



HAL
open science

Vivre et travailler après un accident de la vie. Une enquête réalisée auprès des adhérents de la FNATH. Rapport final

Véronique Daubas-Letourneux

► **To cite this version:**

Véronique Daubas-Letourneux. Vivre et travailler après un accident de la vie. Une enquête réalisée auprès des adhérents de la FNATH. Rapport final. [Rapport de recherche] FNATH. 2012. <hal-02121197>

HAL Id: hal-02121197

<https://hal.science/hal-02121197v1>

Submitted on 6 May 2019

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



HAL Authorization

Vivre et travailler après un accident de la vie

Rapport final - Mars 2012

Une enquête réalisée auprès des adhérents de la FNATH

par Véronique Daubas-Letourneux

Avec le soutien financier de



Les premiers résultats de cette enquête ont été présentés dans le cadre de la semaine nationale de prévention de la désinsertion sociale et professionnelle organisée par la FNATH en octobre 2011, avec le soutien de la CNAMTS, de la Direction générale du Travail, de la Mutualité Française et du groupe Lourmel.

Créée en 1921, la FNATH, association des accidentés de la vie est une association à but non lucratif. Dans un esprit de solidarité et grâce à un important réseau d'experts juridiques et médicaux sur toute la France, la FNATH conseille et soutient les personnes accidentées, malades, invalides ou handicapées et leur apporte réconfort et assistance grâce à de nombreux services. Indépendante de tous pouvoirs publics, la FNATH lutte au quotidien pour que ses adhérents soient reconnus et traités en citoyens à part entière et ne soient pas exclus à la suite de leur accident de la vie. www.fnath.org

Véronique Daubas-Letourneux est sociologue, spécialisée sur les questions de santé au travail. Ses travaux, menés à l'échelle nationale et internationale, combinent approches quantitatives et qualitatives et visent à questionner la construction sociale des visibilités et des invisibilités institutionnelles et biographiques des atteintes à la santé d'origine professionnelle et, plus généralement, des liens entre la santé et le travail.

Chercheuse associée à l'Université de Nantes (Centre nantais de sociologie), elle a fondé son cabinet d'études en juin 2010.

Cabinet *Daubas-Letourneux - Etudes & Enquêtes Sociales*

2, rue Alexandre Jenvret

44170 Nozay

N°SIRET : 52142341800016

daubas.letourneux.sociologie@gmail.com

Remerciements

A Messieurs Arnaud de Broca et Karim Felissi, secrétaire général et conseiller national de la FNATH, qui ont accompagné ce projet depuis le départ et nous ont apporté soutien et expertise aux différentes phases de sa réalisation.

A Mesdames Juliette Bloch (CNSA) et Michelle Chataigner (FNATH) et à Messieurs Thierry Hennion (médecin du travail, Président de Cinergie), François-Xavier Krieg (AGEFIPH) et Pierre-Yves Thiriez (AXA), avec lesquels nous avons pu échanger durant la phase d'exploitation statistique des données ainsi que pendant l'écriture du rapport. Leurs commentaires et suggestions ont pleinement contribué à enrichir l'analyse et ce rapport final.

Synthèse

Dans le cadre de ses 90 ans, la FNATH a mené une enquête par questionnaire auprès de ses adhérents sur le thème "Vivre et travailler après un accident de la vie". Le devenir professionnel après la survenue d'un "accident de la vie" est en effet relativement méconnu. Cette question soulève pourtant des enjeux essentiels, touchant à la santé publique, aux droits des malades, des accidentés et des handicapés et aux questions de maintien dans l'emploi.

L'enquête, mise en ligne sur le site Internet de la FNATH durant les mois de mai à août 2011, a recueilli plus de 2000 réponses. L'analyse des données statistiques issues de l'enquête a permis d'apporter des éclairages tant sur les caractéristiques de cette population spécifique d'accidentés de la vie ayant adhéré à l'association que sur les conditions du retour au travail après un accident de la vie.

L'enquête a porté sur quatre temps du devenir professionnel : le temps de l'arrêt de travail après l'accident de la vie ; le temps de la reprise ou de la non reprise du travail ; pour les adhérents ayant perdu leur emploi à la suite de l'accident de la vie, le leur devenir à moyen terme, en leur demandant si, par la suite, elles avaient retrouvé un emploi, et sous quelles conditions, relativement à leur ancien emploi ; enfin, un dernier temps, qui concerne l'ensemble des adhérents enquêtés, est celui de l'état de santé perçu à la date d'enquête et des aides prestations compensatoires du handicap dont ils bénéficient en 2011.

Pour financer cette enquête, la FNATH a reçu le soutien de l'AGEFIPH, d'AXA, de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) et de la Direction générale de la cohésion sociale pour la réalisation de cette enquête. La CNAMTS, le Ministère du travail et la Mutualité Française ont également soutenu la semaine nationale organisée par l'association sur la thème de la prévention de la désinsertion sociale et professionnelle (octobre 2011), pendant laquelle ont été présentés les premiers résultats.

Population d'enquête

L'enquête repose sur une population spécifique : celle d'adhérents actuels de la FNATH ayant subi un "accident de la vie" suite auquel ils ont adhéré à l'association (les personnes ayant-droits sont exclues du champ), et ayant eu accès à Internet pour

répondre à l'enquête mise en ligne. Comme pour toute enquête utilisant un questionnaire mis librement à la disposition d'un public, nous sommes dans la situation d'un échantillon "volontaire", qui ne peut être considéré comme représentatif de l'ensemble des victimes d'accidents de la vie.

On retrouve, chez les répondants à l'enquête, des caractéristiques proches de celles observées pour l'ensemble des adhérents actuels de la FNATH (données nationales). Les répondants à l'enquête sont répartis dans toutes les régions de France. Ils sont majoritairement des hommes (67%), âgés entre 45-65 ans, de niveaux de formation variés, mais avec une nette domination du niveau BEP-CAP (40%). Les répondants à l'enquête ne sont pas que des adhérents "récents" (39% ont adhéré à la FNATH il y a plus de dix ans). Parmi les répondants, les femmes sont plus représentées lorsque l'accident de la vie est récent.

Les accidents de la vie subis par les adhérents de la FNATH ayant répondu à l'enquête sont particulièrement graves et invalidants. Les problèmes de santé décrits sont majoritairement liés au travail (78%), avec une nette sur-représentation des accidents du travail et une part grandissante des maladies professionnelles parmi les accidents de la vie les plus récents. Quelles qu'elles soient, les atteintes à la santé signalées dans l'enquête FNATH sont bien pris en charge au plan de la reconnaissance institutionnelle (AT/MP ou invalidité), et près de 2 sur 3 (65%) ont conduit à la reconnaissance de qualité de travailleur handicapé (RQTH).

Devenir professionnel après un accident de la vie

Dans l'enquête, 9 personnes sur 10 occupaient un emploi lors de la survenue de l'accident de la vie à l'origine de leur adhésion à la FNATH. Parmi elles, 55% n'ont pas repris leur travail dans la même entreprise après l'arrêt de travail qui a suivi l'accident. La perte de l'emploi consécutive à un accident de la vie est, dans l'enquête, un peu plus fréquente lorsque le problème de santé n'est pas lié au travail (59% de ruptures consécutives) que lorsqu'il est lié au travail (54%).

Parmi les répondants qui ont pu conserver leur emploi après la survenue de l'accident de la vie, la reprise du travail s'est le plus souvent opérée sur un poste aménagé ou sur un autre poste dans l'entreprise. Ces reprises dans des conditions aménagées sont proportionnellement plus nombreuses lorsque les atteintes à la santé sont plus graves (durée de l'arrêt de travail et séquelles ressenties plus importantes). C'est aussi pour ces

situations que le médecin du travail a davantage été vu dans le cadre d'une visite de reprise. Par ailleurs, c'est pour ces reprises du travail dans des conditions aménagées que l'on observe davantage de reprises accompagnées d'une perte de salaire et de modification des horaires de travail (les deux allant souvent de pair).

Le retour à l'emploi après un accident de la vie peut cependant être de courte durée : 1 individu sur 5 a en effet déclaré avoir perdu son emploi par la suite, du fait d'une rechute ou de l'aggravation de son état de santé consécutive à l'accident de la vie décrit dans l'enquête, et ce, que celui-ci soit d'origine professionnelle ou non.

Après un accident du travail ou une maladie déclarée en lien avec le travail, le risque de perte de l'emploi, toutes choses égales par ailleurs – c'est à dire à caractéristiques individuelles, professionnelles et à types d'accidents de la vie comparables – est statistiquement associé aux facteurs suivants : le fait d'être ouvrier (et non cadre), une taille d'entreprise inférieure à 500 salariés, un contrat de travail précaire (CDD ou intérim), le fait que le problème de santé soit survenu il y a moins de 6 ans, les arrêts de travail très longs (3 ans ou plus), le fait de ne pas avoir demandé de reconnaissance du problème en AT/MP (accidents du travail ou maladies professionnelles) et le fait d'avoir obtenu une reconnaissance de qualité de travailleur handicapé (RQTH).

Pour les personnes ayant perdu leur emploi après une atteinte à la santé d'origine professionnelle, dans plus de 6 cas sur 10, la rupture a été causée par un licenciement pour inaptitude (hors personnes toujours en arrêt de travail au moment de l'enquête).

A moyen terme, l'enquête montre que sur le total des adhérents de la FNATH qui ont déclaré avoir perdu leur emploi à la suite de l'accident de la vie qu'ils ont subi (qu'ils soit ou non d'origine professionnelle), 62% n'ont pas retrouvé de travail par la suite (hors personnes en arrêt de travail ou à la retraite au moment de l'enquête).

Pour ceux qui ont retrouvé du travail à la suite de cette rupture professionnelle, seule une minorité exerce le même métier qu'avant (15%). Les situations de réorientation professionnelle et de reconversion surviennent davantage lorsque le délai passé pour retrouver un emploi après la rupture professionnelle est long.

Etat de santé général et aides financières compensatoire du handicap perçues en 2011

A côté de l'accident de la vie qui les a fait adhérer à la FNATH, les enquêtés sont nombreux à avoir subi, au cours de leur vie, un ou plusieurs autres graves problèmes de santé. Le cumul de plusieurs graves problèmes de santé au cours de la vie concerne en effet plus d'1 personne sur 2 dans l'enquête. Cette situation touche davantage les accidentés du travail et les personnes souffrant de maladies liées au travail (qu'elles soient ou non reconnues en maladies professionnelles), reflétant ainsi une poly exposition à de graves atteintes à la santé d'origine professionnelle.

En 2011, à la date d'enquête, les adhérents de la FNATH ayant répondu à l'enquête sont très majoritaires à déclarer un état de santé général actuel qui n'est pas bon : 45% le jugent "moyen", 40% le jugent "mauvais ou très mauvais", et seulement 14% le jugent bon.

A cette même date, 78% des répondants déclarent souffrir d'une maladie ou d'un problème de santé chronique et 45% des répondants disent être "fortement limités" aujourd'hui dans leurs activités quotidiennes à cause d'un problème de santé ou d'un handicap.

En lien avec cet état de santé actuel jugé mauvais, l'enquête a montré que plus des trois quarts des adhérents de la FNATH ayant répondu à l'enquête perçoivent, en 2011, au moins une aide financière destinée à compenser une situation de handicap ou un état de fragilisation de leur santé lié à l'accident de la vie subi : 38% déclarent percevoir une seule aide (sur celles proposées dans le questionnaire), 25% en perçoivent deux, 13% en perçoivent trois ou plus et 23% n'en perçoivent aucune.

Compte tenu des caractéristiques de la population d'enquête, il n'est pas étonnant de constater que la rente pour IPP est le type d'aide financière qui est perçu par la plus forte proportion de la population d'enquête.

Parmi les autres aides mentionnées dans l'enquête, l'ACTP et la PCH sont celles qui se trouvent le plus souvent cumulées à une autre aide financière perçue.

Quatre parcours de victimes d'accidents de la vie identifiés

Quatre types de parcours professionnels après la survenue d'un accident de la vie ont été identifiés dans l'enquête. Trois d'entre eux concernent des personnes qui étaient en emploi lors de la survenue du problème de santé : le premier type de parcours par ordre

d'importance est caractérisé par une rupture professionnelle consécutive à l'accident de la vie (50% des répondants) ; le deuxième type de parcours est au contraire caractérisé par un maintien dans l'emploi après l'accident (32% des répondants) ; enfin, le troisième type de devenir professionnel est caractérisé dans un premier temps par une reprise du travail après l'accident de la vie, suivie dans un deuxième temps d'une rechute ou d'une aggravation de l'état de santé liée au premier accident et conduisant à une rupture professionnelle (9% des répondants).

Le quatrième type de parcours identifié concerne les individus dont l'accident de la vie décrit dans l'enquête est survenu alors qu'ils n'occupaient pas d'emploi (9% des répondants).

