire parfois pervers, tant en matière de dépenses publiques que de bénéfices individuels

<http://www.irdes.fr/Publications/2011/Qes167.pdf>

Debrand T. (2011). L'influence des conditions de travail sur les dépenses de santé.

Document de travail (Irdes) ; 41 : Paris : Irdes.

Abstract: L'impact de certaines conditions de travail (pénibilité physique et risques psychosociaux) sur les dépenses de santé est estimé à partir des données de l'enquête Santé 2002-2003 auprès des salariés âgés de 18 à 65 ans. Trois indicateurs de dépenses de santé sont utilisés : le nombre de recours aux médecins généralistes ou spécialistes au cours des douze derniers mois, la prise d'arrêts de travail sur une période de deux mois consécutifs et le recours à l'hôpital au cours des douze derniers mois. Deux méthodes d'analyse sont retenues : l'une « naïve » et l'autre par appariement. Les résultats font apparaître un accroissement des dépenses de santé non seulement dû aux effets des pénibilités retenues sur la consommation ambulatoire, la prise d'arrêts de travail et les hospitalisations, mais également lié au cumul des risques professionnels

<http://www.irdes.fr/EspaceRecherche/DocumentsDeTravail/DT41InfluenceConditionsTravailDepensesSante.pdf>

Ben Halima M.A., Debrand T., Regaert C. (2011). Arrêts maladie : comprendre les disparités départementales. Document de travail (Irdes) ; 39. Paris : Irdes

Abstract: Les disparités départementales d'arrêts maladie sont ici appréhendées à partir de la base de données Hygie. Cette base, fusionnant différents fichiers administratifs de salariés du secteur privé en France en 2005, permet de prendre en considération : les relations « employeurs/employés », l'impact des caractéristiques des entreprises sur la santé de leurs employés et aussi les interactions entre la santé et le travail. L'analyse empirique présentée dans ce document est menée en trois temps : une analyse descriptive pour mettre en évidence les différences interdépartementales, une analyse multi-variée pour mettre en avant les facteurs explicatifs de la probabilité d'être en arrêt maladie et enfin une analyse des déterminants des différences entre les départements. Ce sont les variables décrivant l'offre médicale (densité d'omnipraticiens), les contrôles de l'Assurance maladie et l'âge d'entrée sur le marché du travail qui permettent le plus d'expliquer les disparités interdépartementales en matière d'arrêts maladie (résumé d'auteur)

<http://www.irdes.fr/EspaceRecherche/DocumentsDeTravail/DT39ArretsMaladieComprendreDisparitesDepartement.pdf>

Sermet C. (2011). Etat de santé des travailleurs indépendants selon le secteur professionnel, *Stress au travail et santé : situation chez les indépendants* (pp. 83-97). Paris : INSERM

Abstract: Ce chapitre fait le point sur les connaissances en matière d'état de santé des travailleurs indépendants. Différents indicateurs directs ou indirects de santé sont explorés : mortalité, santé perçue, maladies chroniques, accidents du travail, arrêts de travail, facteurs de risque. La première partie du chapitre est consacrée à l'état de santé de cette population, indépendamment des problèmes de santé liés au travail. Une deuxième partie tente ensuite d'approcher les maladies et les risques professionnels spécifiques des indépendants

<http://www.inserm.fr/thematiques/sante-publique/expertises-collectives>

Behaghel L., Blanchet D., Debrand T., Roger M. (2011). Disability and social security reforms : the french case : Paris : Irdes. Document de travail (Irdes) ; 38

Abstract: En France, les sorties précoces de l'emploi sont expliquées principalement par un âge légal de départ à la retraite peu élevé et par l'existence de dispositifs de sorties liés à l'assurance chômage ou à des mesures de préretraites qui permettent aux travailleurs seniors de cesser leur activité avant d'accéder à une retraite « normale ». Pour ces raisons, les dispositifs liés à l'incapacité sont assez peu développés contrairement à la situation qui règne dans des pays où les âges normaux de départs à la retraite sont élevés et où les systèmes de sorties liés au chômage ou à la préretraite sont quasiment inexistantes. Pourtant il demeure intéressant d'examiner le rôle de l'incapacité dans le processus de départ à la retraite en France, au moins d'un point de vue prospectif dans un contexte de réduction de la générosité du système de pension et des dispositifs de sortie alternatifs traditionnels. L'étude des réformes passées montre que l'incapacité est souvent un dispositif qui se substitue à d'autres dispositifs existants. Les changements dans la détermination des indemnités d'invalidité semblent plus impacter les sorties d'activités via ce dispositif que les modifications des indicateurs de santé tels que les taux de mortalité. Cependant, nos résultats suggèrent que les augmentations des niveaux moyens d'état de santé pendant les dernières deux décennies sont corrélées avec une augmentation des inégalités de santé. Dans un contexte où les pensions vont devenir de moins en moins généreuses, les demandes concernant le mécanisme d'invalidité peuvent, donc augmenter pour deux raisons : suite à l'existence des effets de substitution entre les dispositifs mais également pour répondre à des inégalités de santé grandissantes (résumé d'auteur)

<http://www.irdes.fr/EspaceAnglais/Publications/WorkingPapers/DT38DisabilitySocialSecurityReformsFrenchCase.pdf>

Behaghel L., Blanchet D., Debrand T., Roger M. (2011). Disability and social security reforms : the french case. Working Paper ; 2011-02. Paris : Irdes

Abstract: En France, les sorties précoces de l'emploi sont expliquées principalement par un âge légal de départ à la retraite peu élevé et par l'existence de dispositifs de sorties liés à l'assurance chômage ou à des mesures de préretraites qui permettent aux travailleurs seniors de cesser leur activité avant d'accéder à une retraite « normale ». Pour ces raisons, les dispositifs liés à l'incapacité sont assez peu développés contrairement à la situation qui règne dans des pays où les âges normaux de départs à la retraite sont élevés et où les systèmes de sorties liés au chômage ou à la préretraite sont quasiment inexistants. Pourtant il demeure intéressant d'examiner le rôle de l'incapacité dans le processus de départ à la retraite en France, au moins d'un point de vue prospectif dans un contexte de réduction de la générosité du système de pension et des dispositifs de sortie alternatifs traditionnels. L'étude des réformes passées montre que l'incapacité est souvent un dispositif qui se substitue à d'autres dispositifs existants. Les changements dans la détermination des indemnités d'invalidité semblent plus impacter les sorties d'activités via ce dispositif que les modifications des indicateurs de santé tels que les taux de mortalité. Cependant, nos résultats suggèrent que les augmentations des niveaux moyens d'état de santé pendant les dernières deux décennies sont corrélées avec une augmentation des inégalités de santé. Dans un contexte où les pensions vont devenir de moins en moins généreuses, les demandes concernant le mécanisme d'invalidité peuvent, donc augmenter pour deux raisons : suite à l'existence des effets de substitution entre les dispositifs mais également pour répondre à des inégalités de santé grandissantes (résumé d'auteur)

<http://halshs.archives-ouvertes.fr/docs/00/55/67/22/PDF/wp201102.pdf>

Sirven N., Sermet C. (2010). La santé des travailleurs âgés en Europe. In : L'état de santé des travailleurs âgés. *Retraite et Société*, (59) : 15-37.

Abstract: Ce travail a pour objectif de dresser un état des lieux de la santé des travailleurs âgés, entre 50 et 60 ans, en Europe. Il propose une comparaison internationale qui s'appuie sur plusieurs mesures individuelles de l'état de santé. La première partie présente plus en détail les données de l'enquête Share et l'échantillon utilisé. Les variables sont présentées dans la deuxième partie. Enfin l'analyse se poursuit par l'étude des déterminants individuels de l'état de santé

Sermet C., Khlal M. (2011). Quels liens entre maladie et perte d'emploi ? *Santé & Travail*, (73) : 1-2.

Abstract: Cet article est un extrait de "La santé des chômeurs en France : revue de littérature. *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, n° 52, 2004, pp. 466-469 et 471-472

Lenormand M.C., Sermet C., Sirven N. (2010). La santé des seniors en emploi : résultats de l'enquête européenne SHARE 2006. *Questions d'Economie de la Santé (Irdes)*, (160) : 1-6.

Abstract: Dans un contexte de vieillissement de la population et d'allongement de la vie active, la plupart des pays sont confrontés au défi du vieillissement en bonne santé. L'enquête Survey of Health Ageing and Retirement in Europe (SHARE), utilisée ici, permet d'explorer l'état de santé des personnes âgées de 50 à 59 ans en Europe et aussi d'en étudier les déterminants. Si des problèmes de santé non négligeables apparaissent dès 50 ans, on constate également une forte hétérogénéité des situations entre pays européens. Bien que la France détienne le record de l'espérance de vie, elle occupe actuellement une place relativement médiocre concernant l'état de santé de ses quinquagénaires. Après avoir comparé l'état de santé des actifs occupés avec celui des chômeurs et des inactifs, d'où il ressort un effet « travailleur en bonne santé », une attention particulière est portée aux déterminants de l'état de santé des seniors européens en emploi

<http://www.irdes.fr/Publications/2010/Qes160.pdf>

Barange C., Eudier V., Sirven N. (2008). L'enquête SHARE sur la santé, le vieillissement et la retraite en Europe devient longitudinale : Les données de la deuxième vague sont

désormais disponibles. *Questions d'Economie de la Santé (Irdes)*, (137) : -4p.

Abstract: Ce Questions d'économie de la santé présente quelques résultats préliminaires issus de la seconde vague d'enquête de SHARE. Ces résultats portent notamment sur la dynamique de la santé et du marché de l'emploi. Ils soulignent l'influence des conditions de travail et des dispositifs mis en oeuvre d'un pays à l'autre – notamment en matière d'assurance invalidité – sur le choix de sortie prématurée d'emploi et de passage à la retraite. Par ailleurs, ces nouvelles données confirment les observations de la première vague en termes d'inégalités de santé et apportent un éclairage complémentaire sur les déterminants individuels de l'évolution du recours aux soins

<http://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes137.pdf>

Blanchet D., Debrand T. (2008). The sooner, the better ? Analyzing preferences for early retirement in European countries. Document de travail (Irdes) ; 13. Paris : Irdes

Abstract: Ce travail utilise la première vague de l'enquête européenne SHARE pour analyser l'effet de l'état de santé et de la satisfaction au travail sur les préférences en matière d'âge de départ en retraite dans 10 pays européens. Les préférences concernant l'âge de départ sont mesurées par la probabilité de réponse positive à une question sur le souhait de partir à la retraite le plus rapidement possible. Les auteurs s'intéressent aux rôles joués par la santé et les conditions de travail pour expliquer à la fois les différences de préférence au niveau individuel et les différences de préférence entre les pays. Au niveau individuel, les effets obtenus sont conformes aux attentes, mais ne contribuent que faiblement à expliquer les différences moyennes constatées entre pays. A état de santé et conditions de travail individuelles identiques, les auteurs observent un gradient nord-sud du souhait de départ précoce à la retraite qui reste proche de l'effet brut. Ces résultats sont robustes au contrôle par des indicateurs de contexte institutionnel (générosité des systèmes de retraite) et au contrôle du biais de sélection lié au fait que la question ne touche que des individus encore en activité (résumé d'auteur)

<http://www.irdes.fr/EspaceAnglais/Publications/WorkingPapers/DT13SoonerBetterAnalysingPrefRetirEuropCountries.pdf>

Barnay T., Debrand T. (2007). L'état de santé comme facteur de cessation d'activité en Europe. In : Santé et travail. *Sante Société et Solidarité : Revue de L'Observatoire Franco-Québécois de la Santé et de la Solidarité*, (2/2006) : 119-131.

Abstract: Dans cet article, les auteurs exposent, dans un cadre européen, le rôle important de la santé dans la décision des hommes et des femmes âgées de 50 à 65 ans de participer au marché de l'emploi. Leur analyse s'appuie sur l'Enquête Share. Ils décrivent pour cette population les liens existant entre la santé, les caractéristiques socio-économiques et la participation à l'emploi. Ils soulignent notamment l'impact plus fort de certaines maladies, mais aussi le rôle joué par le niveau d'étude et la situation familiale. Puis, une modélisation incorporant une variable d'incapacité réelle leur permet d'analyser plus précisément les interactions entre santé et travail chez les seniors. Ils montrent ainsi que si l'impact de l'état de santé sur la participation à l'emploi est fort, il existe des différences entre les hommes et les femmes

Blanchet D., Debrand T. (2007). Aspiration à la retraite, santé et satisfaction au travail : une comparaison européenne. Document de travail (Irdes) ; 1. Paris : Irdes

Abstract: Ce travail utilise la première vague de l'enquête européenne SHARE pour analyser l'effet de l'état de santé et de la satisfaction au travail sur les préférences en matière d'âge de départ en retraite dans 10 pays européens. Les préférences concernant l'âge de départ sont mesurées par la probabilité de réponse positive à une question sur le souhait de partir à la retraite le plus rapidement possible. Les auteurs s'intéressent aux rôles joués par la santé et les conditions de travail pour expliquer à la fois les différences de préférence au niveau individuel et les différences de préférence entre les pays. Au niveau individuel, les effets obtenus sont conformes aux attentes, mais ne contribuent que faiblement à expliquer les différences moyennes constatées entre pays. A état de santé et conditions de travail

individuelles identiques, les auteurs observent un gradient nord-sud du souhait de départ précoce à la retraite qui reste proche de l'effet brut. Ces résultats sont robustes au contrôle par des indicateurs de contexte institutionnel (générosité des systèmes de retraite) et au contrôle du biais de sélection lié au fait que la question ne touche que des individus encore en activité (résumé d'auteur)

<http://www.irdes.fr/EspaceRecherche/DocumentsTravail2007.html#wpn1>

Blanchet D., Debrand T. (2007). Souhaiter prendre sa retraite le plus tôt possible : santé, satisfaction au travail et facteurs monétaires. In : Santé, vieillissement et retraite en Europe. *Economie et Statistique*, (403-404) : 39-62.

Abstract: Les souhaits des individus en matière d'âge de la retraite sont très différenciés entre pays et au sein même de chaque pays. La proportion d'individus de plus de 50 ans et encore en emploi qui souhaitent prendre leur retraite le plus rapidement possible varie d'environ 30 % aux Pays-Bas à 67 % en Espagne. Cette aspiration à un départ rapide peut dépendre à la fois de facteurs économiques et non économiques. Les facteurs non économiques incluent notamment la satisfaction au travail, la santé ou encore l'espérance de vie : un état de santé dégradé, une faible espérance de vie et un travail peu satisfaisant sont autant de raisons de vouloir prendre sa retraite le plus rapidement possible. Mais ce souhait peut aussi dépendre de facteurs économiques ou monétaires et notamment du barème des droits à retraite. Des prestations élevées dès l'âge d'ouverture des droits permettent d'envisager un départ précoce. Des droits plus faibles ou plus progressifs avec l'âge devraient rendre ce souhait moins fréquent. En combinant les données de l'enquête Share et des indicateurs de structure des droits à retraite par pays récemment proposés par l'OCDE, il est possible d'analyser le rôle conjoint de tous ces facteurs

http://www.insee.fr/fr/ffc/docs_ffc/ES403-404c.pdf

Blanchet D., Debrand T., Dourgnon P., Laferrere A. (2007). Santé, vieillissement et retraite en Europe. In : Santé, vieillissement et retraite en Europe. *Economie et Statistique*, (403-404) : 3-18.

Abstract: Ce numéro présente une série d'étude francophones effectuées à partir de la vague 1 de l'enquête Share conduite en 2004 et 2005. Les auteurs présentent dans cet introduction les caractéristiques de l'enquête Share, les défis qu'elle représente et quelques-unes des réponses apportées par les auteurs de ce numéro. Les auteurs présentent également les limites de l'enquête, avec une attention particulière aux questions de comparabilité des données, notamment dans le domaine de la santé. Ils abordent enfin les prolongements de l'enquête qui ont été d'ores et déjà engagés

http://www.insee.fr/fr/ffc/docs_ffc/ES403-404a.pdf

Debrand T. (2007). La santé comme facteur explicatif du passage à la retraite en Europe. In F.LEGROS (Ed.), *Les retraites - Libres opinions d'experts européens* (pp. 184-193). Paris : Economica

Debrand T., Lengagne P. (2007). Pénibilité au travail et santé des seniors en Europe. In : Santé, vieillissement et retraite en Europe. *Economie et Statistique*, (403-404) : 19-38.

Abstract: Les conditions de travail ont beaucoup évolué au cours des dernières décennies dans les pays développés. Cette évolution s'est accompagnée de l'apparition de nouvelles formes d'organisation du travail pouvant être sources de pénibilité et de risques pour la santé. Dans un contexte de vieillissement des populations, ces problèmes sont particulièrement préoccupants, en matière de santé, d'emploi et de financement des retraites. Cette étude s'intéresse aux liens existant entre l'organisation du travail et la santé des seniors à partir de l'enquête Share 2004. Elle se fonde sur deux modèles, celui de Karasek et Theorell (1991) et celui de Siegrist (1996) qui font intervenir trois principales dimensions : la pression ressentie qui reflète la pénibilité physique perçue et la pression due à une forte charge de travail, la latitude décisionnelle qui renvoie à la liberté d'action et aux possibilités de développer de nouvelles compétences, et la récompense reçue qui

correspond au sentiment de recevoir un salaire correct relativement aux efforts fournis, d'avoir des perspectives d'avancement ou de progression personnelle et de recevoir une reconnaissance méritée. Ces modèles tiennent également compte de la notion de soutien dans le travail et du sentiment de sécurité de l'emploi

http://www.insee.fr/fr/ffc/docs_ffc/ES403-404b.pdf

Debrand T., Lengagne P. (2007). Pénibilité au travail et santé des seniors en Europe. *Questions D'Economie de la Sante (Irdes)*, (120) : 1-6.

Abstract: L'évolution rapide des conditions de travail au cours des dernières décennies est marquée par l'apparition de nouvelles formes d'organisation du travail et de nouvelles pénibilités. Dans un contexte de vieillissement des populations actives, ces problèmes sont particulièrement préoccupants en matière de santé, d'emploi et de financement des systèmes de retraite. Cette étude propose une analyse des corrélations entre pénibilité au travail et état de santé des 50 ans et plus ayant un emploi, à partir des données de l'enquête européenne SHARE 2004

<http://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes120.pdf>

Blanchet D., Debrand T. (2006). Les différences d'attitudes nationales face à l'âge du départ à la retraite. In : De l'emploi des seniors à la gestion des âges. *Problèmes Politiques et Sociaux*, (924) : 73-75.

Barnay T. (2005). Pénibilité du travail, santé et droits d'accès à la retraite. In : Le soutien aux personnes âgées en Europe. *Retraite et Société*, (46) : 170-197.

Abstract: Le système de retraite est complexe puisqu'il se caractérise à la fois par une égalité à terme des durées de retraite pour les salariés du privé et du public, mais aussi par une grande diversité des règles d'accès à la retraite. Par ailleurs, l'état de santé en fin de vie active est particulièrement dégradé pour certaines catégories sociales comme les ouvriers. L'une des causes de ces inégalités sociales de santé relève de la pénibilité du travail subie durant l'activité professionnelle. Cet article s'intéresse à la légitimité de la mise en place d'une "discrimination positive" par la santé, plus précisément par la pénibilité dans le travail, dans l'accès aux droits à la retraite. Cette légitimité est examinée sous trois angles : philosophique, juridique et économique

Blanchet D., Debrand T. (2005). Aspirations à la retraite, santé et satisfaction au travail : une comparaison européenne. *Questions d'Economie de la Santé (Irdes)*, (103) : -4p.

Abstract: L'enquête SHARE (Survey on Health Ageing and Retirement in Europe) est une opération internationale et multidisciplinaire lancée en 2002, conduite par un réseau européen coordonné par l'Institut de recherches en économie du vieillissement (MEA) de l'Université de Mannheim. Il s'agit de la première vague de ce qui devrait devenir un Panel européen axé sur les questions sanitaires et socio-économiques liées au vieillissement. L'enquête de 2004 a porté sur 10 pays européens : l'Allemagne, l'Autriche, le Danemark, l'Espagne, la France, la Grèce, l'Italie, les Pays-Bas, la Suède et la Suisse. Les questions posées, identiques dans tous les pays, portent sur l'état de santé, les consommations médicales, le statut socio-économique, les conditions de vie. L'enquête française de 2004 a été assurée par l'INSEE et coordonnée par l'Institut de recherche et de documentation en économie de la santé (IRDES). Cette étude fait l'objet d'une publication simultanée par l'INSEE dans *Insee Première*, n°1052

<http://www.irdes.fr/Publications/Bulletins/QuestEco/pdf/qesnum103.pdf>

Blanchet D., Debrand T. (2005). Aspirations à la retraite, santé et satisfaction au travail : une comparaison européenne. *Insee Première*, (1052) : -4p.

Abstract: L'enquête SHARE (Survey on Health Ageing and Retirement in Europe) est une opération internationale et multidisciplinaire lancée en 2002, conduite par un réseau européen coordonné par l'Institut de recherches en économie du vieillissement (MEA) de l'Université de Mannheim. Il s'agit de la première vague de ce qui devrait devenir un Panel

européen axé sur les questions sanitaires et socio-économiques liées au vieillissement. L'enquête de 2004 a porté sur 10 pays européens : l'Allemagne, l'Autriche, le Danemark, l'Espagne, la France, la Grèce, l'Italie, les Pays-Bas, la Suède et la Suisse. Les questions posées, identiques dans tous les pays, portent sur l'état de santé, les consommations médicales, le statut socio-économique, les conditions de vie. L'enquête française de 2004 a été assurée par l'INSEE et coordonnée par l'Institut de recherche et de documentation en économie de la santé (IRDES). Cette étude fait l'objet d'une publication simultanée par l'IRDES dans Questions d'économie de la santé, n°103

http://www.insee.fr/fr/ffc/docs_ffc/ip1052.pdf

Menahem G. (2000). Intensification du travail et santé : la balance entre plus d'efficacité et plus d'inégalités, *Efficacité versus équité en économie sociale* (pp. 197-207). Paris : L'Harmattan

Abstract: La concurrence des entreprises entraîne un double mouvement d'intensification du travail et de flexibilisation de la main-d'oeuvre destiné à augmenter la productivité des facteurs de production. Mais les progrès associés de l'instabilité et de l'insécurité des conditions de travail contribuent à creuser les inégalités de santé, d'où une moindre équité. (R.A.)

Autres études sur Santé et travail

Articles

Di Porto A. (2011). Les retraites pour inaptitude : comparaison avec les retraites normales. *Cahiers de la Cnav (Les)*, (3) : -98p.

Abstract: Le dispositif de la retraite pour inaptitude existe depuis les premières législations en matière d'assurance vieillesse, mais demeure peu connu. En 2010, la Cnav a conduit une série de travaux visant à parfaire la connaissance de ces bénéficiaires, communément distingués en deux sous-groupes : ceux qui disposaient déjà, avant 60 ans, d'une pension d'invalidité, et ceux dont la reconnaissance de l'inaptitude a été faite au moment du passage en retraite. Ces travaux comparent les caractéristiques et les trajectoires de ces bénéficiaires, à celles des retraités bénéficiant d'une pension dite "normale"

<https://www.lassuranceretraite.fr/cs/Satellite/PUBPrincipale/Qui-Sommes-Nous/Documentation-Institutionnelle/Publications-Institutionnelles/publication/Cahiers-Cnav-03?packedargs=null>

(2011). Emploi et santé des seniors durablement exposés à des pénibilités physiques au cours de leur carrière : l'apport de l'enquête « Santé et itinéraire professionnel ». *DARES Analyses*, (020) : -7p.

Abstract: Selon l'enquête Santé et itinéraire professionnel de 2007, 35 % des personnes de 50 à 59 ans ayant travaillé au moins dix ans déclarent avoir été exposées pendant quinze ans ou plus à l'une au moins des quatre pénibilités suivantes : travail de nuit, travail répétitif, travail physiquement exigeant, produits nocifs ou toxiques. 40 % d'entre elles déclarent avoir cumulé au moins deux pénibilités physiques durant leur parcours professionnel, dans le même emploi ou dans des emplois successifs. Les personnes de 50 à 59 ans, qui ont été durablement exposées à des pénibilités physiques, sont moins souvent en bonne santé: 24 % se déclarent limitées dans leurs activités quotidiennes du fait d'un problème de santé contre 17 % des autres seniors. Elles sont également moins souvent en emploi après 50 ans, notamment après un cumul de pénibilités physiques : 68 % des personnes exposées à au moins une pénibilité et 62 % de celles exposées à au moins trois pénibilités sont en emploi après 50 ans contre 75 % de celles qui n'ont pas été exposées ou qui l'ont été moins de quinze ans

<http://www.travail-emploi-sante.gouv.fr/IMG/pdf/2011-020.pdf>

Volkoff S. (2010). Statistiques "ouvertes" et ergonomie "myope" : combiner les niveaux d'analyse en santé au travail. *Sciences Sociales et Santé*, 28 (2) : 11-29.