Une régression logistique réalisée sur une variable représentant de façon graduée les trois types de parcours identifiés concernant le devenir professionnel après un accident de la vie (maintien dans l'emploi, retour au travail d'une rupture professionnelle pour cause de rechute, rupture professionnelle immédiate) a permis d'observer sous un autre angle les facteurs en jeu dans le risque de rupture professionnelle après un accident de la vie.

Toutes choses égales par ailleurs, et pour l'ensemble de la population d'enquête qui étaient en situation d'emploi au moment de la survenue de l'accident de la vie, les caractéristiques socioprofessionnelles identifiées comme aggravant le risque de rupture professionnelle après l'accident sont les suivantes : être un ouvrier, être employé sur une base précaire (CDD, intérim), travailler dans le secteur de la construction ou dans le commerce, la restauration et le service aux particuliers, et travailler dans une très petite entreprise ou une petite entreprise (moins de 10 salariés ou moins de 50 salariés).

La gravité et la date de survenue du problème de santé jouent également de façon significative, toutes choses égales par ailleurs, dans le risque de perte de l'emploi. Un accident de la vie qui a occasionné un arrêt de travail égal ou supérieur à trois ans présente huit fois plus de chances de perdre son emploi que lorsque l'arrêt de travail est inférieur à un an. Les problèmes survenus récemment (il y a moins de 10 ans) sont significativement et positivement associés à un risque de rupture professionnelle toutes choses égales par ailleurs. Concernant le type d'atteinte à la santé, le modèle montre que les problèmes dépressifs et, dans une moindre mesure, les problèmes de dos, sont associés positivement et significativement à un risque de rupture professionnelle. A l'inverse, toutes choses égales par ailleurs, un accident de santé se traduisant par une fracture apparaît statistiquement comme un facteur de maintien dans l'emploi après l'arrêt de travail.

Au plan de la reconnaissance institutionnelle, on observe un lien significatif entre le fait de bénéficier d'une RQTH à la suite de l'accident de santé et un risque plus grand d'avoir perdu son emploi après ce problème de santé.

Commentaires des enquêtés apportés en fin d'enquête

L'analyse des nombreuses réponses apportées en clair par les enquêtés, invités, à la fin de l'enquête en ligne, à apporter leurs commentaires sur leur parcours et sur l'enjeu de "Vivre et travailler après un accident de la vie", a mis à jour plusieurs thèmes récurrents :

- des précisions sur l'importance du temps long dans les processus d'altération de la santé : cumul de maladies et d'accidents, longueur des procédures administratives de reconnaissance, ...
- des questions et des critiques concernant la retraite et la pénalisation engendrée par l'interruption prématurée de la carrière à la suite d'un accident de la vie
- les difficultés vécues au quotidien après l'accident, notamment la question de l'accès à un logement adapté
- l'expression de sentiments d'impuissance, de grand isolement et de découragement face à la situation vécue, souvent doublée d'une critique des dispositifs institutionnels censés aider les victimes d'accidents de la vie dans leurs démarches
- des messages de reconnaissance envers la FNATH et des messages positifs exprimant la satisfaction d'avoir géré une situation difficile et d'avoir été aidé pour cela
- des questions ou précisions apportées sur des cas particuliers

Conclusion

Cette enquête, nouvelle tant dans la population ciblée que dans le questionnaire construit spécifiquement pour l'occasion, contribue à mieux connaître le devenir professionnel immédiatement après la survenue d'un accident de la vie vécu par une partie de la population des accidentés de la vie. Dans l'enquête réalisée, les accidentés de la vie ont la particularité d'avoir adhéré à la plus grande et la plus ancienne association de défense de droits des accidentés de la vie en France, fondée en 1921 autour de l'enjeu de la prise en charge des accidentés du travail. Cette histoire se retrouve encore parmi les adhérents de l'association, dont près de 8 sur 10 ont adhéré après la survenue d'un problème de santé lié au travail, en majorité des accidents du travail.

En cela, les enseignements mis à jour à partir des données recueillies dans cette enquête menée pour la FNATH peuvent être observés à la fois dans leur spécificité et leur originalité et dans leur complémentarité avec d'autres sources de connaissance.

L'enquête réalisée appelle en effet à des prolongements, tant vers d'autres études et enquêtes portant sur des populations victimes d'accidents de la vie et sur les enjeux soulevés par la question du devenir professionnel après un grave problème de santé que vers les adhérents de la FNATH, qui pourraient à l'avenir être sollicités pour répondre à d'autres enquêtes en ligne ou/et faire l'objet d'une approche sociologique plus qualitative, par le recours à des entretiens longs, nécessaire à la compréhension de la complexité des parcours.

Table des matières

TABLE DES MATIERES	11
TABLE DES FIGURES, ENCADRES ET TABLEAUX	14
INTRODUCTION.....	16
Objectifs et contexte.....	16
Plan du rapport.....	17
1 – METHODOLOGIE	18
11 – Construction de l'enquête.....	18
111 – Le questionnaire d'enquête.....	18
112 – Une enquête en ligne.....	18
113 – Discussion sur la population d'enquête.....	19
114 – Traitement statistique des données.....	20
12 – Caractérisation des répondants a l'enquête	21
121 – Analyse descriptive globale.....	22
* <i>Origine géographique.....</i>	<i>22</i>
* <i>Caractéristiques sociodémographiques</i>	<i>22</i>
* <i>Motif d'adhésion à la FNATH.....</i>	<i>24</i>
* <i>Ancienneté d'adhésion à la FNATH</i>	<i>25</i>
122 – Analyse descriptive comparée selon la date de survenue du problème de santé à l'origine de l'adhésion à la FNATH.....	26
13 – Caractérisation des accidents de la vie décrits dans l'enquête	28
131 – Description globale.....	28
132 – Description des problèmes de santé liés au travail (78% des cas)	30
* <i>Profils des accidentés du travail et des personnes souffrant d'une maladie liée au travail dans l'enquête FNATH</i>	<i>34</i>
* <i>Des atteintes à la santé liées au travail graves et invalidantes</i>	<i>34</i>
* <i>Des atteintes bien prises en charge : près de neuf accidents et maladies liés au travail sur dix ont été reconnus au titre des accidents du travail et maladies professionnelles</i>	<i>36</i>
* <i>Faute inexcusable de l'employeur.....</i>	<i>38</i>
* <i>Reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé suite à un problème de santé lié au travail ..</i>	<i>39</i>
* <i>Reconnaissance en invalidité suite à un problème de santé lié au travail.....</i>	<i>39</i>
133 – Description des problèmes de santé non liés au travail (22% des cas)	40
* <i>Profils des répondants ayant subi un grave accident de santé non lié au travail</i>	<i>40</i>
* <i>Des atteintes à la santé non liées au travail graves et invalidantes</i>	<i>41</i>
* <i>Des atteintes bien prises en charge : plus de 7 accidents ou maladies non liés au travail sur 10 ont été suivis d'une reconnaissance en invalidité.....</i>	<i>42</i>
* <i>Reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé suite à un problème de santé lié au travail ..</i>	<i>43</i>

14 – Répartition des répondants au regard de la structure de l'enquête.....	43
Conclusion du chapitre 1	46
2 – TRAVAILLER APRES UN ACCIDENT DE LA VIE. ETUDE DU DEVENIR PROFESSIONNEL DES ADHERENTS DE LA FNATH APRES L'ACCIDENT QUI LES A CONDUIT A ADHERER A L'ASSOCIATION	47
21 – Devenir professionnel après un accident ou une maladie lié-e au travail.....	47
211- Différences observées entre ceux qui reprennent et ceux qui ne reprennent pas le travail dans la même entreprise.....	48
212 – Reprise du travail dans la même entreprise : à quelles conditions ?	51
* Reprise à un poste adapté, à un autre poste ou au même poste de travail : analyse descriptive	51
* Rechutes et risques de rupture professionnelle	53
213 – Rupture professionnelle et devenir professionnel après la rupture	54
* Motifs de rupture professionnelle	54
* Description des situations de licenciement pour inaptitude consécutives à un accident de la vie lié au travail.....	57
* Devenir professionnel après la rupture.....	58
22 – Devenir professionnel après un accident ou une maladie non lié-e au travail ..	62
221 – Différences observées entre ceux qui reprennent et ceux qui ne reprennent pas le travail dans la même entreprise	62
222 – Reprise du travail dans la même entreprise : à quelles conditions?	65
* Reprise à un poste adapté, à un autre poste ou au même poste de travail : analyse descriptive	65
* Rechutes et risque de rupture professionnelle	67
223 – Rupture professionnelle et devenir à court terme	68
* Motifs de rupture professionnelle	68
* Description des situations de licenciement pour inaptitude consécutives à un accident de la vie non liés au travail.....	69
* Devenir professionnel après la rupture.....	69
23 – Aides pour la reprise du travail apres un accident de la vie	71
Conclusion du chapitre 2	73
3 – ETAT DE SANTE GENERAL ET RESSOURCES COMPENSATOIRES PERCUES EN 2011	74
31 – Une population en mauvaise santé a la date d'enquête	74
32 – Prestations compensatoires du handicap percues en 2011	76
321 – Description globale.....	76
322 – Description par type d'aide.....	77
Conclusion du chapitre 3	79
4 – TYPOLOGIE DES PARCOURS D'ADHERENTS DE LA FNATH OBSERVES DANS L'ENQUETE.....	80
41 – Description des individus dans les quatre parcours identifiés	80
* Des parcours caractérisés par le maintien dans l'emploi après l'accident de la vie : parcours de type A (N= 649).....	80
* Reprise du travail suivie d'une rupture pour rechute ou aggravation : parcours de type B (N=176)...	81
* Rupture professionnelle suite à l'accident de la vie : parcours de type C (N= 1023).....	81

* <i>Population qui n'occupait pas un emploi lors de la survenue de l'accident de la vie : parcours de type D (N= 183)</i>	82
42 – Trois types de parcours professionnels identifiés apres un accident de la vie : quels facteurs entrent en jeu dans le risque de rupture professionnelle apres un accident de la vie ?	83
Conclusion du chapitre 4	87
5 – COMMENTAIRES RECUEILLIS A LA QUESTION FINALE	89
* <i>Le cumul de problèmes de santé : processus d'altération de la santé conduisant à l'inaptitude</i>	89
* <i>La retraite : pénalisation lorsque la carrière est interrompue à cause d'une accident de la vie ; pénalisation si l'accident est un accident de trajet</i>	90
* <i>Le logement : difficultés engendrées par la survenue d'un accident de la vie (perte du logement de fonction, temps d'attente, ...)</i>	90
* <i>Difficultés au quotidien : précarité financière</i>	91
* <i>Isolement, sentiment d'impuissance ; Critiques sur des dispositifs particuliers</i>	91
* <i>Reconnaissance envers la FNATH et messages positifs</i>	92
CONCLUSION GENERALE	93
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	95
ANNEXES	97
Annexe I – Questionnaire d'enquête	98
Annexe II – Appel à répondre à l'enquête en ligne (article paru dans le journal de la FNATH)	107
Annexe III– Tris à plat	108
Annexe IV – Répartition des répondants et des adhérents actuels de la FNATH par département et par région.....	127
Annexe V – Principes et conditions d'attribution des aides financières versées en compensation d'un handicap mentionnées dans l'enquête	129

Table des figures, encadrés et tableaux

<i>Encadré n°1</i>	La population nationale des adhérents de la FNATH : quelques caractéristiques malgré des données lacunaires	21
Figure 1.	Répartition des répondants à l'enquête et des adhérents actuels de la FNATH par région	22
Tableau 1.	Caractéristiques sociodémographiques des répondants	23
Tableau 2.	Répartition des répondants selon leur motif d'adhésion à la FNATH.....	24
Tableau 3.	Sex-ratio selon le motif d'adhésion à la FNATH	24
Figure 2.	Type de problème de santé à l'origine de l'adhésion à la FNATH parmi les répondants.....	25
Tableau 4.	Date d'adhésion à la FNATH parmi les répondants.....	26
Tableau 5.	Caractéristiques des répondants et type de problème de santé selon la date de survenue du problème de santé.....	27
Figure 3.	Description des problèmes de santé cités dans l'enquête (plusieurs réponses possibles).....	28
Figure 4.	Type de problème de santé selon l'origine – professionnelle ou pas – de l'accident de la vie (total répondants)	29
Figure 5.	Part des problèmes de santé liés au travail ou non liés au travail selon la description de l'atteinte subie (total répondants).....	30
<i>Encadré n°2</i>	Les accidents du travail dans la statistique publique	31
<i>Encadré n°3</i>	Les maladies professionnelles et les maladies à caractère professionnel dans la statistique publique.....	33
Tableau 6.	Profil des répondants ayant subi un accident du travail, une maladie professionnelle ou une maladie à caractère professionnel.....	34
Figure 6.	Répartition des problèmes de santé liés au travail selon la durée totale de l'arrêt de travail.....	35
Figure 7.	Pour les victimes d'un accident de la vie lié au travail : "Avez-vous éprouvé des difficultés dans la réalisation de vos activités quotidiennes" ?	35
Figure 8.	Pour les victimes d'un accident de la vie lié au travail : "Gardez-vous aujourd'hui des séquelles ou des gênes suite à cet accident ou à cette maladie ?"	35
Tableau 7.	Durée de l'arrêt de travail et séquelles laissées par les problèmes de santé liés au travail.....	36
Figure 9.	Reconnaissance institutionnelle des problèmes de santé liés au travail	37
Figure 10.	Reconnaissance de séquelles indemnifiables (IPP) suite aux problèmes de santé liés au travail ..	38
Tableau 8.	Prise en charge institutionnelle des atteintes à la santé liées au travail citées dans l'enquête FNATH	38
Tableau 9.	Accidents de la vie à l'origine de l'adhésion à la FNATH non liées au travail (accidents, handicaps ou maladies) : profil des répondants.....	40
Tableau 10.	Accidents, handicaps ou maladies non liés au travail : durée de l'arrêt de travail et séquelles laissées	41
Tableau 11.	Reconnaissance en invalidité après un accident de la vie non lié au travail cité dans l'enquête FNATH	42
Figure 11.	Taux d'invalidité reconnus suite aux problèmes de santé non professionnels, selon la période de survenue du problème.....	42
Tableau 12.	RQTH après un accident de la vie non lié au travail cité dans l'enquête FNATH	43
Figure 12.	Structure de l'enquête et répartition des répondants	44
Figure 13.	Répartition des répondants selon l'origine, professionnelle ou non, de l'accident de la vie.....	45
Tableau 13.	Reprise ou non reprise du travail dans la même entreprise après un accident ou une maladie liée au travail : tris croisés et régression logistique selon les caractéristiques des individus, de l'emploi occupé et de l'accident de santé	48
Tableau 14.	Gravité du problème de santé et caractéristiques de l'entreprise selon les conditions de la reprise du travail après un accident de la vie lié au travail	51