Abstract: Cet article s'interroge, dans le domaine de la santé au travail, la capacité des statistiques à entretenir un dialogue fructueux avec l'ergonomie. Le rapport avec les outils quantitatifs ne pose pas les mêmes problèmes selon le courant de l'ergonomie auquel on s'intéresse. Pour les ergonomes soucieux d'analyser de près l'activité réelle, en coopération avec les travailleurs eux-mêmes, l'articulation avec les approches statistiques suppose que ces dernières adoptent une méthodologie "ouverte". L'article précise les traits essentiels de cette méthodologie, avant de montrer sur quelques exemples en quoi une combinaison des niveaux d'analyse peut se révéler féconde

Lhuillier D. (2010). L'invisibilité du travail réel et l'opacité des liens santé-travail. *Sciences Sociales et Santé*, 28 (2) : 31-61.

Abstract: L'analyse des conditions de la visibilité sociale de la santé au travail a conduit à recenser, dans différents champs disciplinaires, les masques qui brouillent la perception des liens entre santé et travail. Au-delà de leur rappel, cet article étudie ici comment l'invisibilité croissante du travail réel alimente le déni des origines et des processus de la pénibilité et du risque au travail. Aux classiques difficultés d'accès à la connaissance de l'activité s'ajoute aujourd'hui de nouvelles conditions de construction de cette occultation du travail. Dans ce contexte apparaissent à la fois une montée des préoccupations relatives à la santé psychique au travail et de nouveaux professionnels, experts en santé-travail, en charge de prévention ou réparation. L'analyse proposée interrogera leur contribution à la méconnaissance du travail et les conditions d'un ré-enracinement du lien santé-travail dans l'analyse partagées des activités réelles et de leur transformation

Devinck J.C. (2010). La lutte contre les poisons industriels et l'élaboration de la loi sur les maladies professionnelles. *Sciences Sociales et Santé*, 28 (2) : 65-91.

Abstract: Cet article comble une lacune de la recherche historique sur la genèse de la loi de 1919 assimilant les maladies professionnelles aux accidents du travail. Il montre le rôle des hygiénistes dans le discours sur les grandes intoxications industrielles entre la Monarchie de Juillet et le Second empire. Il insiste également sur la contribution, longtemps sous-estimée, du mouvement ouvrier à cette genèse. C'est seulement au début du XIX^{ème} siècle que les parlementaires ont commencé à se préoccuper du problème des intoxications professionnelles qui se traduit vingt ans après par la promulgation de la loi. La CGT considère la lutte contre les produits toxiques et l'assimilation des maladies professionnelles aux accidents de travail comme complémentaires jusqu'à la première guerre mondiale. Le retour à la paix marque l'abandon définitif de la lutte pour la suppression des poisons industriels dans l'industrie. Il faudra attendre près de soixante-dix ans et le scandale de l'amiante pour voir de nouveau l'interdiction d'un produit toxique en France

Chabrol A. (2010). Médecine du travail : une réforme au goût inachevé. *Médecins : Bulletin d'information de l'Ordre National des Médecins*, (14) : 22-25.

Abstract: Le dispositif de la santé au travail est dans une situation critique qui nécessitait une réforme urgente. Invalidées par le Conseil constitutionnel, les dispositions votées dans le cadre de la réforme des retraites de 2010 doivent faire l'objet bientôt d'un texte spécifique. Cet article rappelle les préconisations du Conseil national de l'ordre des médecins sur la question

Barnay T., Sauze D., Sultan-Taieb H. (2010). La santé au travail : une préoccupation multiforme pour les économistes. *Revue Française des Affaires Sociales*, (4) : 1-9.

Abstract: Les discussions engagées depuis 2003 autour de la prise en compte de la pénibilité du travail et les plans santé au travail, notamment, attestent de l'intérêt porté par les pouvoirs publics vis-à-vis des liens entre l'état de santé et l'activité professionnelle. La question de la santé au travail relève de problématiques plus larges qui dépassent le simple cadre de l'entreprise ou de la relation de l'individu à son milieu professionnel. En se limitant

aux coûts tangibles (sans considérer la souffrance et la perte d'utilité liées à la dégradation de l'état de santé), on peut recenser les problématiques suivantes : D'une part, la dégradation de l'état de santé contribue à modifier les préférences pour le loisir et à affecter la capacité de travail des individus. Au niveau macroéconomique, cette dégradation de l'état de santé affecte l'offre de travail et peut limiter l'efficacité des politiques de relance de l'emploi des seniors. En outre, dans un système de retraite par répartition, le rapport entre les cotisants et les retraités, déjà fortement dégradé par l'accélération du vieillissement démographique et les conséquences de la récession économique, peut diminuer sous l'effet d'un retrait précoce du marché du travail de salariés souffrant de problèmes de santé invalidants. D'autre part, les conditions de travail peuvent affecter l'état de santé et générer à la fois des coûts pour l'entreprise (coûts indirects liés à l'absentéisme) et une augmentation de la consommation de soins et du nombre d'indemnités journalières pour maladie. Ainsi, l'altération de l'état de santé peut conduire à dégrader les comptes des branches vieillesse, maladie et AT-MP de la Sécurité sociale ainsi que ceux de l'assurance chômage. S'il semble nécessaire et pertinent que des économistes s'attellent à étudier les liens entre état de santé et activité professionnelle, cet objet de recherche reste encore sous-étudié en France. Deux axes semblent avoir été privilégiés : l'étude de l'impact de l'état de santé sur la situation professionnelle et l'étude de l'impact des conditions de travail sur la santé des travailleurs. Les deux parties de cet article présenteront pour chacun de ces axes les enseignements de la littérature économique sur données françaises mais aussi les pistes de recherche dont les chercheurs pourraient se saisir

(2010). En 2008, près de 30 000 accidents du travail et maladies professionnelles ont été reconnus au régime agricole des non-salariés (ATEXA). *Oes Mensuel de L'Observatoire Economique et Social : Synthèse*, (19) : -3p.

Abstract: En 2008, 572 892 personnes (exploitants agricoles, conjoints et aides familiaux) ont été assurées à l'ATEXA (tous assureurs confondus, solidaires affiliés et DOM exclus). Sur la même année étaient recensés 29 358 accidents et maladies professionnelles (ATMP) avec ou sans arrêt de travail

[Voir le site de la MSA](#)

Euzenat D. (2010). L'exposition des salariés aux maladies professionnelles en 2007.

DARES Analyses - DARES Indicateurs, (056) : -11p.

Abstract: En 2007, 44 000 maladies professionnelles contractées par les salariés affiliés au régime général de la sécurité sociale ont été reconnues. Quatre de ces maladies professionnelles reconnues sur cinq sont des troubles musculo-squelettiques. Ces pathologies sont particulièrement fréquentes dans l'industrie de la viande, de l'habillement, des équipements du foyer, dans la blanchisserie et, dans une moindre mesure, la construction. Les ouvriers et les femmes, tout particulièrement les ouvrières, sont les plus exposés. Ces troubles sont reconnus majoritairement entre 40 et 59 ans. Les maladies provoquées par l'amiante représentent 15 % des maladies professionnelles reconnues mais constituent la grande majorité des cancers professionnels reconnus ; elles touchent presque exclusivement des hommes. La surdité affecte principalement les ouvriers de l'industrie, tandis que les jeunes coiffeuses sont les plus exposées aux dermatoses

<http://www.travail-solidarite.gouv.fr/IMG/pdf/2010-056-2.pdf>

Jolivet A. (2010). Travailler plus longtemps. *Problèmes Politiques et Sociaux*, (973-974) : 5-176, tabl.

Abstract: Ce dossier est consacré au projet de réforme de retraite que le gouvernement français a présenté en 2010, notamment le report de l'âge de liquidation de la retraite. Il examine successivement les débats que suscite ce projet, la question de la pénibilité au travail et les diverses conséquences induites par cette réforme

Coutrot T., Waltisperger D. (2010). Les pathologies liées au travail vues par les travailleurs. *DARES Analyses*, (080) : -10p.

Abstract: Parmi les personnes en emploi qui signalent un problème chronique de santé – qu'il soit bénin, sérieux ou grave –, une sur deux estime qu'il est « causé ou aggravé par le travail » d'après les résultats de l'enquête « Santé, Handicap et Travail » de 2007. Ce lien est plus souvent évoqué pour les problèmes psychologiques (« stress, anxiété ») et les douleurs lombaires ou articulaires. Les problèmes de santé associés au travail apparaissent plus gênants dans la vie courante, et particulièrement dans le travail, que les autres. Près d'un quart des actifs occupés se disent gênés dans leur vie quotidienne par un problème chronique de santé « causé ou aggravé » par leur travail, dont la moitié de façon importante. Les actifs exposés à des pénibilités physiques ou psychosociales dans leur travail font beaucoup plus souvent un lien entre leurs problèmes de santé et leur travail. La fréquence des pathologies chroniques « causées ou aggravées par le travail » augmente avec le nombre de pénibilités subies dans le travail

<http://www.travail-solidarite.gouv.fr/IMG/pdf/2010-080.pdf>

Barnay T. (2010). In which ways do unhealthy people older than 50 exit the labour market in France? *European Journal of Health Economics (The)*, 11 (2) : 127-140.

Abstract: Among 55–64 year olds, poor health is a reason for leaving the labour market early within the framework of schemes such as not only Early Retirement for Certain Employees (or Early Retirement for Asbestos Workers), but also by absence from the workforce (sick pay and disability pensions, respectively). It is interesting to single out the controlling factors for participation in or absence from the labour market after 50 and the link between poor health and employment status. The prevalence of functional limitations in everyday activities leads to a more pronounced exclusion of those over 50 years old from the labour market. Some of those aged between 55 and 59 on disability benefits become unemployed and do not look for work; in other words, they are potentially exempted from job-seeking. This would confirm the hypothesis that some of those exempted from job-seeking are in poor health

Bahu M., Coutrot T., Rouxel C., Herbet J.B., Mermillod C. (2010). Parcours professionnel et état de santé. *Premières Informations et Premières Synthèses*, (001) : -10p.

Abstract: 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. Tels sont les enseignements de l'enquête Santé et itinéraire professionnel (SIP), menée fin 2006-début 2007

http://www.travail-solidarite.gouv.fr/IMG/pdf/Janvier_2010-001.pdf

Bahu M., Coutrot T., Rouxel C., Herbet J.B., Mermillod C. (2010). Parcours professionnels et état de santé. *Dossiers Solidarité et Santé (Drees)*, (14) : -12p.

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) (2006-2007), 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. En revanche, les parcours caractérisés par un déclassement social, des épisodes de chômage ou d'inactivité, des changements d'emplois fréquents ou des conditions de travail difficiles sont plus fréquemment associés à un état de santé

<http://www.sante-sports.gouv.fr/IMG/pdf/article201014.pdf>

(2009). Inégalités et santé. *Problèmes Politiques et Sociaux*, (960) : -135p.

Abstract: Aujourd'hui, en France, un ouvrier non qualifié a deux fois et demi plus de risque

qu'un cadre supérieur de mourir entre trente-cinq et soixante ans. Les disparités dans la protection sociale ou les soins médicaux sont-elles en cause ? En partie, sans doute, mais le rôle du système de santé est relativement modeste. Mais toutes les études convergent vers un même constat, aussi évident qu'alarmant : les inégalités de santé coïncident le plus souvent avec des inégalités sociales. Les pays où l'on observe les écarts de revenus les plus importants sont aussi ceux où l'on observe les plus grandes disparités devant la mort. Un domaine d'étude qu'exploire pour vous ce dossier avec aussi de nouveaux éclairages

(2009). Stress et risques psychosociaux au travail. *Problèmes Politiques et Sociaux*, (965) : -120p.