Tableau 15. Visite de reprise selon les conditions de la reprise du travail après un accident de la vie lié au travail.....	52
Tableau 16. Horaires, salaire et accueil au retour selon les conditions de la reprise du travail après un accident de la vie lié au travail.....	53
Figure 14. Rechute ou aggravation de l'état de santé par la suite pour les individus ayant repris leur emploi après une atteinte à la santé liée au travail	54
Tableau 17. Motif de rupture professionnelle suite à un accident de la vie lié au travail	54
Figure 15. Motifs de rupture professionnelle après un problème de santé lié au travail chez les adhérents de la FNATH, hors personnes toujours en arrêt de travail	55
Tableau 18. Type de problème de santé chez les individus licenciés pour inaptitude et chez l'ensemble des victimes d'accidents de la vie liés au travail.....	58
Figure 16. Retour à l'emploi après une rupture professionnelle consécutive à un accident du travail ou une maladie d'origine professionnelle	59
Figure 17. Changement de profession selon la durée de la rupture professionnelle causée par un accident du travail ou une maladie liée au travail	60
Tableau 19. Taux de reconversion professionnelle selon le temps mis à retrouver un emploi après la rupture consécutive à une atteinte à la santé d'origine professionnelle	60
Figure 18. Pour les personnes ayant par la suite retrouvé un emploi, était-ce à un niveau de salaire comparable à l'ancien emploi ? Comparaison selon la durée de la rupture professionnelle causée par un accident du travail ou une maladie liée au travail	61
Tableau 21. Gravité du problème de santé et caractéristiques de l'entreprise selon les conditions de la reprise du travail après un accident de la vie non lié au travail	65
Tableau 22. Visite de reprise selon les conditions de la reprise du travail après un accident de la vie non lié au travail.....	66
Tableau 23. Horaires, salaire et accueil au retour selon les conditions de la reprise du travail après un accident de la vie non lié au travail.....	67
Figure 19. Rechute ou aggravation de l'état de santé par la suite pour les individus ayant repris leur emploi après une atteinte à la santé non liée au travail	67
Tableau 24. Motif de rupture professionnelle suite à un accident de la vie non lié au travail	68
Figure 20. Modalités de la rupture professionnelle après un problème de santé non lié au travail chez les adhérents de la FNATH (hors personnes toujours en arrêt de travail)	68
Tableau 25. Type de problème de santé chez les individus licenciés pour inaptitude et chez l'ensemble des victimes d'accidents de la vie non liés au travail.....	69
Figure 21. Retour à l'emploi après une rupture professionnelle consécutive à un problème de santé non lié au travail.....	70
Tableau 26. Aides pour la reprise du travail : AGEFIPH et SAMETH (ou CAP emploi).....	71
Tableau 27. Aides pour la reprise du travail : reconversion professionnelle.....	72
Figure 22. Etat de santé général perçu en 2011 – Total des enquêtés	74
Tableau 28. Cumul de l'accident de la vie décrit dans l'enquête FNATH avec un ou plusieurs autre(s) grave(s) problème(s) de santé survenu(s) au cours de la vie.....	75
Figure 23. Prestations compensatoires du handicap : nombre d'aides perçues en 2011 (total répondants)....	76
Figure 24. Nombre d'aides financières perçues en 2011 selon la RQTH consécutive à l'accident de la vie déclaré dans l'enquête.....	77
Tableau 29. Nombre d'aides financières perçues en 2011 par type d'aide	77
Tableau 30. Aides financières perçues en 2011. Part des bénéficiaires, des demandes refusées et des demandes non faites par type d'aide	78
Tableau 31. Trois types de devenir professionnel après un accident de la vie pour les adhérents de la FNATH ayant répondu à l'enquête. Description et résultats de la régression logistique	84

INTRODUCTION

Objectifs et contexte

Dans le cadre de ses 90 ans, la FNATH a souhaité initier une enquête par questionnaire auprès de ses adhérents sur le thème "Vivre et travailler après un accident de la vie". Le devenir professionnel après la survenue d'un "accident de la vie" est en effet relativement méconnu. Cette question soulève pourtant des enjeux essentiels, touchant à la santé publique, aux droits des malades, des accidentés et des personnes handicapées et aux questions de maintien dans l'emploi. La FNATH, qui accompagne ses adhérents dans des démarches de reconnaissance et de prise en charge de l'accident de la vie qu'ils ont subis (actions individuelles et collectives), est aussi une association qui garde un lien sur le long terme avec ses adhérents, souvent bien des années après la survenue de l'accident ou de la maladie. La FNATH a souhaité marquer le coup de son 90^{ème} anniversaire en proposant de porter un regard sur le temps du devenir des accidentés du travail et de la vie.

Elle a reçu le soutien de l'AGEFIPH, d'AXA, de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) et de la Direction générale de la cohésion sociale pour la réalisation de cette enquête. La CNAMTS, le Ministère du travail et la Mutualité Française ont également soutenu la semaine nationale organisée par l'association sur la thème de la prévention de la désinsertion sociale et professionnelle, pendant laquelle ont été présentés les premiers résultats.

En effet, ceux-ci ont été présentés publiquement le 10 octobre 2011, au colloque organisé au Sénat par la FNATH dans le cadre de sa "semaine nationale" organisée cette année autour du thème "Vivre et travailler après un accident de la vie".

L'enquête menée auprès des accidentés de la vie adhérents de la FNATH a porté sur quatre temps du devenir professionnel. Le premier temps est celui de l'arrêt de travail. Le second temps est celui de la reprise du travail. Pour les personnes qui retrouvent leur emploi, il s'agissait de voir dans quelle mesure les conditions du retour ont été vécues, tant au plan de l'accueil par les collègues et la hiérarchie qu'à celui du travail et de ses conditions. Pour celles qui ont perdu leur emploi à la suite de l'accident de santé, il s'agissait de voir quel en a été le motif (licenciement, démission, mise en pré-retraite, ...). Le troisième temps abordé dans l'enquête s'intéresse à ces personnes qui n'ont pu reprendre leur travail juste après leur accident. Nous les avons questionnées sur leur devenir à moyen terme, en leur demandant si, par la suite, elles avaient retrouvé un emploi, et sous quelles conditions, relativement à leur ancien emploi. Enfin, un dernier temps, qui concerne l'ensemble des adhérents enquêtés, est celui d'aujourd'hui. Il porte sur les ressources compensatoires éventuellement perçues par les enquêtés (rente pour accident du travail ou maladie professionnelle, aide à la personne, allocation adulte handicapé, ...) ainsi que sur l'état de santé général perçu en 2011.

Du fait de l'hétérogénéité de la population des adhérents de la FNATH (tant par leur situation de départ que par le type d'accident de santé qui les a conduit à adhérer), un module de questions descriptives a permis, en début d'enquête, de réaliser des exploitations par sous-populations, notamment en distinguant les atteintes à la santé liées au travail et celles survenues dans un autre contexte.

Plan du rapport

Le premier chapitre du rapport présente la méthodologie de l'enquête. La construction du questionnaire, le mode de passation de l'enquête et surtout la description détaillée de la population d'enquête y sont présentés. Plus de 2000 adhérents de la FNATH ont répondu à cette première enquête en ligne initiée par l'association. Qui sont-ils ? Quels sont les problèmes de santé qu'ils ont subis ? Ce travail de caractérisation des répondants et des accidents de la vie décrits dans l'enquête, étape préalable et nécessaire à l'exploitation des données issues de l'enquête, permet en outre de poser un regard sur une population jusqu'ici méconnue au plan statistique : celle des adhérents de la FNATH. Un regard comparé avec des données statistiques externes sera proposé dans la mesure du possible.

Le chapitre 2 présente les enseignements de l'enquête au plan du devenir professionnel des adhérents de la FNATH après la survenue de l'accident de la vie ayant généré leur adhésion à l'association. Plus de 9 répondants sur 10 occupaient un emploi lors de la survenue de l'accident. Quels sont ceux qui ont retrouvé leur emploi à l'issue de l'arrêt de travail ? Peut-on identifier des facteurs associés au maintien dans l'emploi ? Quelles ont été leurs conditions de reprise ? Pour ceux qui ont vécu une rupture professionnelle consécutive à l'accident de la vie décrit dans l'enquête, quelles en ont été les modalités ? Ont-ils, par la suite, retrouvé un emploi ? Cette analyse sera menée séparément sur deux sous-populations : celle des accidentés du travail et des personnes souffrant d'atteintes à la santé liées au travail (qu'elles soient ou non reconnues au titre des accidents du travail et des maladies professionnelles), et celle des victimes d'accidents de la vie non professionnels (maladies, handicaps, accidents).

Le chapitre 3 porte sur la situation actuelle des adhérents de la FNATH observée sur deux plans : l'état de santé général et les ressources compensatoires du handicap éventuellement perçues actuellement. Ces deux dimensions sont liées entre elles et donnent à voir une autre dimension du devenir des individus après un (voire plusieurs) grave accident de santé.

Le chapitre 4 s'articule autour d'une typologie des parcours "d'accidentés de la vie" telle qu'apparue dans l'enquête FNATH. Outre un regard descriptif sur les sous-populations caractérisées par des parcours différents, l'analyse visera à identifier, parmi l'ensemble des indicateurs fournis dans l'enquête, les facteurs qui jouent de façon nette du reste sur le risque de rupture professionnelle à la suite d'un problème de santé survenu alors que les individus étaient en situation d'emploi.

Enfin, le chapitre 5 rendra compte d'un matériau qualitatif accumulé au fil de l'enquête : les nombreux commentaires apportés par les répondants sur "leur devenir (professionnel, social, familial, ...) depuis l'accident de la vie dont ils ont été victimes", comme la question finale les y invitait.

1 – METHODOLOGIE

11 – CONSTRUCTION DE L'ENQUETE

Le champ défini pour l'enquête est celui des adhérents de la FNATH, quel que soit le type d'accident ou de maladie (d'origine professionnelle ou non) qui a généré leur adhésion à l'association, et à l'exclusion des ayants droits.

111 – Le questionnaire d'enquête

La construction du questionnaire a été élaborée **en concertation** avec la FNATH. Après plusieurs réunions de travail, une première version a été **testée** auprès de trois adhérents volontaires¹ de la FNATH 44 au mois d'avril. Outre le constat de la bonne compréhension des questions et des filtres, le test du questionnaire, puis les échanges qui ont suivi, ont permis de soulever différents points d'amélioration sur certaines questions ou filtres. Nous avons en outre pu vérifier que la **durée de remplissage** d'un questionnaire se situait **entre 5 et 10 minutes**, condition importante pour une enquête destinée à être remplie en ligne.

Au final, le questionnaire d'enquête comporte **59 questions**, portant sur les thèmes suivants :

- Présentation personnelle
- Accident de la vie lié à l'adhésion à la FNATH
- Situation professionnelle lors de la survenue de l'accident de la vie
- Arrêt de travail
- Retour dans l'emploi
- Perte d'emploi et devenir professionnel
- Aides pour le retour au travail
- Ressources compensatoires perçues en 2011
- État de santé en 2011

Le questionnaire d'enquête se terminait par une question finale ouverte, laissant les personnes enquêtées apporter d'éventuels commentaires en clair sur leur devenir (professionnel, social, familial,...) depuis l'accident de la vie décrit dans l'enquête.

Le questionnaire complet figure en annexe I.

112 – Une enquête en ligne

Le choix de procéder à une enquête statistique en ligne s'est rapidement imposé, compte tenu des contraintes de temps et de moyens qui se présentaient au moment de la décision de l'enquête (janvier 2011).

Pour répondre à l'enquête, les adhérents devaient se connecter sur le **site Internet de la FNATH**, où un lien les invitait à répondre à l'enquête. Les répondants à l'enquête ont été sollicités de deux manières : via le journal de la FNATH "*A part entière*" daté de mai-juin 2011 (parution fin avril), dans lequel figurait un appel à participer à l'enquête², ou directement via le site Internet de l'association, dont le bandeau dynamique en entête de la page d'accueil appelait à intervalles réguliers à répondre à l'enquête en ligne.

La mise en ligne de l'enquête et la récupération informatique de la base de données ont été confiées au Cabinet Aristat (Paris).

¹ Les trois adhérents ayant testé le questionnaire d'enquête sont des hommes, âgés entre 58 et 64 ans. Ils ont adhéré à la FNATH respectivement en 1990, 2000 et 2005. Deux d'entre eux ont adhéré à la suite d'une maladie liée au travail reconnue en maladie professionnelle. Le troisième a adhéré suite à un accident du travail reconnu, suivi d'une reconnaissance en faute inexcusable. Tous trois ont eu une reconnaissance d'IPP à la suite de ce problème de santé reconnu d'origine professionnelle.

² Voir annexe II.

L'enquête est restée **en ligne durant quatre mois** : de mai à août 2011. Durant cette période, des relances ont été faites par la FNATH à plusieurs reprises, via son journal "*A part entière*", vers ses adhérents "militants", qu'elle peut contacter par courrier électronique, et enfin dans le cadre d'une opération programmée de mailing durant l'été 2011.

Au terme des quatre mois de mise en ligne, le corpus d'enquête constitué repose sur **2269 réponses enregistrées** entre mai et août 2011. Ce nombre de réponses est jugé satisfaisant pour procéder à une analyse statistique fine des données. Un autre motif de satisfaction concernant ce nombre non négligeable de réponses est lié au fait que la population visée dans l'enquête – les adhérents de la FNATH – était ici sollicitée pour la première fois pour une enquête en ligne. En outre, ce n'est pas par l'envoi d'un courriel individuel que la sollicitation leur est parvenue, mais par le biais d'un article paru dans le journal de l'association. Deux conditions, sur lesquelles nous n'avons pas pris, étaient donc requises pour toucher les personnes : qu'elles lisent le journal de l'association (et plus précisément cet article) et qu'elles aient accès à Internet.

113 – Discussion sur la population d'enquête

Au total, le nombre de réponses enregistrées au fil des quatre mois de mise en ligne de l'enquête est de 2269. Sur ces 2269 réponses, on dénombre **2025 questionnaires validés** (ie : les personnes sont allées jusqu'à la question finale) et **244 questionnaires partiels** (ie : abandon en cours d'enquête), que nous avons choisi de maintenir dans la base de données à partir du moment où la question renseignant sur la raison de l'adhésion à la FNATH (Q8) était renseignée.

Sur une population de 117 000 adhérents à jour de cotisation et actuellement enregistrés dans les fichiers de la FNATH (hors adhérents des associations agréées), ce nombre de réponses enregistrées peut sembler très faible. Cependant, calculer un taux de réponses pour une enquête en ligne n'est pas possible, pour plusieurs raisons. Tout d'abord, il est difficile de connaître précisément la population de référence de l'enquête, à partir de laquelle nous pourrions calculer un taux de réponses. Sur le total des individus enregistrés comme adhérents actuels de la FNATH, il est en effet impossible de savoir quelle est la proportion d'adhérents qui lisent le journal de l'association, encore moins la part de ceux qui ont accès à Internet. Le fait qu'une partie de la population des adhérents de la FNATH soit assez âgée laisse ainsi supposer une part importante d'adhérents exclus de l'enquête en raison du support choisi.

En second lieu, le fichier des adhérents de l'association comporte des données lacunaires et des disparités importantes peuvent exister entre deux départements, ce qui rend les données nationales peu pertinentes pour un portrait statistique des adhérents de la FNATH. Par exemple, il n'est pas possible d'identifier de façon exhaustive, dans le fichier, les adhérents "sympathisants" (par exemple des veuves qui continuent à adhérer après le décès de leur époux) et les adhérents ayant effectivement subi un grave accident de la vie, et entrant donc dans le champ de l'enquête.

Ce choix d'une enquête en ligne a été guidé par une double contrainte de temps et de budget. Il est réfléchi et assumé. Sans prétendre à une représentativité de l'ensemble des adhérents de la FNATH, l'objectif est de **porter un regard sur une partie d'entre eux**. Tous ont en commun la survenue, au cours de leur vie, d'un accident de santé. La population des "accidentés de la vie" ne peut être connue statistiquement que partiellement, compte tenu de la diversité des situations qu'elle comprend. Ici, le motif permettant de toucher cette population d'accidentés de la vie est leur adhésion à une association de victimes, la FNATH. Compte tenu des missions de cette dernière – la défense du droit des victimes à être reconnues et indemnisées – on peut dire que **les accidentés de la vie concernés par notre enquête ont en commun le fait d'avoir subi, au cours de leur vie, un (au moins) accident de santé suffisamment grave pour entraîner l'adhésion à une association de défense des personnes accidentées, malades ou handicapées.**

L'enquête repose sur une population spécifique : celle d'adhérents actuels de la FNATH entretenant un rapport suffisamment actif avec l'association pour répondre à une sollicitation inscrite dans le journal interne de l'association, intéressés par la problématique soulevée dans l'enquête et ayant accès à Internet. La situation d' "adhérent de la FNATH" est déduite des réponses apportées par les individus, qui devaient renseigner la date de leur adhésion à l'association et le département de leur section locale. Il n'y a pas eu de contrôle sur ce point. Comme pour toute enquête utilisant un questionnaire mis librement à la disposition d'un public, nous sommes dans la situation d'un **échantillon "volontaire"**, dont l'un des biais peut être de sur-représenter des individus dans une situation particulièrement défavorable et ayant du coup un

intérêt et une posture revendicative par rapport à la problématique soulevée par l'enquête, à savoir le devenir professionnel après un grave problème de santé.

Il s'agit à présent de caractériser au mieux la population des répondants à l'enquête au regard de ses caractéristiques sociodémographiques et des problèmes de santé décrits. Dans la mesure du possible, nous chercherons à comparer la population des répondants avec la population des adhérents actuels de la FNATH. Le cas échéant, une mise en perspective sera proposée à partir de données externes (enquêtes statistiques ou données administratives) portant sur d'autres populations ayant subi un accident de la vie.

114 – Traitement statistique des données

A la clôture de l'enquête, la récupération de la base de données a été opérée par le Cabinet *Aristat*, en charge de l'administration en ligne de l'enquête. Le fichier global a été transmis sous format Excel au Cabinet *Daubas-Letourneux Etudes & Enquêtes Sociales*, qui a réalisé le traitement statistique sur le logiciel SPSS.

Le fichier étant totalement anonyme – à aucun moment l'identité des personnes n'a été relevée dans le questionnaire – il n'a pas été nécessaire de le déclarer à la CNIL.

L'ensemble des tris à plat réalisés sur toutes les variables de l'enquête figure dans l'annexe III du rapport.

Compte tenu de nos questions de recherche, les modèles utilisés sont pour la plupart **descriptifs** (tris à plats et tris croisés).

Concernant la question centrale du devenir professionnel après un accident de la vie, nous avons mené les analyses statistiques sur **deux sous-populations observées séparément** : les individus dont l'accident de la vie est lié au travail qu'ils occupaient lors de sa survenue et ceux dont l'accident de la vie n'est pas lié à leur travail.

Le **lien entre l'accident de la vie et le travail** est, dans l'enquête, **fonction de la déclaration des répondants** (réponse donnée à la question Q8) : un "accident du travail", un "accident de trajet" ou une "maladie liée au travail (qu'elle soit reconnue ou non comme maladie professionnelle)" décrivent un lien avec le travail ; un "accident ou handicap non lié au travail" ou une "maladie non liée au travail" précisent l'absence de lien avec le travail.

Pour étudier l'effet d'un facteur indépendamment des autres facteurs (toutes choses égales par ailleurs), nous avons procédé à des régressions.

Le modèle de régression choisi pour observer les facteurs en lien avec le maintien dans l'emploi après la survenue d'un grave problème de santé est une **régression logistique multinomiale** (chapitre 2).

Pour étudier les facteurs en lien avec les différences de type de parcours professionnel après un accident de la vie (chapitre 4), le modèle utilisé est une **régression logistique polytomique ordonnée**. Cette régression a été réalisée sur le logiciel SAS par le cabinet *Aristat*.

Dans les régressions réalisées, seuls les coefficients significatifs au plan statistique ont été présentés. Ces coefficients, appelés "odds ratio", peuvent être interprétés comme des rapports de chance relatifs. Un odds ratio inférieur à 1 indique un facteur défavorable par rapport à la variable à expliquer (maintien dans l'emploi ou non) ; un odds ratio supérieur à 1 indique un facteur favorable.

L'analyse des **réponses en clair** apportées aux questions ouvertes de l'enquête a été menée à l'aide du logiciel Excel.

12 – CARACTERISATION DES REpondANTS A L'ENQUETE

L'origine géographique, les caractéristiques sociodémographiques, le type de problème de santé à l'origine de l'adhésion à la FNATH permettent de mieux définir qui sont les répondants à l'enquête FNATH. Sans pour autant nous situer dans une recherche de représentativité, nous essayerons de voir dans quelle mesure leurs caractéristiques se retrouvent dans celles de la population des adhérents actuels de la FNATH, que l'on peut considérer comme étant la population de base de l'enquête. Pour cela, l'encadré ci-dessous présente les éléments statistiques que nous avons pu établir à partir des données transmises par la FNATH sur ses adhérents.

Encadré n°1 **La population nationale des adhérents de la FNATH : quelques caractéristiques malgré des données lacunaires**

C'est à l'échelon départemental que les fichiers des adhérents de la FNATH sont tenus, au sein des sections locales ou comités locaux de l'association. L'adhésion à la FNATH est payante. Son règlement renouvelé chaque année est la condition pour être considéré, dans le traitement statistique qui est ici proposé, comme un adhérent "actuel" de la FNATH.

Un regroupement de ces fichiers est opéré au siège de la FNATH, mais il est difficile de parler de fichier national car aucun traitement statistique n'existe à cette échelle. Les disparités existant d'un département à l'autre quant à la tenue des fichiers, la complexité des nomenclatures utilisées (celle sur la "nature de l'adhésion" comporte ainsi 89 items, mêlant différents registres) et le caractère lacunaire d'un certain nombre de variables rendent cette entreprise difficile.

En partant du fichier Excel transmis par la FNATH³, voici les quelques caractéristiques que nous pouvons identifier concernant les 117 393 adhérents actuels de la FNATH⁴:

* Les hommes représentent 65% du total ; les femmes 30% ; 5% des adhérents étant renseignés comme "M. et Mme" (quasiment aucune valeur manquante pour le sexe).

* L'âge n'est pas renseigné dans 22% des cas (N=25604). Pour les autres, les classes d'âges modales sont celles des 45-54 ans et des 55-64 ans (26% chacune). Au-delà, 17% des adhérents ont entre 65 et 74 ans et 14% (soit 12 411 individus !) ont plus de 74 ans. En deçà, 12% ont entre 35 et 44 ans et 5% ont moins de 35 ans.

* L'année d'adhésion à la FNATH est inconnue dans 22% des cas (N=25331). Pour les autres, on observe la répartition suivante : 24% ont adhéré à la FNATH il y a 5 ans ou moins ; 20% ont adhéré il y a 10 ans ou moins (mais plus de 5 ans) ; 25% ont adhéré il y a 20 ans ou moins de (mais plus de 10 ans) ; 31% ont adhéré il y a plus de 20 ans.

* La "nature de l'adhésion" est une variable difficilement exploitable, non seulement du fait de la nomenclature utilisée, mais aussi parce que dans 46% des cas, ce champ n'est pas renseigné. Pour les cas renseignés, les adhésions liées à un accident du travail représentent 63% du total. Les maladies professionnelles représentent 4% des cas renseignés. 3% sont des adhérents sympathisants.

* Pour les mêmes raisons, il est difficile d'exploiter la variable "CSP", qui est non renseignée dans 58% des cas. Pour les cas renseignés, les quatre modalités regroupant le plus de monde sont celles des ouvriers qualifiés (23%), des ouvriers spécialisés (18%), des retraités (19%) et des personnes sans profession (6%).

³ Nous remercions ici Madame Cuoq, de la FNATH, qui nous a transmis le fichier ainsi que les précisions techniques s'y rapportant.