Abstract: Le travail met-il en péril la vie et la santé physique et mentale des travailleurs ? La question du mal-être au travail occupe, depuis ces dernières années, le devant de la scène, et de façon parfois tragique dans les cas de suicides. Les textes rassemblés dans ce dossier décrivent les « nouvelles » organisations de travail qui seraient à l'origine de la montée des risques psychosociaux, ainsi que la prise de conscience des pouvoirs publics et leurs possibilités d'action. La mondialisation, l'emprise croissante du capital financier sur les systèmes productifs, la recherche de rentabilité concourent à transformer profondément les organisations du travail. L'objectif de productivité pèse de plus en plus sur toutes les catégories de salariés dont les conditions de travail s'en trouvent altérées. Les maladies professionnelles, les manifestations de stress, les pratiques de harcèlement ou les violences vont croissant. Le dossier présente des études spécifiques concernant leurs manifestations dans plusieurs secteurs professionnels (infirmières, cadres, ouvriers, opératrices de renseignements téléphoniques...). Quelles peuvent être les réponses du législateur, des instances européennes et des divers acteurs du monde du travail ? L'Union européenne prônant une approche globale du bien-être au travail et s'inquiétant de ces « nouveaux risques émergents » est à l'origine d'accords-cadres sur le stress, le harcèlement et la violence au travail. Le gouvernement français, de son côté, met l'accent sur les risques psychosociaux dans le cadre des plans Santé au travail, s'attache à la production d'indicateurs et vient d'annoncer un plan d'action d'urgence contre le stress alors qu'augmentent les suicides sur le lieu de travail dans certaines grandes entreprises

Ortiz A. (2009). Trajectoire professionnelle et état de santé déclaré des salariés seniors en activité. In : Le marché de la santé : efficience, équité et gouvernance. *Revue Economique*, 60 (2) : 365-383.

Abstract: Cet article s'inscrit dans le cadre général d'une réflexion sur la réforme des retraites et le prolongement de la vie active. Ce travail met en évidence les liens entre la qualité de la trajectoire professionnelle et l'état de santé perçu des salariés seniors en activité à 50 ans et plus. Pour ce faire, en se basant sur les travaux de Siegrist et au moyen d'un modèle de régression logistique qui souligne l'association entre la sécurité des trajectoires et la bonne santé, cet article montre que la sécurisation des trajectoires professionnelles et la préservation de la santé des travailleurs sont des préalables au prolongement de la durée de la vie active

Afsa C., Givord C. (2009). Le rôle des conditions de travail dans les absences pour maladie : le cas des horaires irréguliers. *Economie et Prévision*, (187) : 83-103.

Abstract: Souvent négligées par la littérature économique, les conditions de travail sont susceptibles d'influencer les comportements d'activité. Cette étude s'intéresse en particulier à leur impact sur les absences pour maladie. Le modèle théorique développé dans une première partie suggère deux effets contradictoires : de mauvaises conditions de travail dégradent l'état de santé et accroissent les absences pour maladie, mais l'absentéisme peut être inversement freiné par un effet salaire, si les conditions de travail défavorables sont compensées par un salaire plus élevé. L'évaluation empirique, dans le cas spécifique des horaires irréguliers pour les ouvriers travaillant dans le secteur privé, montre que le premier effet prédomine, particulièrement aux âges élevés

Bruno A. (2008). Quelques perspectives sur les travaux récents en "santé et travail" : les approches développées dans les revues de sciences sociales (2001-2007-). In : Dossier "Santé et travail". *Revue Française des Affaires Sociales*, (2-3) : 71-96.

Longtemps parent pauvre de la recherche, le champ des recherches en santé et travail a connu, depuis le début des années 2000, un important développement qui a touché l'ensemble des disciplines des sciences sociales. Cet article propose une lecture des travaux récents menés dans le champ des sciences sociales, afin de déterminer les avancées permises par la mobilisation de disciplines aussi diverses que l'épidémiologie, la sociologie, l'histoire ou la science politique. Le dialogue a enrichi l'analyse des pathologies professionnelles tenant plus en compte les contextes institutionnels et les jeux d'acteurs qui président à leur visibilité (ou invisibilité) sociale. La complexité des relations entre santé, travail et hors travail a donné naissance ces dernières années à des recherches sur les parcours de vie.

Guignon N., Niedhammer I., Sandret N. (2008). Les facteurs psychosociaux au travail : une évaluation par le questionnaire de Karasek dans l'enquête Summer 2003. *Premières Informations et Premières Synthèses*, (22.1) : -7p.

Abstract: Les femmes sont davantage exposées que les hommes au « job strain », une situation à risque pour la santé, où les marges de manœuvre individuelles ne permettent pas aux salariés de faire face aux exigences qu'ils ressentent dans leur travail. Les employés et les ouvriers sont eux aussi plus touchés par le « job strain » que les professions plus qualifiées. Les ouvriers et employés disposent des marges de manœuvre les plus réduites et les cadres subissent les demandes les plus fortes. « Job strain » n'est toutefois pas synonyme de « stress » au sens usuel du terme : les salariés soumis à une forte demande dans leur travail mais disposant de marges importantes pour y faire face, sont aussi nombreux à trouver leur travail très stressant. « job strain » sont toutefois plus nombreux que les autres à se déclarer en mauvaise santé. Ces résultats sont obtenus grâce au questionnaire de Karasek, l'un des outils les plus utilisés pour évaluer les risques psychosociaux au travail

http://www.travail.gouv.fr/IMG/pdf/2005.05-22.1_v3.pdf

Gupta N.D., Kristensen N. (2008). Work environment satisfaction and employee health : panel evidence from Denmark, France and Spain, 1994-2001. *European Journal of Health Economics (The)*, 9 (1) : 51-61.

Abstract: This paper investigates whether a satisfactory work environment can promote employee health even after controlling for socioeconomic status and life style factors. A dynamic panel model of health is estimated from worker samples from Denmark, France and Spain, employing both self-assessed general health and the presence of a functional limitation. In all three countries and for both types of health measures, a good perceived work environment is found to be a highly significant determinant of worker health even after controlling for unobserved heterogeneity and minimizing reverse causality. The marginal effect is, however, larger in France and Denmark than in Spain. Several potential explanations for this finding are discussed. Further, a satisfactory working environment is found to be at least as important for employee health as socioeconomic status. Thus, investing in giving workers a satisfying work environment could be a low-cost way of improving employee health

Jennifer B, Coutrot T., Guignon N., Sandret N. (2008). Les facteurs de risques psychosociaux au travail : une approche quantitative par l'enquête Sumer. In : Dossier "Santé et travail". *Revue Française des Affaires Sociales*, (2-3) : 45-70.

Abstract: [Cet article présente des éléments de quantification statistique de certains des principaux facteurs de risques psychosociaux au travail susceptibles d'entraîner une dégradation de la santé mentale et physique des salariés. Trois indicateurs de ces risques sont identifiés dans l'enquête Sumer (constat sur des expositions des salariés aux principaux risques professionnels) : les agressions de la part du public, la violence morale au travail

(comportements hostiles s'inscrivant dans la durée) et le job strain, analysé par le modèle de Karasek. Au-delà des limites de toute enquête déclarative, les résultats mettent en lumière le rôle prépondérant des caractéristiques de l'organisation du travail (contraintes hiérarchiques, manque de moyens, contraintes de rythme...) dans la survenue des facteurs de risques psychosociaux, ainsi que l'effet protecteur que représente le soutien social sur le lieu de travail.

Waltisperger D. (2008). Pénibilité du travail et sortie précoce de l'emploi. *Premières Informations et Premières Synthèses*, (03.1) : -7p.

Abstract: En 2003, un quart des seniors (50 à 59 ans) dont la carrière professionnelle a duré au moins vingt ans, sont sortis de l'emploi : ils sont retraités, préretraités, chômeurs ou inactifs. Les retraités précoces et les préretraités viennent plutôt du secteur public, où ils ont été plus souvent exposés au travail posté et de nuit. Les autres sont principalement issus du secteur financier. Globalement, ils se déclarent en bonne santé, comparativement aux autres catégories. Les seniors chômeurs et les inactifs sont surtout d'anciens ouvriers provenant de l'industrie, du bâtiment et des travaux publics, et des services aux particuliers. Ils ont été exposés à de nombreuses pénibilités durant leur carrière professionnelle et ils s'estiment plus souvent en mauvaise santé. L'étude de la DARES s'est basée sur l'enquête Santé 2003 de l'Insee qui permet d'éclairer le lien entre le statut d'activité des seniors et leur exposition présente ou passée à divers risques ou pénibilités dans leur travail. > DARES - Premières informations n° 2008-03.1 - janvier 2008 :

<http://www.travail-solidarite.gouv.fr/IMG/pdf/2008.01-03.1-2.pdf>

Chaupain-Guillot S., Guillot O. (2007). Les absences au travail : une analyse à partir des données françaises du Panel européen des ménages. *Economie et Statistique*, (408-409) : 45-80.

Abstract: D'après les chiffres de la dernière vague d'enquête française du Panel européen des ménages, réalisée à l'automne 2001, un salarié sur dix a été au moins un jour absent de son travail, pour raisons de santé ou non, au cours des quatre dernières semaines. Durant la période 1994-2001, cette proportion a peu varié. Les femmes sont un peu plus nombreuses que les hommes à s'absenter. Ce constat vaut pour l'ensemble des absences comme pour les seuls arrêts maladie. Toutefois, s'agissant du nombre d'épisodes de maladie ou du nombre total de jours de maladie au cours des douze derniers mois, il n'y a guère de différence entre hommes et femmes. Pour analyser les effets des caractéristiques individuelles sur la probabilité d'absence au travail, séparément chez les hommes et chez les femmes, des régressions sur données en coupe (2001) et sur données longitudinales (1998-2001) ont été mises en œuvre. Trois facteurs ont un rôle déterminant : l'état de santé, le degré de satisfaction dans l'emploi et, chez les femmes, les contraintes de conciliation entre vie familiale et vie professionnelle. Dans le cas des hommes, on observe une relation négative entre le salaire horaire estimé et la probabilité d'avoir été en arrêt maladie, à un moment ou un autre, durant les douze derniers mois. Chez les femmes, en revanche, la probabilité d'absence ne semble guère dépendre du niveau de rémunération

http://www.insee.fr/fr/ffc/docs_ffc/ECostat_B.pdf

Missegue N. (2007). Les arrêts de travail des seniors en emploi. *Dossiers Solidarité et Santé (Drees)*, (2) : -23p.

Abstract: [BDSP. Notice produite par MIN-SANTE I8R0xl7. Diffusion soumise à autorisation]. Les seniors ne déclarent pas plus d'arrêts que leurs cadets, alors qu'ils se jugent en plus mauvaise santé. Toutefois, lorsqu'ils s'interrompent leur travail pour des raisons de santé, ils s'arrêtent pour des durées plus longues. Il ressort aussi de cette étude qu'à âge équivalent, tous les actifs ne se ressemblent pas : par exemple, les indépendants s'arrêtent moins et moins longtemps que les ouvriers. Ces derniers sont d'ailleurs les plus touchés par les arrêts de travail allant de pair avec une pénibilité liée à leur profession. On note aussi que les salariés du commerce s'arrêtent moins souvent mais plus longtemps que

ceux de l'industrie

[Voir le site de la DREES](#)

Arnaudo B., Hamon-Cholet S., Waltisperger D. (2006). Contraintes posturales et articulaires au travail. *Premières Informations et Premières Synthèses*, (11.2) : -8p.

Abstract: Cette analyse repose sur les résultats de l'enquête Sumer 2002-2003. Selon l'enquête, 32 % des salariés sont exposés à des situations fatigantes : fréquents déplacements à pied, position debout prolongée, gestes répétitifs à cadence élevée. 21 % des salariés sont confrontés à des postures pénibles : à genoux, les bras en l'air ou dans une position en torsion. Enfin, 10 % des salariés sont exposés à des contraintes cervicales. Au total, près d'un salarié sur deux subit au moins une contrainte posturale ou articulaire qui peut être jugée lourde. Les postures pénibles concernent en premier lieu les ouvriers de type artisanal, mais également les femmes employées dans le commerce ou les services aux particuliers. Les postures fatigantes touchent plutôt les ouvriers de type industriel. Les ouvrières de l'industrie sont particulièrement concernées par les gestes répétitifs, les femmes employées et cadres par les contraintes cervicales

<http://www.travail.gouv.fr/IMG/pdf/2006.03-11.2.pdf>

Imbernon E., Goldberg M. (2006). Connaître les liens entre santé et travail. In : La place de la santé au travail dans la santé publique. *Actualité et Dossier en Santé Publique*, (57) : 18-30.