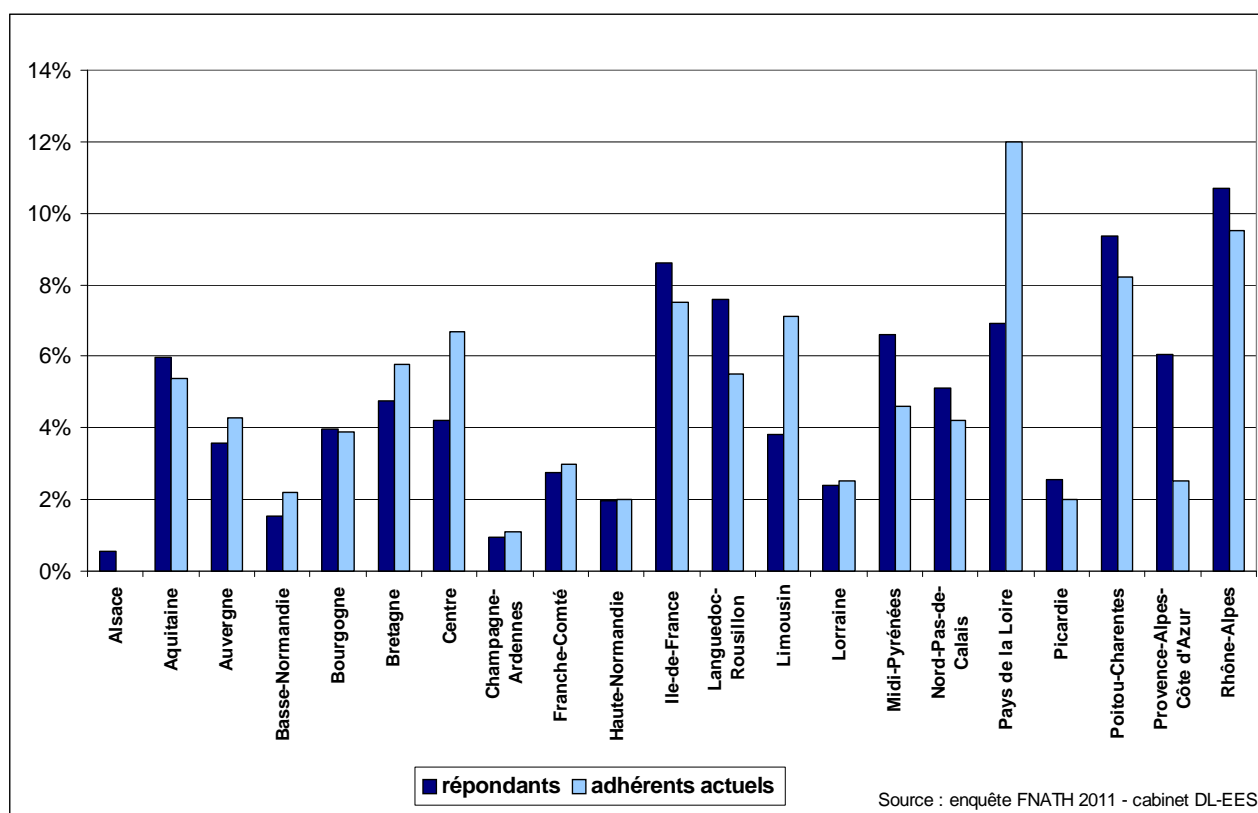
⁴ Le fichier transmis comportait plus de 400 000 lignes, incluant les adhérents non à jours de cotisation. En conservant uniquement les adhérents à jour de cotisation, notre fichier de travail comportait 117 393 lignes.

121 – Analyse descriptive globale

* Origine géographique

Les répondants à l'enquête se répartissent dans toutes les régions de France, illustrant la spécificité de la FNATH, association présente dans tous les départements métropolitains via des structures départementales ou locales. La figure 1 illustre cette répartition des répondants par région, tant pour la population des adhérents actuels que pour celle des répondants à l'enquête. On observe quelques régions qui se distinguent par une meilleure représentativité dans l'enquête que dans le fichier national des adhérents (Ile de France, Midi-Pyrénées, Languedoc-Roussillon, Poitou-Charentes). A l'inverse, d'autres régions semblent avoir moins répondu à l'enquête au regard de leur poids de le fichier national des adhérents (Pays de la Loire, Limousin, Centre, Bretagne). Le détail du nombre de répondants et d'adhérents actuels par département est présenté en annexe IV.

Figure 1. Répartition des répondants à l'enquête et des adhérents actuels de la FNATH par région



* Caractéristiques sociodémographiques

La population des répondants à l'enquête est **constituée aux deux tiers par des hommes (67%)**, proportion proche de celle observée pour l'ensemble des adhérents de la FNATH (cf. encadré n° 1 ci-dessus).

La répartition des répondants selon leur âge met en évidence deux classes d'âge sur-représentées: les 45-54 ans (33% des répondants) et les 55-64 ans (38% des répondants). Ainsi, **sept répondants sur dix (71%) sont âgés entre 45 et 65 ans**. Si l'on retrouve ces catégories modales dans la population totale des adhérents actuels de la FNATH, on observe que leur part est moindre (52%). Par comparaison, la population d'enquête comporte une part moins importante

de personnes âgées de plus de 65 ans, ce qui n'est pas étonnant compte tenu du mode de passation de l'enquête via l'usage d'Internet.

Les répondants à l'enquête sont **40% à avoir obtenu un diplôme de niveau CAP-BEP**. 32% ont un diplôme de niveau Bac et plus et 28% ont un diplôme de niveau inférieur au CAP-BEP. Les femmes se retrouvent proportionnellement plus nombreuses que les hommes dans les niveaux de diplôme inférieurs au CAP et supérieurs au CAP.

Au moment de l'enquête, **36% des répondants sont en activité** (on compte 24,4% de salariés du secteur privé, 8,4% de fonctionnaires, 2% de travailleurs indépendants et 0,7% de professions libérales), **16% sont au chômage**, **28% sont à la retraite ou cessation d'activité anticipée**, **près de 9% sont en arrêt de travail**, **10% sont inactifs**.

Tableau 1. Caractéristiques sociodémographiques des répondants

Total répondants (% col)		Homme (N=1492)	Femme (N=730)	Total
Age en 2011	< 35 ans	3,8%	3,6%	3,7%
	< 45 ans	11,8%	19,3%	14,3%
	< 55 ans	31,7%	35,8%	33,1%
	< 65 ans	39,4%	35,9%	38,2%
	65 ans et+	13,4%	5,4%	10,8%
Diplôme	< CAP	26,4%	31,4%	28,0%
	CAP-BEP	46,5%	25,9%	39,8%
	Bac et+	27,0%	42,7%	32,1%
Situation actuelle	Salarié secteur privé	25,2%	22,9%	24,4%
	fonctionnaire	7,0%	11,3%	8,4%
	indépendant	2,8%	,7%	2,1%
	profession libérale	,7%	,6%	,7%
	chômeur	15,9%	16,0%	15,9%
	retraité/pré-retraité	27,9%	15,6%	23,8%
	Cessation d'activité anticipée	3,7%	5,6%	4,3%
	arrêt de travail	7,6%	10,8%	8,7%
	en formation	1,1%	2,1%	1,4%
	inactif, autre situation	8,2%	14,5%	10,3%

source : enquête FNATH 2011 – cabinet DL-EES

Le tableau ci-dessus présente le détail des caractéristiques sociodémographiques des répondants selon le sexe. Les tris croisés sont tous significatifs. On s'aperçoit que les hommes répondants sont plus nombreux, proportionnellement, dans les classes d'âge les plus fortes, les femmes étant proportionnellement plus nombreuses parmi les moins de 45 ans (23% du total, contre 16% chez les hommes). Elles sont par ailleurs plus diplômées (43% ont un diplôme de niveau Bac ou supérieur, contre 27% des hommes). Ces derniers sont près de un sur deux (47%) à avoir un diplôme de niveau CAP-BEP. Nettement moins représentées dans ce niveau de diplôme, les femmes sont proportionnellement un peu plus nombreuses que les hommes à avoir un niveau de formation inférieur (31% vs 26%).

Concernant leur situation au moment de l'enquête, on observe la même proportion de chômeurs et de chômeuses (16%) et des proportions proches de salariés du privé (25% chez les hommes et 23% chez les femmes). En revanche, davantage de femmes fonctionnaires que d'hommes (11% vs 7%). Les femmes sont par ailleurs proportionnellement plus nombreuses dans la catégorie des inactifs : 15% contre 8% chez les hommes, de leur côté davantage concernés par les situations de retraite ou de pré-retraite au moment de l'enquête.

Les différences hommes/femmes sont par ailleurs à observer au regard du type de problème de santé décrit dans l'enquête, à l'origine de l'adhésion à la FNATH.

* *Motif d'adhésion à la FNATH*

Près des trois quarts des motifs d'adhésion à la FNATH portent sur des atteintes à la santé liées au travail : 44% des répondants ont adhéré à la suite d'un accident du travail, 10% après un accident de trajet (ce qui porte à 54% le total des accidents du travail au sens large) et 20% après une maladie liée au travail. Cette **sur-représentation des problèmes de santé liés au travail** est conforme aux observations menées sur la population des adhérents actuels de la FNATH (voir encadré n°1, p. 20).

Les problèmes de santé dont l'origine n'est pas liée au travail regroupent 21,5% des répondants.

Enfin, 4,5% des répondants ont adhéré à la FNATH pour une autre raison qu'un problème de santé personnel (en soutien d'un proche, par conviction ...).

Tableau 2. Répartition des répondants selon leur motif d'adhésion à la FNATH

Total répondants	N	%
accident du travail (sauf trajet)	999	44,3
accident de trajet	223	9,9
maladie liée au travail	449	19,9
accident ou déficience non lié(e) au travail	263	11,7
maladie non liée au travail	221	9,8
adhérent sympathisant	102	4,5
Total	2257	100,0
Manquante Système manquant	12	
Total	2269	

source : enquête FNATH 2011 – cabinet DL-EES

L'observation du **sex-ratio selon le type de problème de santé** à l'origine de l'adhésion à la FNATH montre que les hommes sont particulièrement sur-représentés parmi les adhérents accidentés du travail (3,5 hommes pour 1 femme) ou accidentés sur le trajet domicile-travail (2,26 hommes pour 1 femme). Ceci est conforme aux données existant sur les accidents du travail (voir encadré n°2, p 31).

Pour les atteintes à la santé non professionnelles, la part des hommes reste dominante, mais dans des proportions moindres.

Tableau 3. Sex-ratio selon le motif d'adhésion à la FNATH

Total répondants (% ligne)	homme	femme	sex-ratio
accident du travail (sauf trajet)	77,8%	22,2%	3,50
accident de trajet	69,3%	30,7%	2,26
maladie liée au travail	61,8%	38,2%	1,62
accident ou déficience non lié(e) au travail	54,1%	45,9%	1,18
maladie non liée au travail	54,4%	45,6%	1,19
adhérent sympathisant	45,1%	54,9%	0,82

source : enquête FNATH 2011 – cabinet DL-EES

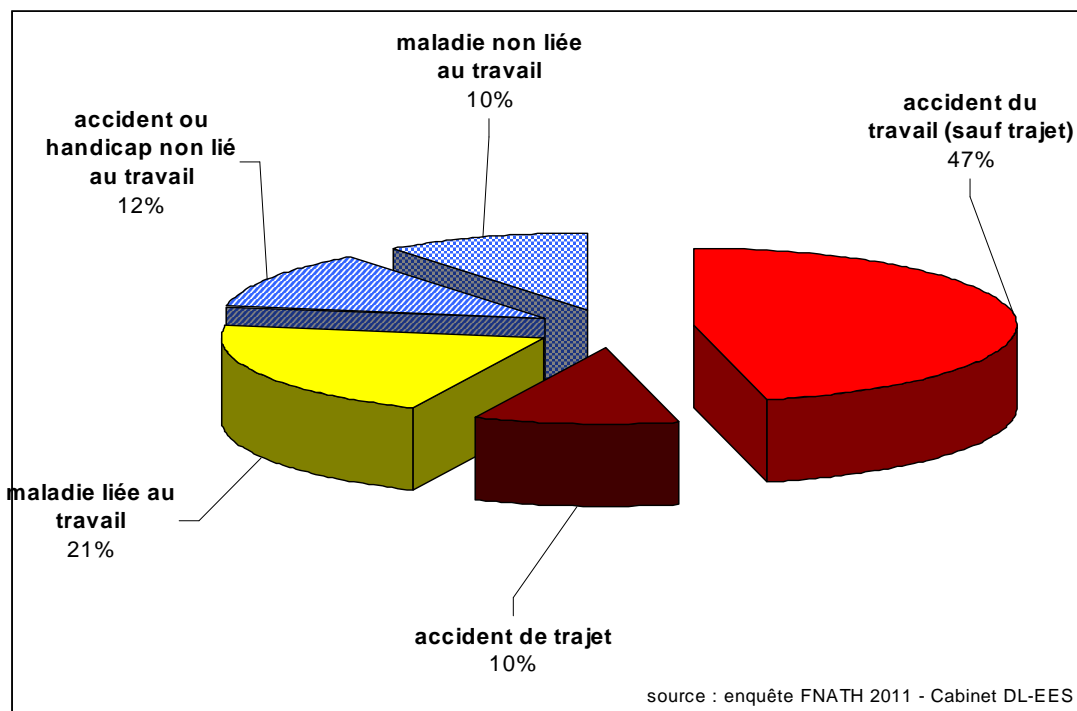
Les "**adhérents sympathisants**" – dont de nombreuses veuves ou ayant droit – sont une catégorie présente dans la nomenclature sur la "nature de l'adhésion" utilisée par la FNATH. Cette catégorie particulière d'adhérents a éprouvé de manière indirecte les conséquences d'un accident de la vie pour un proche. Si interroger ces personnes permettrait sans doute d'éclairer sous un autre angle la question du devenir des accidentés de la vie, cette catégorie est **hors champ** pour la présente enquête. Les adhérents sympathisants ont donc été renvoyés directement en fin de questionnaire après cette question⁵.

⁵ A titre indicatif, quelques tris ont été opérés sur ces 102 répondants. Cette sous-population, proportionnellement plus féminisée (55% sont des femmes), a pour spécificités d'être plus âgée et, corrélativement, plus souvent à la retraite que le

Pour le champ défini dans l'enquête (hors adhérents sympathisants), on observe que **les problèmes de santé liés au travail concernent 78% du total des adhérents** : 47% ont adhéré à la suite d'un accident du travail, 21% à cause d'une maladie liée au travail et 10% après un accident de trajet. Cette sur-représentation des accidents de la vie d'origine professionnelle est cohérente avec l'histoire de la FNATH, fondée à l'origine pour les « mutilés du travail ».

Pour les problèmes de santé non liés au travail (22% du total), on observe une proportion proche d'accidents ou de handicap (12%) et de maladies (10%).

Figure 2. Type de problème de santé à l'origine de l'adhésion à la FNATH parmi les répondants



** Ancienneté d'adhésion à la FNATH*

L'une des spécificités de la FNATH est la fidélité de ses adhérents, qui renouvellent leur adhésion parfois de nombreuses années après la survenue de l'accident de la vie à l'origine duquel ils ont adhéré. On aurait pu penser que les adhérents les plus anciens se sentiraient moins concernés par l'appel de l'association à répondre à l'enquête car, la date de survenue de leur problème de santé étant plus lointaine, la problématique soulevée par l'enquête pourrait être plus éloignée de leurs préoccupations. L'observation des réponses à l'enquête montre qu'il n'en est rien.

En effet, **si plus de 4 répondants sur 10 (44%) sont des adhérents récents** (ayant adhéré à la FNATH dans les cinq dernières années), **16% ont adhéré il y a entre 6 et 10 ans, 20% ont adhéré il y a entre 11 et 20 ans et 19% ont adhéré il y a plus de vingt ans**. La population des répondants à l'enquête reflète ainsi l'hétérogénéité des adhérents actuels de la FNATH quant à la date de leur première adhésion (cf encadré n°1, p. 20).

reste des répondants. On y trouve plus d'inactifs (19% contre 10% au total), de retraités (30% contre 24% au total) et de fonctionnaires (14% contre 8% au total). Les adhérents sympathisants sont aussi caractérisés par une proportion plus forte de personnes diplômées de niveau Bac et plus (47% contre 32% pour l'ensemble des répondants).

Tableau 4. Date d'adhésion à la FNATH parmi les répondants

Total répondants	N	%
il y a 5 ans ou moins	964	44,1
il y a 6 à 10 ans	359	16,4
il y a 11 à 20 ans	441	20,2
il y a plus de 20 ans	421	19,3
Total	2185	100,0
Manquante Système manquant	84	
Total	2269	

source : enquête FNATH 2011 – cabinet DL-EES

Cette hétérogénéité des répondants selon l'ancienneté de leur adhésion à la FNATH est importante à signaler dans la caractérisation du corpus d'enquête, car elle sous-tend des contextes socioéconomiques (et parfois juridiques) différents lors de la survenue de l'accident de la vie. Toutefois, c'est à partir d'un autre indicateur temporel que nous choisissons d'observer plus finement les répondants : la date de survenue du problème à l'origine de l'adhésion.

122 – Analyse descriptive comparée selon la date de survenue du problème de santé à l'origine de l'adhésion à la FNATH

Nous proposons de porter un regard comparé sur les répondants selon la date de survenue du problème de santé décrit dans l'enquête. On peut penser que celle-ci est proche de la date d'adhésion à la FNATH. Nous choisissons ce critère de date pour deux raisons : la première est qu'il est plus éclairant de connaître la date de survenue du problème de santé que la date d'adhésion à l'association (qui ne coïncide pas toujours)⁶ ; la deuxième raison est que l'on peut penser que la mémoire des individus est meilleure sur la date de survenue d'un grave accident de santé plutôt que sur celle de la première adhésion à une association.

On observe tout d'abord (tableau 5) une différence homme/femme marquée selon la date de survenue du problème de santé : parmi les répondants, **les femmes sont plus représentées lorsque le problème est récent** : 39% des répondants dont le problème de santé est survenu il y a moins de 6 ans sont des femmes (soit un sex-ratio H/F de 1,57), contre seulement 21% des répondants dont le problème remonte à plus de 20 ans (sexe-ratio H/F égal à 3,85).

Ce constat est à relier au sex-ratio observé précédemment par type de problème de santé (tableau 5). Le croisement selon le type de problème de santé montre en effet **la part grandissante des maladies professionnelles parmi les accidents de la vie les plus récents**, or, les femmes sont nettement plus touchées par des maladies professionnelles que par des accidents du travail, dans l'enquête comme dans les statistiques de l'Assurance maladie. Cette plus forte part des maladies professionnelles parmi les atteintes récentes est en outre cohérente avec la tendance lourde qui ressort des données publiées par la CNAMTS⁷, qui font état d'une augmentation des maladies professionnelles de 25% depuis dix ans.

⁶ On constate que 63% des adhérents récents (5 dernières années) ont subi un accident de la vie récemment (dans les 5 dernières années) ; 27% des adhérents récents ont eu un accident de la vie survenu avant leur adhésion à la FNATH (21% il y a entre 6 et 11 ans, 10% il y a entre 11 et 20 ans, 6% il y a plus de 20 ans).

Les accidents de la vie dont la date ne coïncide pas avec la date d'adhésion sont-ils différents des autres ? Pour les adhérents récents (dans les 5 dernières années), lorsque le problème de santé décrit dans l'enquête est récent, il s'agit surtout de problèmes liés au travail (85% du total). Pour ces même adhérents récents, lorsque le problème de santé est plus ancien que l'adhésion, il s'agit davantage de problèmes non liés au travail : 76% des problèmes sont liés au travail lorsque le problème est survenu il y a entre 6 et 10 ans ; 51% sont liés au travail si le problème est survenu il y a entre 11 et 20 ans ; 29% sont liés au travail si le problème remonte à plus de 20 ans.

⁷ Caisse nationale de l'assurance maladie pour les travailleurs salariés.

La part des accidents du travail dans la population d'enquête reste assez semblable : supérieure à 45% du total quelle que soit la période de survenue du problème de santé. La part des accidents de trajet baisse en revanche très nettement en deçà de 10 ans d'ancienneté du problème de santé. Les évolutions de pourcentages selon la date de survenue du problème de santé sont moins marquées pour les atteintes non liées au travail.

Tableau 5. Caractéristiques des répondants et type de problème de santé selon la date de survenue du problème de santé

Total répondants % col		Date de survenue du problème de santé				Total
		il y a 5 ans ou moins	il y a entre 6 et 10 ans	il y a entre 11 et 20 ans	il y a + de 20 ans	
Sexe	homme	61%	61%	71,5%	79%	67%
	femme	39%	39%	28,5%	21%	33%
Age lors de la survenue du problème de santé	moins de 25 ans	1,2%	1,9%	3,5%	38,4%	10,6%
	25-44 ans	41,3%	51,0%	62,7%	58,5%	52,6%
	45-54 ans	42,7%	41,4%	31,0%	2,7%	30,3%
	55 ans et+	14,8%	5,7%	2,8%	,5%	6,6%
Niveau de diplôme (NS)*	< CAP	27,7%	25,9%	25,4%	28,8%	27,1%
	CAP-BEP	38,7%	40,6%	38,6%	44,8%	40,7%
	Bac et+	33,6%	33,5%	36,0%	26,4%	32,2%
Problème de santé à l'origine de l'adhésion à la FNATH	accident du travail (sauf trajet)	45,3%	45,3%	47,2%	48,3%	46,5%
	accident de trajet	7,3%	6,8%	9,1%	17,8%	10,4%
	maladie liée au travail	32,0%	25,9%	20,2%	5,4%	20,9%
	accident ou handicap non lié au travail	9,0%	12,6%	9,3%	17,6%	12,1%
	maladie non liée au travail	6,3%	9,3%	14,3%	10,9%	10,0%

* non significatif

source : enquête FNATH 2011 – cabinet DL-EES

L'âge des répondants lors de la survenue du problème de santé se trouve forcément corrélé avec l'ancienneté du problème et ce croisement n'est intéressant à observer que pour les problèmes les plus récents (un effet d'élimination jouant pour les problèmes survenus de façon plus ancienne). On s'aperçoit que, **pour les problèmes de santé survenus il y a moins de 6 ans, 15% ont touché des personnes âgées de plus de 54 ans, 43% ont touché des personnes âgées entre 45 et 54 ans et 41% ont touché des personnes âgées entre 25 et 44 ans.**

On n'observe pas de différence significative selon le niveau de diplôme pour les problèmes de santé survenus à différents moments. La part des individus de niveau CAP-BEP, caractéristique d'une population d'ouvriers que l'on sait particulièrement touchée par la survenue d'accidents du travail, reste dominante, quelle que soit la période de survenue du problème de santé.

13 – CARACTERISATION DES ACCIDENTS DE LA VIE DECRITS DANS L'ENQUETE

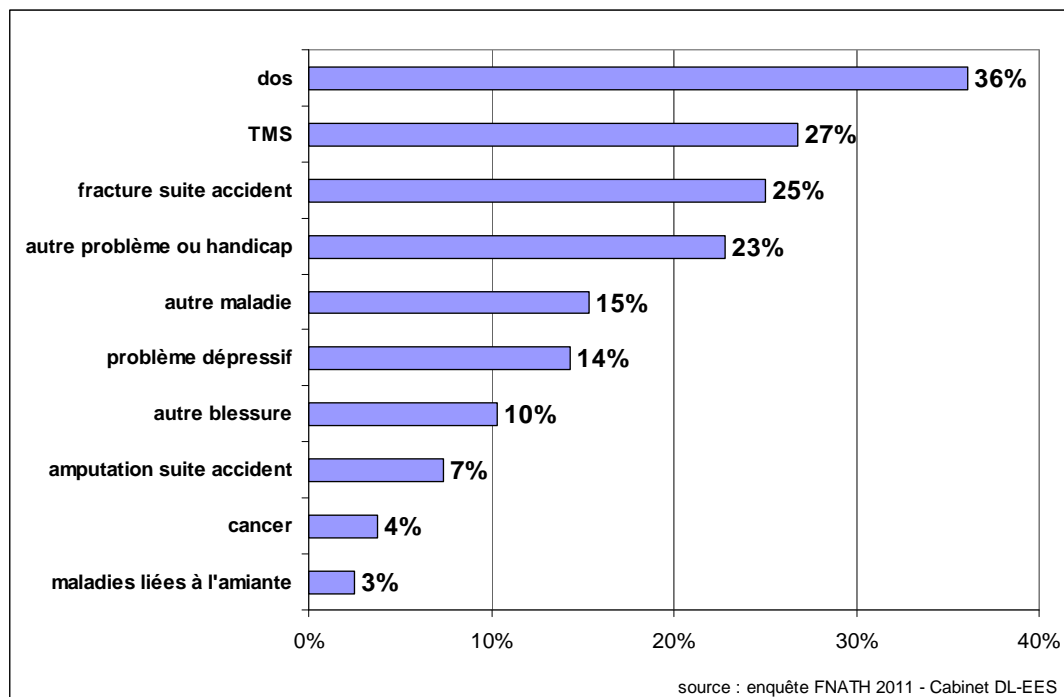
Les répondants à l'enquête ont en commun le fait d'avoir subi un grave problème de santé qui les a conduits à adhérer à la FNATH. Quels sont les problèmes de santé décrits dans l'enquête ?

131 – Description globale

Globalement, les problèmes de santé les plus cités parmi les accidents de la vie décrits dans l'enquête sont les **problèmes touchant le dos** (36% des répondants affectés), les **troubles musculo- squelettiques (TMS)** (27%) et les **fractures** (25%). Les **problèmes dépressifs** (14%) arrivent en quatrième position, suivis de plus loin par les amputations (7%), les cancers (4%) et les maladies liées à une exposition à l'amiante (3%).