Les facteurs professionnels pèsent d'un grand poids sur la santé des populations. Les maladies d'origine professionnelle sont nombreuses et diverses, les facteurs de risque sont eux-mêmes très variés. Les expositions à des nuisances sont donc souvent à l'origine de problèmes de santé physique et mentale. Les principales sources statistiques disponibles en France proviennent de l'enquête Sumer du ministère du travail, qui donne une photographie "instantanée" des expositions professionnelles. Entre 1994 et 2003, l'exposition des salariés à la plupart des risques et pénibilités du travail a eu tendance à s'accroître

Niedhammer I., Chastang J.F., Gendrey L. (2006). Propriétés psychométriques de la version française des échelles de la demande psychologique, de la latitude décisionnelle et du soutien social du "Job Content Questionnaire" de Karasek : résultats de l'enquête nationale SUMER. *Santé Publique*, 18 (3) : 413-427.

Les facteurs psychosociaux au travail constituent des facteurs de risque reconnus pour la santé. Le principal instrument utilisé pour mesurer ces facteurs est le questionnaire de Karasek. L'étude vise à évaluer les qualités psychométriques de la version française du questionnaire de Karasek, en particulier la cohérence interne, la validité factorielle et convergente de la demande psychologique, de la latitude décisionnelle et du soutien social au travail à l'aide de l'enquête SUMER, première enquête nationale à utiliser le questionnaire de Karasek. Cette étude porte sur les 24 486 salariés ayant rempli ce questionnaire en 2003 (taux de participation : 96,5%). Des coefficients alpha de Cronbach supérieurs à 0,65 confirment une cohérence interne satisfaisante. L'analyse factorielle confirmatoire montre que le modèle composé de la demande, des deux dimensions de la latitude (utilisation des compétences et autonomie décisionnelle), et des deux dimensions du soutien (collègues et hiérarchie) présente la meilleure adéquation. L'étude de la validité convergente confirme des liens attendus avec des variables clés, qui sont : âge, statut de l'emploi, secteur d'activité, profession, satisfaction au travail, perception de travail stressant, et intention de changer de poste. Cette étude témoigne des qualités psychométriques satisfaisantes du questionnaire de Karasek en population générale salariée en France.

Coutrot T., Waltisperger D. (2005). L'emploi des seniors souvent fragilisé par des problèmes de santé. *Premières Informations et Premières Synthèses*, (08.1) : -4p.

Abstract: Plus du quart des personnes de 50 à 59 ans étaient sorties prématurément de l'emploi en mars 2002. En moyenne, l'état de santé de ces personnes est nettement moins bon que celui des actifs occupés du même âge. Plus de 40 % des seniors sans emploi

déclarent souffrir d'une affection qui limite leur capacité de travail. Parmi eux, un sur cinq attribue la dégradation de son état de santé à un accident ou une maladie liés à son activité professionnelle passée. Plus d'un ouvrier sur trois, âgé de 50 à 59 ans, est sans emploi. Parmi eux, plus de la moitié déclarent souffrir d'une affection limitant leur capacité de travail http://www.travail.gouv.fr/etudes/etudes_h.html

Gourdol A. (2005). Les interruptions d'activité pour raisons de santé au cours de la vie professionnelle. *Etudes et Résultats*, (418) : -12p.

Abstract: Près de 14 % des actifs ou anciens actifs déclarent avoir connu une interruption d'activité pour raison de santé, d'au moins quatre semaines consécutives, au cours de leur vie professionnelle. La durée de ces interruptions est variable : elle atteint plus de six mois consécutifs pour 44 % d'entre eux (soit 6 % des actifs ou anciens actifs), et plus de trois ans pour 8 %. Les hommes sont plus nombreux que les femmes à déclarer avoir interrompu leur travail pendant des périodes courtes. Ces interruptions pour raison de santé sont globalement plus fréquentes dans l'industrie et le bâtiment, et pour les hommes les arrêts longs se produisent plus souvent dans la construction. Les ouvriers et les employés sont plus fréquemment concernés par de telles interruptions que les cadres, l'écart variant de 1 à 3 pour les arrêts de plus de 6 mois. L'état de santé déclaré par les personnes ayant connu une interruption d'activité pour des problèmes de santé est moins bon que celui des actifs ou anciens actifs n'ayant jamais cessé durablement leur travail pour ce motif, surtout lorsque cette interruption a été prolongée. Les personnes ayant cessé durablement leur activité pour raison de santé déclarent souvent aussi davantage de maladies chroniques (30 % en déclarant au moins trois) et s'estiment plus souvent limitées dans leurs activités quotidiennes (42 % d'entre elles)

[Voir le site de la DREES](#)

(2004). Le travail est rendu responsable d'un problème de santé sur cinq. *Premières Informations et Premières Synthèses*, (19.1) : -4p.

Abstract: Les résultats présentés dans ce document sont issus de l'enquête sur l'emploi des personnes handicapées, complémentaire à l'enquête annuelle sur l'emploi réalisée en mars 2002 par l'Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (Insee). Pour mieux apprécier le lien ressenti entre activité professionnelle et problèmes de santé, ne sont commentés ici que les résultats concernant les personnes de 15 à 64 ans, ayant déjà travaillé

<http://www.travail.gouv.fr/publications/picts/titres/titre2138/integral/200-4.05-19.1.pdf>

Berthet M., Cru D. (2003). Travail prescrit, travail réel et santé : de nouveaux modes d'intervention ergonomique

La santé au risque du travail. *Travail et Emploi*, (96) : 85-96.

Abstract: Ce texte propose d'examiner l'évolution de la prescription du travail salarié et tente de caractériser les formes ambivalentes de cette évolution- ... Alors que le modèle taylorien semble s'effacer de secteurs d'activité dans lesquels il était historiquement implanté, il ressurgit dans d'autres secteurs selon des modalités assez radicales. Ces évolutions ont un effet certain sur l'activité de travail, le travail réel et la santé des salariés. En introduction, l'article souligne l'importance que recouvre la prescription dans la problématique "santé-travail" prise en charge par les intervenants du réseau ANACT-ARACTs. La seconde partie du texte propose une interprétation des nouvelles demandes et suggère des modes d'action pouvant être proposés aux acteurs de l'entreprise pour répondre à ces nouveaux enjeux

Derriennic F., Saurel-Cubizolles M.J., Monfort C. (2003). Santé, conditions de travail et cessation d'activité des salariés âgés. In : La santé au risque du travail. *Travail et Emploi*, (96) : 37-53.

Abstract: Après 55 ans, les taux d'activité français sont parmi les plus bas en Europe. Ces sorties d'emploi sont liées aux effets des politiques économiques globales et à la contraction du marché de l'emploi, mais on sait assez peu de choses sur les caractéristiques

personnelles des personnes concernées. L'exploitation des résultats de l'enquête ESTEV menée auprès de salariés âgés de 52 ans en 1990 et revus 5 ans après par des médecins du travail montre que, passé 52 ans, les sorties d'emploi sont très fréquentes. La santé apparaît comme un puissant facteur de sélection mais également l'organisation du travail

Niezborala M., Marquie J.C., Baracat B., Esquirol Y., Soulat J.M. (2003). Job stress and occupational status in a French cohort. *Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique*, 51 (6) : 607-616.

Abstract: L'objectif de ce travail était de rechercher, dans une cohorte professionnelle française et diversifiée, l'existence de relations entre l'exposition à divers facteurs de stress professionnels, d'un côté, et la catégorie socio-professionnelle et certaines caractéristiques socio-démographiques des salariés, de l'autre. Les données sont issues du premier recueil de l'enquête VISAT (Vieillesse, santé, travail) en 1996. Les participants ont été tirés au sort dans les effectifs d'une centaine de médecins du travail du sud-ouest de la France

Thebaud-Mony A. (2002). Travail et santé. *Problèmes Politiques et Sociaux*, (883) : -120p.

Abstract: Ce dossier fait le point sur les atteintes à la santé d'origine professionnelle.

L'ouvrage examine d'abord la lente conquête de la protection des travailleurs dans les pays industrialisés, avec la mise en place progressive d'une réglementation sur la santé au travail et l'indemnisation des victimes. Une seconde partie montre que cette évolution est cependant paradoxale. Ni le renforcement de la législation, ni l'avancée des connaissances scientifiques n'apparaissent suffisants pour réduire au maximum les risques en milieu professionnel. Le développement de situations de précarité, les effets de la sous-traitance et l'intensification du travail fragilisent la protection des salariés. Depuis 20 ans, on assiste en effet à une augmentation de certains types d'atteintes à la santé : nouvelles pathologies ou troubles psychologiques dus au harcèlement. Si la crise de l'amiante a servi de révélateur et permis des avancées en matière d'indemnisation, d'autres évolutions sont moins favorables. Quelles perspectives envisager alors que s'accroissent souffrance psychique et manifestations pathologiques au travail et que le dispositif français de prévention et de réparation connaît certaines limites qui l'empêchent de remplir pleinement ses fonctions ? (résumé d'auteur)

Hamon-Cholet S., Daubas-Letourneux V., Thebaud-Mony A., Lorient D. (2001). Accidents du travail, au-delà des chiffres. *Travail et Emploi*, (88) : -63p.

Abstract: Le principal outil du système statistique français sur les accidents du travail des salariés en France, par le biais de la Cnamts, propose à la fois un panorama riche et restreint : il recense tous les accidents reconnus et indemnisés, mais n'apporte que peu d'informations sur les accidentés (en dehors du sexe, de l'âge, du groupe socio-professionnel), sur l'entreprise et l'établissement (sa taille par exemple) et sur les conditions de survenue des accidents, car la nomenclature des facteurs de survenue est assez sommaire. Or, il est reconnu que les accidents sont liés à l'organisation du travail. La quatrième enquête « Conditions de travail », enquête complémentaire à l'enquête « Emploi » de l'INSEE apporte de nouveaux outils et indicateurs sur les accidents du travail et les accidentés. En permettant le lien entre organisation, conditions de travail et accidents, tout en tenant compte des facteurs socio-démographiques des salariés, elle contribue à une meilleure connaissance des accidents reconnus ou non, des accidentés et des conditions de survenue des accidents. En étant totalement indépendante de la déclaration officielle, elle permet les premiers pas d'une réflexion sur le processus de déclaration / reconnaissance des accidents. Les articles présentés dans ce dossier rassemblent à la fois une première exploitation statistique des résultats de l'enquête, mais aussi une investigation plus qualitative sur la reconnaissance des accidents et des accidentés, de leur parcours professionnel pré- et post-accident d'une part, des contextes organisationnels qui favorisent l'émergence de facteurs d'accidentalité d'autre part.

Ouvrages, rapports

Algava E., Chouaniere D., Cohidon C., Sermet C. et al. (2011). Stress au travail et santé : situation chez les indépendants. Expertise collective. Paris : INSERM

Abstract: Ce livre représente les travaux du groupe d'experts réunis par l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM) dans le cadre de la procédure d'expertise collective, pour répondre à la demande du Régime social des indépendants (RSI) concernant le stress d'origine professionnelle chez les travailleurs indépendants et ses répercussions sur la santé. Ce travail s'appuie sur les données scientifiques disponibles en date du second trimestre 2010. Près de 1 500 articles ont constitué la base documentaire de cette expertise

<http://www.inserm.fr/thematiques/sante-publique/expertises-collectives>

(2010). Cancers d'origine professionnelle : quelle reconnaissance en Europe ? Paris : Eurogip.

Abstract: Ce rapport d'Eurogip publie les résultats d'une nouvelle étude sur la possibilité de reconnaître le caractère professionnel des cancers et sur le nombre de cas reconnus par les organismes d'assurance AT/MP à travers les données nationales de douze pays européens. Après une typologie des expositions professionnelles et de la population exposée, le rapport (52 pages) fait le point sur les cancers susceptibles d'être reconnus comme professionnels au titre de la liste nationale de maladies professionnelles, mais aussi du système hors-liste. La plus importante partie du rapport est consacrée aux données nationales 2000-2008, à travers une vue d'ensemble et des données nationales détaillées. Enfin, il est question du suivi post-professionnel des travailleurs exposés

http://www.eurogip.fr/fr/docs/EUROGIP_RapportRecoCancerspro_49F.pdf

(2009). Emploi et politiques sociales : tome 1. Défis et avenir de la protection : Paris : L'Harmattan

Abstract: En contribuant pleinement à la stabilisation macro-économique, le « modèle social français » semble être réhabilité avec la crise financière et la récession économique.