La liste proposée n'était ni exhaustive (et les réponses "autres" ont été souvent choisies, surtout pour les atteintes non professionnelles comme nous le verrons plus bas), ni exclusive. Globalement, si 61% des répondants n'ont choisi qu'une seule modalité, 22% en ont choisi deux, 11% en ont choisi trois et 4% en ont choisi quatre. Nous observerons plus bas les combinaisons les plus fréquentes observées pour les problèmes liés au travail ou non liés au travail.

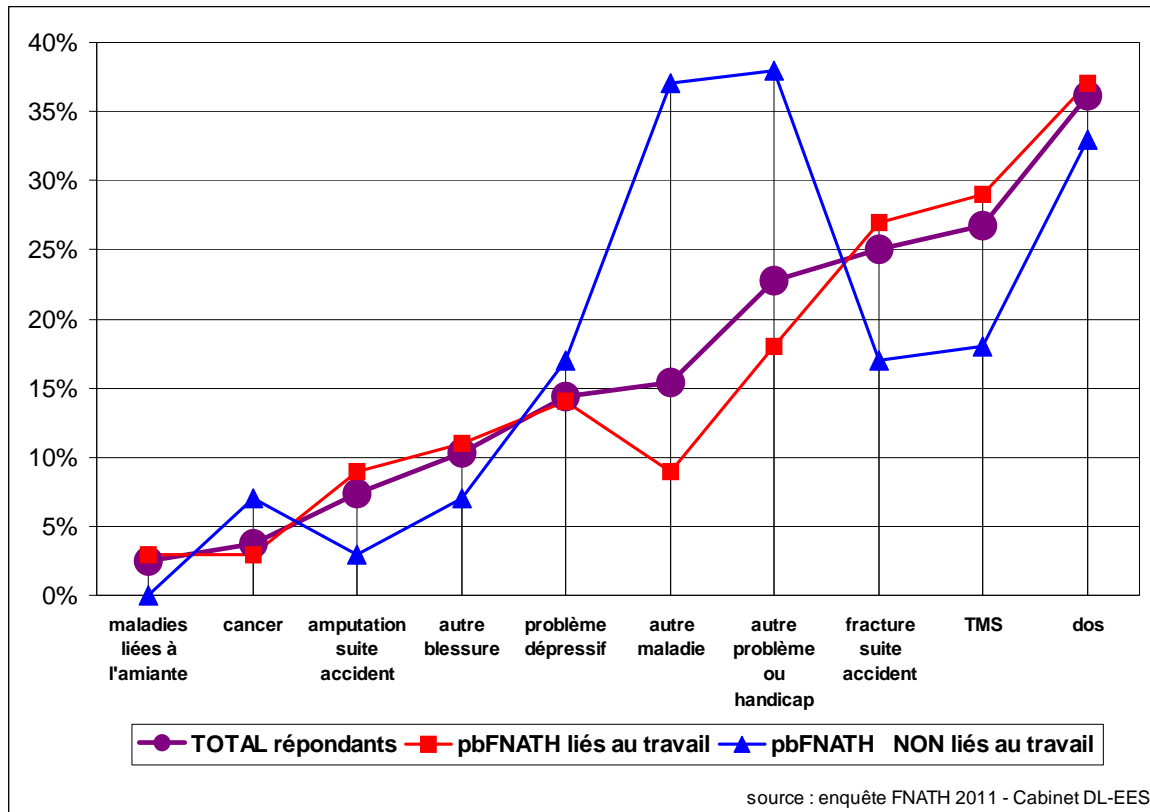
Figure 3. Description des problèmes de santé cités dans l'enquête (plusieurs réponses possibles)



Selon que l'accident de la vie cité dans l'enquête est lié au travail, ou non, les types de problèmes de santé décrits par les personnes enquêtées diffèrent, comme l'illustre la figure 4. On constate ainsi que les items "autre maladie" et "autre problème ou handicap" sont choisis par plus de 30% des victimes d'un accident de la vie non professionnel, contre respectivement moins de 10% et moins de 20% pour les victimes d'un accident ou d'une maladie d'origine professionnelle.

Les cancers et les problèmes dépressifs sont également davantage choisis parmi les enquêtés victimes d'un accident de la vie non professionnel.

Figure 4. Type de problème de santé selon l'origine – professionnelle ou pas – de l'accident de la vie (total répondants)



Type de problème de santé : (plusieurs réponses possibles) % col	TOTAL répondants	Accident de la vie lié au travail	Accident de la vie NON lié au travail
dos	36%	37%	33%
TMS	27%	29%	18%
fracture suite accident	25%	27%	17%
autre problème ou handicap	23%	18%	38%
autre maladie	15%	9%	37%
problème dépressif	14%	14%	17%
autre blessure	10%	11%	7%
amputation suite accident	7%	9%	3%
cancer	4%	3%	7%
maladies liées à l'amiante	3%	3%	0%

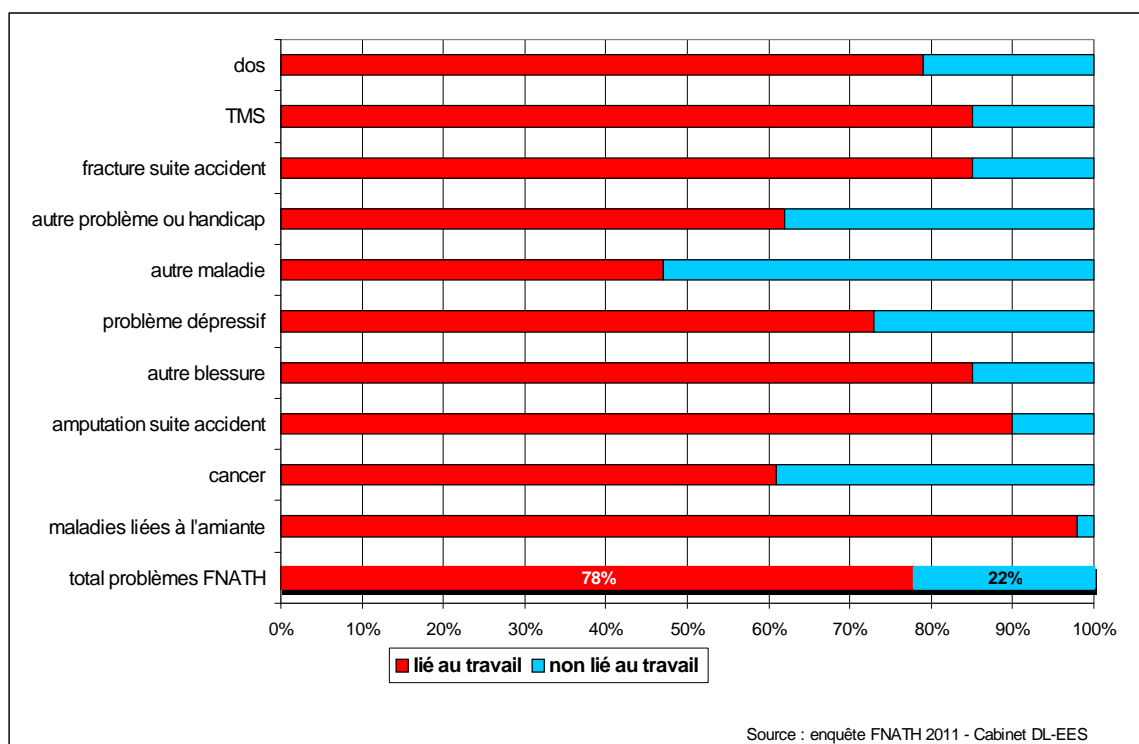
source : enquête FNATH 2011 – Cabinet DL-EES

Une autre façon de représenter les différences entre problèmes de santé liés au travail et problèmes de santé non liés au travail tels que décrits dans l'enquête consiste à observer, pour chaque type de problème de santé, la part respective des atteintes d'origine professionnelle et des atteintes non professionnelles (figure 5).

On observe ainsi que les problèmes de santé qui sont proportionnellement les plus associés au travail sont, dans l'ordre, les maladies liées à l'amiante (98% sont liées au travail), les amputations (90%), les TMS, les fractures et "autres blessures" (85% respectivement), les problèmes de dos (79%) et les problèmes dépressifs (73%). Plus d'un cancer sur deux signalé dans l'enquête (61%) est cité comme atteinte à la santé liée au travail (accident ou maladie).

Seule la modalité "autre maladie" concerne davantage les problèmes de santé non liés au travail.

Figure 5. Part des problèmes de santé liés au travail ou non liés au travail selon la description de l'atteinte subie (total répondants)



132 – Description des problèmes de santé liés au travail (78% des cas)

78% (N=1671) des répondants ont adhéré à la FNATH suite à un problème de santé lié au travail. Sur l'ensemble des problèmes de santé liés au travail, 60% sont des accidents du travail, 13% sont des accidents de trajet et 27% sont des maladies liées au travail, reconnues en maladies professionnelles ou non.

Les atteintes à la santé liées au travail sont repérées dans l'enquête en tant qu' "accidents de la vie" ayant entraîné l'adhésion à la FNATH de la part de ceux qui les ont subis. On peut donc supposer que les accidents du travail, maladies professionnelles et maladies à caractère professionnel (i.e : liées au travail mais sortant du champ des maladies professionnelles reconnues) décrits dans l'enquête sont particulièrement graves puisque ayant entraîné l'adhésion à une association de défense des victimes. Afin, dans la mesure du possible, de mettre en perspective les caractéristiques des atteintes à la santé liées au travail observées dans l'enquête

FNATH au regard de données extérieures, nous présentons dans les deux encadrés qui suivent les connaissances statistiques existantes sur les accidents du travail, les maladies professionnelles et les maladies à caractère professionnel.

Encadré n°2 Les accidents du travail dans la statistique publique

La connaissance statistique des accidents du travail est principalement fondée sur les statistiques établies annuellement pour les salariés du régime général de la Sécurité sociale par la CAMTS⁸. Ces statistiques font référence dans l'établissement de statistiques européennes et internationales. Elles font cependant l'objet de critiques régulièrement renouvelées depuis plus de 20 ans, la principale étant liée au fait que ces statistiques ne rendent compte que de ce qui a été reconnu (Bulh-Lambert, 1982 ; Wisniewski, 1983 ; Molinié et Volkoff, 1985 ; Dorion, 1993 ; Masse, 2001 ; Cour des comptes, 2002 ; Yahiel, 2002 ; IGAS-INSEE, 2006).

À côté de ces données administratives fondées sur l'indemnisation, de nouvelles sources statistiques existent, via différentes enquêtes conduites par le ministère du travail (Dares) et le ministère de la santé (Drees), en lien avec l'Insee :

- L'enquête *Sumer (Dares-Insee)* de 2003 a intégré, dans son questionnaire adressé aux salariés, un questionnement sur la survenue, au cours des 12 derniers mois, d'un accident du travail. Ce questionnement a été renouvelé dans l'enquête *Sumer 2009*.
- Les enquêtes *Conditions de travail (Dares-Insee)* ont intégré, depuis 1998, des questions relatives à la survenue d'accidents du travail. En 1998, les questions sur les accidents du travail ne s'adressaient qu'aux salariés. Le champ retenu est celui des « accidents du travail, même bénins, qui ont obligés [les enquêtés] à se faire soigner » survenus dans les 12 mois précédant l'enquête. En 2005, les questions relatives aux accidents du travail se sont un peu étoffées (distinguant notamment les cas de multi-accidentalité), et le champ couvert s'est agrandi aux travailleurs non salariés. Fondées sur la déclaration par les travailleurs eux-mêmes, ces enquêtes ouvrent sur une connaissance statistique des accidents du travail indépendante de leur reconnaissance par les organismes de Sécurité sociale.
- L'enquête *Santé et Itinéraire Professionnel (SIP) (Drees-Dares-Insee)* est conduite en population générale. Son premier volet a été réalisé en 2006. Rétrospective sur l'intégralité de l'itinéraire professionnel, elle vise à saisir, à plus ou moins long terme, les bifurcations, les changements d'emploi et de poste, les trajectoires déqualifiantes ou qualifiantes en lien avec des problèmes de santé.

Les données de la CNAMTS

Les chiffres publiés sur les accidents du travail reconnus et indemnisés pour les salariés du secteur privé en France (soit environ 4 salariés sur 5) montrent une stabilisation du phénomène depuis 2000 après la diminution observée les décennies précédentes.

Les accidents du travail restent cependant loin d'être négligeables. En 2010, il y a eu 658 000 accidents du travail suivis d'un arrêt de travail, 41 176 accidents du travail ayant donné lieu à la reconnaissance d'une IP et 529 accidents du travail mortels.

Concernant les accidents de trajet, la CNAMTS en a reconnu 98 429, elle a pris en charge 8 022 AT avec incapacité permanente (IP) et comptabilisé 387 accidents mortels.