Pourtant, la Commission européenne en appelait récemment à « moderniser les systèmes de protection sociale » afin notamment de rendre « l'emploi financièrement plus attrayant » comme si la protection sociale était devenue l'ennemie de l'emploi. Le lecteur trouvera dans ce premier tome 23 contributions issues des XXIXes Journées de l'Association d'Économie Sociale qui apportent un éclairage nouveau et original sur les liens entre emploi et politiques sociales et qui abordent les trois thèmes suivants : Santé, travail et emploi ; Emploi des seniors et Avenirs de la protection sociale

(2008). Pénibilité au travail. Une approche par les processus d'usure et les itinéraires professionnels. Etudes et documents. Lyon : ANACT.

Abstract: Depuis la loi du 21 août 2003, une négociation nationale interprofessionnelle sur "la définition et la prise en compte de la pénibilité" est en cours. Elle porte principalement sur la définition des conditions d'un départ anticipé en retraite, en raison des caractéristiques spécifiques de pénibilité de l'activité de travail. C'est le versant "réparation" de la notion de pénibilité. Mais la question de la "pénibilité" se pose aussi en termes de "prévention" : comment mettre en place des conditions de travail, et de parcours professionnel, qui permettent de préserver au mieux la santé de chacun, quelque soit son poste. Et cette question constitue un enjeu social d'autant plus important avec l'allongement des carrières professionnelles

<http://www.anact.fr/portal/pls/portal/docs/1/814342.PDF>

Cohoner C., Leclerc C., Villet H., Ledesert B., Pilleron S., Verger P., Viau A., Ochoa A., Trugeon A. (2008). La santé au travail dans les régions de France : contexte socio-

économique, répartition de l'offre de médecine du travail en France, conditions de travail, accidents de travail, maladies professionnelles, risques psychosociaux au travail : Paris : FNORS.

(2008). Activités, expérience et santé à l'épreuve des évolutions du travail : recherches dans quatre secteurs professionnels. Actes du séminaire Ages et travail 2007. Rapport de recherche ; 51. Noisy Le Grand : CEE.

Abstract: Ce rapport de recherche présente les exposés et débats de l'édition 2007 du séminaire « Ages et travail » organisé par le Créapt. Le thème retenu en 2007 était : « Activités, expérience et santé à l'épreuve des évolutions du travail : recherches dans quatre secteurs professionnels ». Ces quatre secteurs sont la santé, le transport ferroviaire, la métallurgie et l'agriculture

[Voir le site du CEE](#)

(2008). Santé au travail et travail de santé. Recherche santé social. Rennes : EHESP

Abstract: Cancers, troubles musculo-squelettiques, dépressions, suicides... Ces dernières années, de nombreuses études ont rappelé les répercussions parfois néfastes du travail sur l'état de santé physique ou mental des individus. Pourtant, les risques pour la santé susceptibles d'être générés par les conditions de travail demeurent, dans l'ensemble, mal connus et sous-estimés dans notre pays. Au plan de l'action publique, on assiste à une timide évolution des modalités de définition, de reconnaissance et de réparation des accidents et maladies professionnelles. À l'échelle des entreprises, on peut s'interroger sur les modalités, les effets et les difficultés des politiques de prévention et de sécurité au travail. Comprendre les liens entre le travail et la santé implique l'analyse transversale des organisations, des politiques publiques, de l'activité concrète et des expériences privées et collectives. Quels sont les rôles des différents acteurs et institutions qui, en interaction, contribuent à la production de la santé au travail ? Quels sont les déterminants des décisions des employeurs ? Certaines formes d'organisation du travail ou de management facilitent-elles le traitement des contraintes ? Quels sont les effets propres de la capacité des individus et des collectifs à intervenir sur leur travail ? Fruit de la collaboration entre une quinzaine de chercheurs en sociologie, économie, histoire, psychologie, droit et gestion, cet ouvrage réunit un ensemble de contributions autour de ces questionnements

Aouici S., Carillon S., Mette C. (2008). Les motivations de départ à la retraite. *Les Cahiers de la Cnav*, (1) : -56p.

Abstract: Afin de mieux comprendre les facteurs influençant la décision de l'âge de départ en retraite, dans le contexte actuel, la Cnav a réalisé en juillet 2007 une enquête qui avait pour objectif de mieux cerner les motivations explicites et implicites qui orientent le choix de l'âge auquel les salariés veulent prendre leur retraite. Prolongeant les enquêtes réalisées en 2005 et 2006, cette nouvelle étude s'inscrit dans une réelle volonté de la Cnav d'apporter des réponses effectives et adaptées aux attentes des assurés

http://www.cnnav.fr/5etude/f_cahier_cnnav.htm

Estryn-Behar M. (2008). Santé et satisfaction des soignants au travail en France et en Europe : Rennes : Presses de l'EHESP

Analyser les raisons pour lesquelles les paramédicaux hospitaliers quittent prématurément leur profession et formuler des préconisations pour prévenir ce phénomène : tels étaient les buts de l'étude européenne PRESST-NEXT (Promouvoir en Europe santé et satisfaction des soignants au travail - Nurses'Early Exit Study). L'ampleur et la représentativité de l'échantillon de cette étude ont permis un traitement exhaustif des causes du mal-être des soignants. Ce mal-être n'est pas sans remèdes, lesquels ne sont pas nécessairement budgétivores. C'est ce qu'entend démontrer ici Madeleine Estryn-Béhar à partir des résultats de PRESST-NEXT. L'ouvrage est conçu pour permettre au lecteur de s'emparer aisément des éléments de diagnostic et des préconisations correspondantes. Chaque chapitre débute par un résumé des apports de la littérature scientifique et de l'étude PRESST-NEXT. Il se

clôt sur un court encadré présentant des propositions concrètes pour remédier aux problèmes soulevés. Des fiches actions finales proposent des solutions applicables à l'échelon local.

Fontaine D., Gruaz D., Guye O., Medina A., Dreneau M., Elicabe R., Guilbert A., Overney L., Haeringer A.S., Lemery Y. (2008). Les conditions de travail, les conditions de vie et la santé des travailleurs saisonniers. Volet 1 : Etude qualitative auprès des saisonniers, des employeurs et des professionnels : Lyon : ORSRA.

Abstract: Rhône-Alpes est la seconde région touristique française, avec une estimation de 85 000 emplois saisonniers, soit 35 000 équivalents temps plein. Elle est aussi la 4ème région pour l'emploi saisonnier agricole, avec environ 100 000 emplois, soit 9 250 unités de travail annuelles. Cette étude qualitative concernant les conditions de vie, de travail et la santé des saisonniers a été réalisée à la demande du Conseil Régional Rhône-Alpes pour alimenter le Plan régional de la saisonnalité voté en 2006. L'objectif de ce premier volet est d'analyser les conditions de vie, de travail et la santé des saisonniers du tourisme et agricoles de Rhône-Alpes, ainsi que d'identifier les dispositifs existants. Il débouche sur une typologie des travailleurs saisonniers les plus exposés aux risques sociaux et de santé, et sur des orientations pour l'action en faveur de ce public par nature divers et difficile à rejoindre. L'étude a été réalisée de juillet à octobre 2007 dans 5 sites reflétant la diversité de la région : une station intégrée de Savoie, une station-village de Haute-Savoie, la vallée de l'Ardèche, la vallée de la Drôme, le Beaujolais. En tout, 48 saisonniers, 21 employeurs et 60 professionnels (santé, social, emploi) ont été rencontrés pour un entretien individuel ou en groupe

<http://www.ors-rhone-alpes.org/pdf/saisonniers.pdf>

Robine J.M., Boudineau C., Barnay T. (2008). Préserver sa santé pour décider de sa retraite. Les Dossiers de l'Institut d'études politiques de santé. Paris : Médecine-Science Flammarion
Abstract: Assurance maladie et retraite sont deux préoccupations majeures et d'actualité au cœur de la société française. Il est apparu au RSI (Régime Social des Indépendants) ainsi qu'à l'équipe scientifique de l'IEPS que les liens santé et cessation d'activité constituait un thème de réflexion important dans le domaine de la santé et qu'il fallait préserver sa santé pour décider de sa retraite». Ainsi ont été abordés : - L'environnement et la problématique de la retraite pour les travailleurs indépendants ; - L'état des lieux des connaissances chez les indépendants : caractéristiques socio-économiques, données du régime RSI, la santé des assurés du RSI et lien entre retraite et santé chez les indépendants seniors ; - Les réponses apportées aux indépendants seniors par le médecin généraliste, par le développement du tutorat et l'encouragement à la transmission-reprise, par les actions de préservation de la santé au travail, par le RSI ; - Les propositions des professionnels et des institutionnels et les perspectives d'avenir

Amosse T., Gollac M. (2007). Intensité du travail et trajectoire professionnelle : le travail intense est-il soutenable ? Document de travail ; 93. Noisy Le Grand : CEE
Abstract: Partant du double constat de la rapide intensification du travail observée au cours des années 1980 et 1990 et de la difficulté qu'il peut y avoir à soutenir un travail intense, ce document s'intéresse au lien qui existe entre les contraintes de rythme vécues dans le travail et les changements de situation professionnelle. À la lumière de la littérature, il formule l'hypothèse d'un double effet de l'intensité du travail sur les carrières : positif pour les salariés qui ont les moyens de faire face aux contraintes auxquelles ils sont soumis, négatifs pour les autres. L'enquête sur la Formation et la qualification professionnelle (FQP), dans laquelle on dispose d'un calendrier professionnel sur cinq ans et d'un questionnaire rétrospectif sur les conditions de travail, a permis de vérifier empiriquement notre hypothèse. Cette publication montre en effet que les contraintes de rythme sont associées à des mobilités plus nombreuses et qu'elles contribuent à une certaine divergence des carrières. Bien évidemment, l'existence potentielle de biais liés au questionnaire rétrospectif et à l'endogénéité des mécanismes étudiés invite à rester prudent. Mais une analyse détaillée

suggère que s'ils existent, les biais sont d'une ampleur limitée et ne suffisent pas à invalider les conclusions. Au total, si l'intensité forte du travail ne semble pas avoir d'effet uniformément néfaste sur les carrières, elle paraît bien associée à une plus grande incertitude et à une polarisation marquée des trajectoires. Ces résultats font écho au lien positif observé entre intensité et souffrance au travail (Baudelot et al., 2003). Et si le travail lui-même crée de l'insécurité, aucun dispositif d'encadrement du marché du travail n'est susceptible de protéger efficacement les individus. Plus largement, ces résultats semblent poser la question du caractère soutenable des organisations de travail

[Voir le site du CEE](#)

Cohidon C. (2007). Prévalence des troubles de santé mentale et conséquences sur l'activité professionnelle en France dans l'enquête "Santé mentale en population générale : images et réalités". -6p.

Abstract: L'INVS fournit un état des lieux des troubles de santé mentale selon l'activité professionnelle à partir de l'enquête internationale " Santé mentale en population générale : images et réalités (SMPG)", réalisée en France entre 1999 et 2003. L'analyse des données fait état de l'importance des troubles de santé mentale en particulier chez les femmes. Elle montre également de fortes disparités sociales et professionnelles quelle que soit la nature des troubles (dépressifs, anxieux ou relatifs aux consommations de toxiques). Les catégories socioprofessionnelles les moins qualifiées (ouvriers, employés) sont les plus concernées par les troubles de santé mentale, les autres (agriculteur, artisan-commerçant, cadre, profession intermédiaire) ne sont pas épargnées pour autant. En termes de conséquences sur le travail, la fréquence de la gêne occasionnée par de tels troubles, et surtout celle des arrêts de travail est loin d'être négligeable (R.A.)

[Voir le site de l'InVS](#)

Cohidon C., Santin G. (2007). Santé mentale et activité professionnelle dans l'enquête décennale santé 2003 de l'Insee. Santé travail. Saint Maurice : INVS.

Abstract: L'objectif de ce rapport est d'étudier les associations entre la déclaration de symptômes dépressifs et certaines conditions de travail au sein des catégories sociales. Il s'appuie sur les données de l'enquête décennale santé 2002-2003 menée en France en 2003 par l'Institut national de la statistique et des études économiques (Insee) et mises à la disposition de l'Institut de veille sanitaire (InVS). La population étudiée dans ce rapport correspond aux actifs occupant un emploi au moment de l'enquête (6 082 hommes, 5 521 femmes). La dépressivité, mesurée par le Ces-d, la description de l'emploi exercé ainsi que des conditions de travail relatives aux horaires atypiques, aux contraintes psychosociales et à la pression temporelle, ont été les principales données étudiées. La prévalence de dépressivité parmi les actifs au travail est d'environ 11%. Elle varie selon les catégories sociales et les secteurs d'activité. Les associations entre les contraintes de travail et la dépressivité varient selon la catégorie sociale et le sexe. Seule "l'aide insuffisante pour mener à bien sa tâche" est systématiquement associée à la dépressivité quelle que soit la catégorie sociale. En dépit de certaines limites, l'exploitation de cette enquête dans le domaine de la santé mentale au travail constitue un apport des connaissances jusqu'à présent peu disponibles en France, et pourrait permettre, dans un objectif de surveillance épidémiologique, d'orienter des interventions prioritaires et d'en évaluer les effets. (R.A.)

[Voir le site de l'InVS](#)

Thebaud-Mony A. (2007). Travailler peut nuire gravement à votre santé : Sous-traitance des risques, mise en danger d'autrui, atteintes à la dignité, violences physiques et morales, cancers professionnels : Paris : Editions La Découverte

Abstract: Alors que les savoirs scientifiques et médicaux permettent aujourd'hui d'identifier de très nombreux facteurs d'altération de la santé par le travail, on constate la généralisation de la mise en danger délibérée d'autrui dans les choix d'organisation et de conditions de travail ainsi que dans les politiques publiques les rendant légitimes. Comment expliquer cette contradiction ? A partir de témoignages recueillis dans les secteurs de l'industrie mais aussi

dans le secteur des services, ce livre présente ce qui demeure un angle mort de la santé publique, à savoir les atteintes à la vie, à la santé et à la dignité des travailleurs. Se situant en référence aux droits fondamentaux que définit le code de procédure pénale, il analyse comment les stratégies de résistance, individuelles et collectives, informelles ou organisées, sont constamment en butte à des formes impitoyables de répression. Au nom des règles du capitalisme néolibéral, l'impunité des responsables est totale, qu'il s'agisse de l'homicide, du délit de mise en danger d'autrui, des atteintes à la dignité, de la non-assistance à personne en danger

2007). Dépister les risques psychosociaux : Des indicateurs pour vous guider : Paris : INRS. Abstract: Ce guide a pour objectif de faciliter la mise en évidence des risques psychosociaux à partir des données existantes et disponibles dans l'entreprise. Pour aider à ce travail de repérage, un certain nombre d'indicateurs liés au fonctionnement de l'entreprise ou relatifs à la santé et la sécurité des salariés sont proposés. Des repères méthodologiques sont également donnés pour les interpréter. Ce repérage intervient en amont d'une démarche de prévention des risques psychosociaux. Ils vont contribuer à la rendre possible. Les indicateurs proposés dans ce document portent : soit sur le fonctionnement de l'entreprise (temps de travail, mouvements du personnel, activité de l'entreprise, relations sociales, formation et rémunération, organisation du travail), soit sur la santé et la sécurité (accidents du travail, maladies professionnelles, situations graves, situations dégradées, stress chronique, pathologies diagnostiquées et prises en charges, activité du service de santé au travail)

Afsa C. (2006). L'estimation d'un coût implicite de la pénibilité du travail chez les travailleurs âgés. Document de travail ; G2006/10. Paris : INSEE

Abstract: Nous cherchons à quantifier l'effet des conditions de travail sur les comportements de départ à la retraite en estimant un coût implicite de la pénibilité en cas de poursuite de l'activité professionnelle. Le coût est mesuré en points de pourcentage d'augmentation de la pension de retraite demandé par le salarié pour accepter de reporter d'un an la date envisagée de son départ à la retraite. Nous exploitons une enquête auprès de salariés âgés de 54 à 59 ans et travaillant dans le secteur privé, qui leur demandait notamment d'exprimer leurs préférences en réagissant à divers scénarios de départ à la retraite. Nous construisons un indicateur de pénibilité du travail à partir des réponses à des questions de satisfaction de l'emploi occupé et d'auto-évaluation de l'état de santé. Nous trouvons que pour compenser la désutilité à occuper un an de plus un emploi pénible, il faudrait augmenter d'environ 10 % la pension de retraite. En d'autres termes, un salarié ayant un travail pénible n'accepte de repousser son départ à la retraite qu'au prix d'une surcote supérieure de 10 points à celle demandée par un salarié occupant un emploi pas ou peu pénible (Résumé d'auteur)
http://www.insee.fr/fr/nom_def_met/methodes/doc_travail/docs_doc_travail/F0-603.pdf

Afsa C., Givord P. (2006). Le rôle des conditions de travail dans les absences pour maladie : Paris : INSEE

Abstract: Les économistes se sont rarement intéressés au rôle des conditions de travail dans les absences pour maladie. Pourtant, de mauvaises conditions de travail sont susceptibles d'influencer les comportements d'activité que cet effet passe par l'état de santé ou par la propension à l'absentéisme à état de santé donné. Pour préciser ces liens, nous commençons par l'examen d'un modèle théorique qui prend explicitement en compte l'état de santé du salarié et son évolution, afin de démêler les liens entre conditions de travail, santé et comportement d'activité. Ce modèle permet de mettre en avant deux effets contradictoires : de mauvaises conditions de travail dégradent l'état de santé et accroissent les absences pour maladie, mais l'absentéisme peut être inversement freiné par un effet salaire, si les conditions de travail défavorables sont compensées par un salaire plus élevé. Dans ces conditions, déterminer lequel de ces deux effets l'emporte devient un problème empirique. Nous nous intéressons spécifiquement à l'impact de l'irrégularité des horaires sur les arrêts maladie pour les ouvriers de sexe masculin travaillant dans le secteur privé. Pour

l'estimer, nous utilisons une méthode d'appariement sur le score de propension. Nous contrôlons la robustesse de ses résultats en utilisant une méthode alternative de " sélection sur inobservables ". Les principales conclusions sont les suivantes. L'irrégularité des horaires joue un rôle significatif dans les absences pour maladie : elle serait responsable d'un cinquième des arrêts maladie pris par les ouvriers en horaires irréguliers. Ce pourcentage est nettement plus élevé que celui obtenu en comparant directement les arrêts maladie des ouvriers travaillant en horaires irréguliers et de ceux en horaires réguliers. Néanmoins, le sens et l'importance de l'impact de l'irrégularité des horaires varient avec l'âge du salarié http://www.insee.fr/fr/nom_def_met/methodes/doc_travail/docs_doc_travail/FO-603.pdf

Askenazy P., Cartron D., Coninck F.d., Gollac M. (2006). Organisation et intensité du travail. Collection Le travail en débats : Série Entreprise, travail, emploi. Toulouse : Editions Octarès

Abstract: Beaucoup de salariés trouvent leur travail " plus dur ", " plus prenant ", même s'il est aussi parfois " plus intéressant ". Mais l'organisation de l'économie et celle de l'entreprise changent et la nature de l'intensité du travail change en même temps. Prendre la mesure des liens qui unissent aujourd'hui organisation et intensité du travail exige de confronter des approches multiples, de rapprocher des travaux réalisés sur des terrains différents, par des méthodes diverses et s'inspirant d'une pluralité de disciplines et de postures théoriques. Ecrits par des économistes, des ergonomes, des gestionnaires, des juristes, des psychologues et des sociologues allemands, américains, australiens, belges, britanniques, canadiens, français, italiens et suédois, plusieurs dizaines de contributions font le point des connaissances et témoignent de la vitalité des recherches dans le domaine et de la vivacité des débats

Buzzi S., Devinck J.C., Rosental P.A. (2006). La santé au travail : 1880-2006. Collection Repères. Paris : Editions de la découverte

Abstract: Le drame de l'amiante, la "souffrance au travail" et l'explosion des maladies professionnelles déclarées révèlent une crise de la protection médicale des salariés. Ce livre, fondé sur des sources inédites, en montre les racines historiques. Analysant la concurrence de l'exercice médical en entreprise avec les spécialités du "facteur humain", l'enquête révèle la récurrence, depuis les années 1940, des débats liés à l'actuelle réforme de la "santé au travail". Ses carences, fruits de l'indifférence de l'État, d'une partie du corps médical et des partenaires sociaux, ses liens renouvelés avec l'eugénisme pointent une limite du "modèle social" français

Yilmaz E. (2006). Pénibilité du travail : évaluation statistique : Noisy le Grand : Centre d'études de l'emploi.

Abstract: Cette étude du Centre d'études de l'emploi (CEE) fournit des évaluations numériques des salariés touchés par les " pénibilités " du travail à partir des enquêtes santé/travail et notamment de l'enquête SUMER, outil d'évaluation des expositions aux risques professionnels des salariés en France. Le rapport propose différentes variantes d'évaluation des salariés exposés aux différentes formes de " pénibilités ", correspondant à différents degrés d'exposition et sélectionnant donc des populations plus ou moins nombreuses. Deux critères principaux ont été retenus dans l'enquête SUMER : la durée d'exposition hebdomadaire et le cumul de pénibilités

[Voir le site du CEE](#)

Del Sol.M., Turquet P. (2006). Quels liens entre santé et travail au sein de notre système de protection sociale ? Rapport final : Rennes : Lessor.

Abstract: La branche AT-MP présente plusieurs spécificités par rapport à notre système de protection sociale. Celles-ci trouvent leur origine dans le compromis initial de 1898 fondé sur la notion de responsabilité sans faute : responsabilité des employeurs soumis à une obligation de réparation. Cependant, certains principes s'issus plus ou moins directement du compromis initial semblent aujourd'hui faire l'objet d'une remise en cause, qu'il s'agisse du

financement ou de la prise en charge. Ce rapport souligne l'insuffisance d'une tarification basée sur le risque en tant qu'instrument de prévention et la nécessité de repenser le rôle de la causalité scientifique et d'établir de nouveaux rapports entre vérité scientifique et causalité juridique (Résumé d'auteur)

Coutrot T., Wolff L. (2005). L'impact des conditions de travail sur la santé : une expérience méthodologique : Paris : CEE.

Abstract: Ce travail s'est donné pour objectif de comparer systématiquement les performances des modèles dits " naïfs ", expliquant la prévalence des troubles de santé par les seules caractéristiques actuelles du travail des salariés, avec des modèles plus rigoureux au plan théorique, incluant un historique de certaines expositions professionnelles passées (modèles statiques rétrospectifs), ou étudiant l'incidence (au lieu de la prévalence-) des troubles en fonction soit de l'exposition à la date initiale (modèles longitudinaux standards), soit de l'évolution de l'exposition (modèles dynamiques)

[Voir le site du CEE](#)

Lasfargues G. (2005). Départs en retraite et travaux pénibles : l'usage des connaissances scientifiques sur le travail et ses risques à long terme sur la santé. Rapport de recherche. Paris : CEE.

Abstract: L'état de santé des travailleurs en fin de vie active et au-delà dépend des conditions de travail et plus globalement de la pénibilité de leur travail passé. Certains " travaux pénibles " sont susceptibles d'entraîner des effets à long terme, irréversibles, sur la santé. Il en est ainsi des travaux en horaires alternants ou de nuit, des travaux à la chaîne ou sous cadence imposée, des travaux de manutention et plus globalement de la pénibilité physique du travail, ou encore des expositions professionnelles à des agents toxiques cancérigènes. Les conséquences sur la santé sont mesurables, suivant les situations, en termes d'augmentation de morbi-mortalité pour les principales causes de décès comme les maladies cardiovasculaires ou les cancers, de diminution de l'espérance de vie sans incapacité, de vieillissement prématuré ou d'altération de la qualité de vie au grand âge. Cette pénibilité objective devrait être considérée de façon prioritaire dans l'hypothèse de compensations à apporter à des sujets en fin de vie active et soumis durablement à ce type de " travaux pénibles " dans leur parcours professionnel

[Voir le site du CEE](#)

Molinie A.F. (2005). Enquête -Santé et vie professionnelle après 50 ans- : résultats par secteur d'activité. Rapport de recherche ; 26. Noisy le Grand : CEE.

Abstract: Ce document présente un ensemble de fiches sectorielles, réalisées à partir de l'enquête Santé et Vie professionnelle après 50 ans. Ces fiches visent à fournir des informations dans trois domaines principaux : quelques données rétrospectives sur les parcours professionnels et le travail passé des salariés qui ont aujourd'hui atteint la cinquantaine, des évaluations de la "pénibilité vécue" ; notamment à travers les appréciations que les salariés portent sur leur travail, son sens, et leurs aspirations en matière d'âge de départ en retraite ; des éléments sur les enjeux de santé au travail des quinquagénaires (résumé d'auteur)

[Voir le site du CEE](#)

(2004). Conditions de travail : les enseignements de vingt ans d'enquêtes. Collection Travail & activité humaine. Toulouse : Editions Octarés

Abstract: Depuis vingt ans, les enquêtes Conditions de travail, réalisées par l'Insee et le ministère du Travail (1978, 1984, 1991, 1998), mettent en lumière les conséquences des évolutions économiques et des politiques des entreprises sur les conditions de travail telles qu'elles sont vécues par les salariés. Elles constituent l'un des piliers du dispositif statistique d'observation du travail et de l'emploi. Cet ouvrage collectif propose une relecture synthétique des enseignements de ces enquêtes. Les contributions privilégient, à des degrés divers, trois types d'approche- s : l'éclairage longitudinal, qui met en évidence les tendances

de longue période ; la réflexion méthodologique, éclairant l'apport spécifique de la statistique dans la connaissance des changements du travail ; l'approche thématique de domaines jusqu'ici peu explorés, comme les spécificités du travail des femmes, des salariés âgés, ou la diversité des conditions de travail entre les pays de l'Union européenne, comme les spécificités du travail des femmes, des salariés âgés, ou la diversité des conditions de travail entre les pays de l'Union européenne

Drulhe M., Helardot V., Clement S., Mantovani J. (2002). Précarisation au travail et santé : l'expérience sociale des salariés et de leur famille confrontée au jugement des médecins du travail : Toulouse : INSERM.

Abstract: Cette recherche a pour objectif d'appréhender de quelles façons des modifications de diverses composantes de la santé se manifestent dans le contexte de différentes formes de précarisation au travail, ces formes pouvant être associées ou non à d'autres types de fragilisation. Deux parties composent ce rapport : précarisation au travail et santé, le point de vue des médecins du travail ; précarité, santé, activité professionnelle et milieu de vie, le point de vue des salariés

(2001). Travail, santé, vieillissement : relations et évolutions, Colloque Paris, 18-11-1999. Toulouse : Octarès Editions

Abstract: Ce présent document restitue les communications données lors du colloque « Travail, santé et vieillissement, relations et évolutions » des 18 et 19 novembre 1999 au Ministère chargé de la santé. Basé sur les résultats de l'enquête ESTEV (Santé, travail, vieillissement) de 1999, il confronte des sources diverses autour d'une question que l'évolution démographique pose avec davantage de force : l'enjeu du vieillissement de la population active pour la santé, physique et psychique, des salariés et des retraités
<http://www.octares.com>

Ressources électroniques

[Cnamts – Direction des risques professionnels](#)

Ce site est le site officiel des accidents du travail et des maladies professionnelles en France. Il propose des données statistiques sur les AT-MP, ainsi qu'une description détaillée du dispositif AT-MP.

[Ministère du Travail et des Affaires sociales](#)

Le ministère du travail, des relations sociales, de la famille et de la solidarité regroupe toutes les informations sur la santé, la sécurité et les conditions de travail à destination de tous les acteurs de l'entreprise. Il met à disposition des informations sur : les métiers et les activités, - les risques qu'ils représentent (risque chimique, stress, froid, plomb, poussières...) et propose des mesures ou des outils de prévention pour y faire face. Il dispose d'un moteur de recherche intégré et dans chaque rubrique, un lien est fait vers les sites des organismes nationaux de prévention. Il offre également des outils qui guident pas à pas les acteurs de l'entreprise dans leur réflexion et dans le processus d'amélioration des conditions de travail. Par ailleurs, une rubrique sur la formation sur la santé au travail est disponible sur le site.

[ANACT \(Agence Nationale pour l'Amélioration des Conditions de Travail\)](#)

Le site présente les activités et publications du réseau ANACT dont l'objectif est d'aider les entreprises à développer des projets innovants dans les domaines du travail et de son organisation. Son action est organisée autour des thèmes : Santé et travail ; compétences, âge / travail / emploi, organisation du travail et les technologies.

[Cramif-Maladies Professionnelles](#)

Destiné prioritairement aux médecins libéraux, ce site vise un double objectif : mieux connaître les maladies professionnelles et les situations à risque afin de mieux les prévenir ; améliorer la déclaration des maladies professionnelles et donc garantir un bon niveau de prise en charge aux assurés sociaux. Ce site se veut un outil d'aide pour les médecins libéraux. Se trouvent ainsi présentés : définitions, documentation, certificats de déclaration en téléchargement, formalités, aspect juridique, formation, contacts, liens et adresses utiles.

CEE (Centre d'Etudes de l'Emploi)

Les études et recherches du CEE visent à éclairer l'action des pouvoirs publics et des acteurs sociaux sur l'évolution de l'emploi, du travail et de la protection sociale en liaison avec l'évolution des marchés, des technologies, de l'organisation du travail et des politiques des entreprises. Elles analysent les politiques publiques d'emploi et contribuent à leur évaluation.

De nombreux documents émanant du CEE sont en ligne (synthèse mensuelle, documents de travail, rapports de recherche). L'équipe de la documentation du CEE met en ligne une base de données, spécialisée en sciences économiques et sociales du travail, de l'emploi et de la protection sociale.

DARES (Direction de l'Animation de la Recherche des Etudes et des Statistiques)

La direction de l'animation de la recherche, des études et des statistiques est chargée d'assurer en liaison avec l'INSEE, la production régulière et fiable des statistiques utiles au ministère et aux acteurs sociaux. Elle a vocation à constituer un pôle d'expression et de référence dans le débat social sur les questions de travail, d'emploi et de formation professionnelle, en diffusant les données statistiques et résultats d'études, d'évaluations et de recherches dont elle est à l'origine. Le site présente ses publications, les études auxquelles qu'elle a financé, les colloques et manifestations qu'elle a organisé.

Documents pour le médecin du travail

Site de la revue de l'INRS. Tous les numéros sont consultables et téléchargeables en ligne et une recherche multicritère est possible.

Sont également disponibles des fiches d'allergologie professionnelle ainsi qu'un service questions-réponses.

FNATH (Association des accidentés de la vie)

Elle publie des brochures d'information sur les maladies professionnels. A noter celle relative aux cancers professionnels : http://www.fnath.org/upload/file/04_Prevention/Brochure sur les cancers professionnels-mai 2010.pdf.

Guide des IPRP

Ce site a pour objectif de favoriser la mise en relation de l'ensemble des intervenants travaillant pour la prévention et la santé au travail. Il propose trois annuaires des professionnels de la prévention : l'annuaire des Intervenants en Prévention des Risques Professionnels (technicien, ingénieur ou docteur en prévention), l'annuaire des Services de Santé au Travail et l'annuaire des fournisseurs de matériels de prévention. Quelques infos pratiques (procédure d'habilitation IPRP), articles d'actualité, offres d'emploi.

INRS (Institut National de la Recherche et de la Sécurité pour la Prévention des Accidents du travail et des Maladies Professionnelles)

Le site de l'INRS est dédié à la prévention des risques professionnels.

Il met en ligne des dossiers web et synthèses sur des thèmes de prévention, des actions de formation, une présentation de ses travaux d'études, de recherche et d'assistance, ainsi que 13 bases données : organismes agréés, maladies professionnelles, fiches toxicologiques, Métropol, Biotox, Caces, Eficatt, Solvex, INRS Biblio, EPICEA...

► [Pour accéder aux tableaux des risques professionnels](#)

[LEST \(Laboratoire d'Economie et de Sociologie du Travail\)](#)

Cette unité du CNRS a pour ambition de contribuer au développement de la recherche en sciences sociales du travail, de l'emploi, de la formation et de l'innovation.

[Mal-être au travail](#)

Ce blog a été mis en place par le Sénat dans le but de faire mieux connaître ses travaux au grand public et de recueillir les témoignages, avis et suggestions des internautes. Sur le blog, les internautes peuvent visionner de courtes vidéos, enregistrées par les personnes auditionnées, auxquelles les internautes sont invités à réagir. Le compte rendu des auditions est également consultable en ligne.

[Maladies professionnelles : guide MSA-INRS](#)

Ce guide donne accès aux tableaux du régime général et du régime agricole. Il facilite leur accès grâce à ses trois portes d'entrée : la classification par symptôme et pathologie, le lexique alphabétique par agent nocif ou situation de travail, la reproduction des tableaux des deux régimes classés par numéro. Ce guide comporte également une synthèse de la réglementation, des annexes sur les autres modes de réparation d'une maladie, le système complémentaire de reconnaissance des MP et le suivi post-professionnel. La brochure est disponible dans les CRAM (service prévention). La version électronique du guide reprend en partie le contenu de la brochure avec un enrichissement dans les modes d'accès aux tableaux.

[MSA](#)

Cette page donne des informations sur la manière de déclarer les accidents du travail.

[MARST - Moteur Automatique de Recherche en Santé au Travail](#)

Ce moteur de recherche effectue des recherches ciblées sur la thématique de la santé au travail en cherchant dans le titre et le corps du document, l'adresse ou par catégories thématique. Ce site propose également une rubrique actualités législatives, et prochainement une rubrique actualités.

[Osha \(Agence européenne pour la santé et la sécurité au travail\)](#)

L'Agence Européenne a été mise en place en 1996 à la suite d'une décision du conseil des chefs d'Etats et de gouvernements. Sa fonction principale est de recueillir et diffuser les informations techniques, scientifiques, et économiques disponibles dans le domaine de la santé et de la sécurité au travail. Le recueil et la diffusion d'information se font à la demande de l'Union Européenne, des Etats Membres ou des partenaires sociaux, Pour réaliser sa mission l'Agence s'appuie sur des Points Focaux Nationaux. Pour la France le [Point Focal National](#) est implanté dans la Sous Direction chargée des Conditions de Travail. C'est elle qui gère ce site Internet. Elle est l'une des composantes de la Direction des Relations du Travail au sein du [Ministère des affaires sociales, du travail et de la solidarité](#). Les documents mis en ligne sont soit des lois ou règlements soit des textes issus des travaux du Conseil Supérieur de la Prévention des Risques Professionnels. Ce conseil, placé auprès de la Ministre chargée du travail, existe depuis 1978. Il est le lieu privilégié de la concertation entre partenaires sociaux et pouvoirs publics pour tout ce qui relève de la santé et la sécurité au travail.

[Santé et sécurité en agriculture](#)

Ce nouveau site de la Mutualité sociale agricole (MSA) propose un large choix de ressources documentaires sur la santé et la sécurité des travailleurs du secteur agricole. Plus de 400 documents sont déjà disponibles en téléchargement.

Réglementation en vigueur dans d'autres pays

Commission Européenne

MISSOC : système d'information mutuelle sur la protection sociale

MISSOC publie des [tableaux comparatifs](#) régulièrement mis à jour et couvrant tous les domaines de la protection sociale, ainsi que des [bulletins d'information MISSOC](#) (jusqu'en 2007). traitant de sujets spécifiques ou des principaux changements dans les systèmes de protection sociale.

Conseil de l'Europe

MISSCEO : Système mutuel d'information sur la protection sociale du Conseil de l'Europe

Ce site met en ligne des tableaux comparatifs des régimes de protection sociale relatifs aux pays membres du Conseil de l'Europe, mais non membres de l'Union européenne ou de l'Espace économique européen.

EUROGIP

EUROGIP est un groupement d'intérêt public (GIP) créé en 1991 par la Branche accidents du travail - maladies professionnelles (AT-MP) de la Sécurité sociale française. Ses missions sont d'**animer**, coordonner et développer au plan européen les actions de la Branche AT-MP française en matière de risques professionnels.

ILO (Organisation internationale du travail)

L'Organisation internationale du Travail est l'institution chargée au niveau mondial d'élaborer et de superviser les normes internationales du travail.

On trouve sur son site des données statistiques sur le travail et la sécurité au travail ainsi qu'un accès à des bases de données réglementaires : CISDOC, EPIlex, ILOLEX...

Codes législatifs

Kessler (F.), Lhermould (J.P.), Code annoté européen de la protection sociale. Paris : Dunod, 2010.