L'analyse des données CNAMTS pour l'année 2007, réalisée par la Dares, montre que le risque d'accident du travail avec arrêt de travail est nettement plus élevé dans certains secteurs. Les taux de fréquence calculés les plus hauts par la Dares s'observent ainsi dans la construction (49,8 AT pour un million d'heures de travail), le travail temporaire (services opérationnels) (taux de fréquence : 49), les industries du bois et du papier (38,6) et les transports (27).

Au plan des caractéristiques socioprofessionnelles, les données de la CNAMTS montrent que « les ouvriers sont beaucoup plus exposés aux accidents du travail que les autres catégories de salariés, et les hommes davantage que les femmes. Le risque d'accident du travail est plus faible dans les établissements de 500 salariés ou plus et, dans une moindre mesure, dans ceux de moins de 10 salariés, que dans les établissements de taille intermédiaire. Les jeunes sont beaucoup plus touchés que leurs aînés. Mais les accidents des plus âgés entraînent plus souvent des séquelles physiques permanentes » (Euzenat, 2009)

⁸ Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés, qui couvre environ quatre salariés sur cinq.

Les enseignements des enquêtes *Conditions de travail* et *Sumer*

L'enquête *Sumer* de 2003 comme les enquêtes *Conditions de travail* de 1998 et 2005 ont permis de mettre en évidence les liens entre la fréquence des accidents du travail et certaines pénibilités physiques ou modalités d'organisation du travail.

En 2003, « 4,5 % des salariés interrogés dans le cadre de l'enquête *Sumer* 2003 ont eu au moins un accident du travail ayant occasionné un arrêt de travail au cours des douze mois précédant l'enquête. Les hommes, les jeunes, les ouvriers sont les plus touchés. Au-delà des caractéristiques des salariés, les efforts physiques et le bruit contribuent pour une large part au risque d'accident, tout comme un rythme de travail intense, des horaires imprévisibles, un manque de soutien du collectif de travail ou des tensions avec le public. » (Hamon-Cholet & Sandret, 2007)

L'enquête *Conditions de travail* de 1998 a mis à jour les liens entre accidents et organisation du travail. Jouent d'abord les contraintes qui déterminent le rythme du travail. Ainsi, certaines contraintes liées au travail industriel augmentent la probabilité d'avoir un accident : les contraintes mécaniques, mais aussi les délais de production courts, le travail répétitif avec un temps de cycle court, la surveillance de machines. La pression hiérarchique joue dans le même sens. Plus généralement, c'est le cumul de contraintes qui accroît le risque d'accident. Les salariés accidentés déclarent en moyenne entre deux et trois contraintes contre une à deux pour les salariés non accidentés. Et passer le seuil de deux contraintes augmente de façon particulièrement sensible le risque d'accident. Si l'on interprète le cumul de contraintes comme l'indice d'une intensité du travail particulièrement élevée, alors on peut parler d'un lien entre intensité du travail et risque d'accident. (Hamon-Cholet, 2001)

Une nouvelle source : l'enquête *Santé et Itinéraire Professionnel* (SIP)

Dans l'enquête *SIP*, le repérage des accidents du travail s'opère de deux manières. Dans un premier temps, lors de la description de l'itinéraire professionnel, au moment d'une bifurcation (changement ou perte d'emploi, changement de travail), les répondants sont interrogés pour savoir si un problème de santé est lié à ce changement. Si oui, on leur demande de préciser ce problème et, notamment, s'il s'agit d'un accident du travail. A un deuxième moment dans l'enquête, après la reconstitution de l'itinéraire professionnel, il est demandé aux enquêtés s'ils ont eu d'autres "graves problèmes de santé" en dehors de ceux déjà identifiés via la reconstitution de l'itinéraire professionnel. Des accidents du travail peuvent alors être signalés à ce moment là. Le champ des accidents du travail dans *SIP* est donc celui d'accidents du travail "graves" et/ou ayant joué un rôle dans une bifurcation de l'itinéraire professionnel.

La population des accidentés du travail repérée dans l'enquête *SIP* est très majoritairement masculine : trois accidentés sur quatre sont des hommes, contre 47% chez les enquêtés *SIP* n'ayant déclaré aucun accident du travail. Les personnes ayant eu (au moins) un accident du travail ont dans l'ensemble un niveau de formation initiale inférieur à celui de la population non accidentée du travail : moins d'une sur quatre a un niveau Bac ou plus, contre 42% chez les non accidentés. Le groupe professionnel des ouvriers est concerné par près de un accidenté du travail sur deux (47%) dans l'enquête *SIP*, les ouvriers qualifiés étant plus nombreux (28 % contre 19 % des ONQ). Chez les hommes, la part totale des ouvriers (OQ et ONQ) est de 55 %. (Daubas-Letourneux *et al.*, 2011)

Encadré n° 3 Les maladies professionnelles et les maladies à caractère professionnel dans la statistique publique

Statistiques de la CNAMTS

« En 2010, 46 000 maladies professionnelles contractées par les salariés affiliés au régime général de la Sécurité sociale ont été reconnues. 85% des maladies professionnelles reconnues 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. » (Euzenat, 2010)

Signalement des maladies à caractère professionnel (MCP)

« Peu étudié et assez méconnu, le signalement des MCP est une obligation légale pour tout docteur en médecine, inscrite dans la loi depuis 1946 (article L. 461-6 du Code de la Sécurité sociale, ancien article L. 500). (...) Dans les faits, elle est peu suivie, et touche principalement les médecins du travail. Depuis 2003, un dispositif particulier visant à l'amélioration des signalements de MCP dans un objectif de production de connaissance épidémiologique a été mis en place conjointement par l'inspection médicale du travail des Pays de la Loire, l'université d'Angers et l'Institut de veille sanitaire (InVS). Après une phase expérimentale de deux ans, ce dispositif a été étendu au plan national dans les régions volontaires. (...) Cette obligation de signalement, fondée sur la veille et l'alerte, représente un vecteur de connaissance intéressant dans une perspective de santé publique : connaissance sur des pathologies d'origine professionnelle qui échappent aux statistiques des maladies professionnelles indemnisées, mais aussi connaissance sur une partie de la sous-déclaration des maladies professionnelles indemnisables, puisque, dans la pratique, le champ des MCP s'étend aux maladies professionnelles indemnisables mais non déclarées à ce titre. » (Daubas-Letourneux, 2008).

Les résultats des deux premières semaines "MCP" en Pays de la Loire (octobre 2003 et avril 2004), auxquelles ont participé environ le tiers des médecins du travail de la région (soit 174 lors de la première semaine et 161 lors de la deuxième ; 16 290 salariés vus en consultation, dont 60 % d'hommes) font ressortir les éléments suivants. « Les déclarations étaient au nombre de 792, pour 821 pathologies. Les TMS constituaient 67 % de ces pathologies, suivis de la souffrance mentale (23 %), des maladies de la peau (5 %) et de l'appareil respiratoire (2 %). La prévalence observée, toutes pathologies confondues, était de 5,0 %, celle des TMS de 3,2 %, celle de la souffrance mentale de 1,1 %. Les déclarations de TMS concernaient 528 sujets. Pour 21 % d'entre eux, la déclaration faisait état de 2 TMS ou plus. D'après le médecin du travail, la part des TMS relevait dans 61 % des cas (n = 321) d'un tableau de maladie professionnelle indemnisable (MPI). Sur ces 321 cas, 38 (12 %) ont fait l'objet d'une déclaration en MPI. L'absence de déclaration du TMS en MPI s'expliquait dans 41 % des cas par un refus du salarié. Les autres raisons avancées étaient principalement une affection d'apparition récente ou un diagnostic en cours ». (Ha *et al*, 2005)

Maladies « causées ou aggravées par les conditions de travail » dans l'enquête Santé, Handicap et Travail et dans l'enquête Santé et Itinéraire Professionnel

L'enquête *Santé, Handicap et Travail* (Dares-Insee) de 2007 a montré que parmi les personnes en emploi qui ont signalé un problème chronique de santé au cours de l'année 2006 (qu'il soit bénin, sérieux ou grave), près d'une sur deux (48 %) estime que ce problème est « causé ou aggravé par le travail ». Les problèmes de santé chroniques les plus souvent associés au travail sont les problèmes psychologiques (« stress, anxiété ») et les douleurs lombaires ou articulaires » (Coutrot, Waltisperger, 2010).

Dans l'enquête *SIP*, dont le champ porte sur les problèmes graves et/ou ayant eu un impact sur une bifurcation de l'itinéraire professionnel, les problèmes ou maladies liés au travail par les enquêtés ("causés ou aggravés par le travail") les plus cités sont les problèmes de dos et les TMS (42 % du total). Les problèmes nerveux ou psychiques en concernent 13 % des répondants, suivis de près par les maladies cardio-vasculaires (12 %). (Daubas-Letourneux *et al*, 2011).

** Profils des accidentés du travail et des personnes souffrant d'une maladie liée au travail dans l'enquête FNATH*

Parmi les adhérents dont l'accident de la vie est lié au travail, 72% sont des hommes. Le groupe professionnel des ouvriers est largement dominant, puisque un répondant sur deux en fait partie. Le secteur de l'industrie (35%) et celui des services autres que ceux aux particuliers (32%) sont les secteurs d'activité les plus représentés.

On retrouve ici des caractéristiques spécifiques à la population des accidentés du travail telle qu'observée dans les statistiques de la CNAMTS.

Tableau 6. Profil des répondants ayant subi un accident du travail, une maladie professionnelle ou une maladie à caractère professionnel

Total répondants dont le problème de santé est lié au travail (N=1671) % col		AT N=999 (60%)	Accident de trajet N=223 (13%)	MP / MCP N=449 (27%)	Total
Sexe	homme	77,8%	69,3%	61,8%	72,3%
	femme	22,2%	30,7%	38,2%	27,7%
Age en 2011	< 35 ans	3,8%	1,4%	1,4%	2,9%
	< 45 ans	13,6%	16,6%	11,6%	13,5%
	< 55 ans	34,3%	28,4%	35,1%	33,7%
	< 65 ans	35,9%	37,9%	43,3%	38,2%
	65 ans et+	12,4%	15,6%	8,6%	11,8%
Diplôme	< CAP	27,0%	19,6%	35,1%	28,2%
	CAP-BEP	43,6%	40,6%	41,3%	42,6%
	Bac et+	29,4%	39,7%	23,6%	29,2%
CSP	artisans-commerçants, agriculteurs	3,8%	2,5%	3,5%	3,5%
	ouvriers	54,0%	35,0%	46,8%	49,6%
	employés	16,9%	23,4%	21,3%	18,9%
	techniciens, prof intermédiaires	18,0%	22,3%	20,3%	19,1%
	cadres, chefs d'entreprise	7,3%	16,8%	8,3%	8,8%
Secteur	agriculture	8%	2%	5,3%	6,5%
	industrie	34,1%	35,7%	38,1%	35,4%
	construction	14,8%	7,5%	10,8%	12,8%
	commerce, service aux particuliers	9,9%	18,6%	18,3%	13,3%
	autres services	33,2%	36,2%	27,6%	32,1%

source : enquête FNATH 2011 – cabinet DL-EES

** Des atteintes à la santé liées au travail graves et invalidantes*

Quasiment la totalité des accidents et maladies liés au travail cités dans l'enquête a été suivie d'un arrêt de travail (97%).

Les réponses concernant la durée de l'arrêt de travail et les séquelles laissées par l'accident ou la maladie à court terme et encore à la date de l'enquête attestent d'atteintes à la santé particulièrement graves et invalidantes, comme l'illustrent les figures suivantes.

Figure 6. Répartition des problèmes de santé liés au travail selon la durée totale de l'arrêt de travail

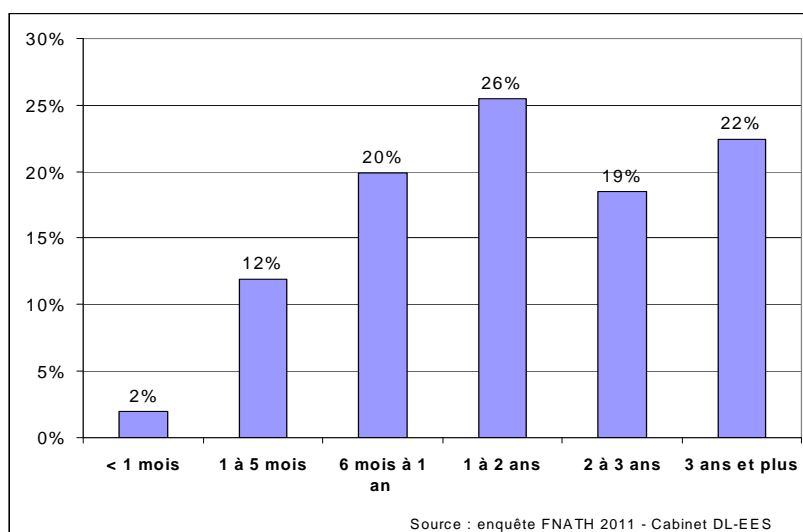


Figure 7. Pour les victimes d'un accident de la vie lié au travail : "Avez-vous éprouvé des difficultés dans la réalisation de vos activités quotidiennes" ?

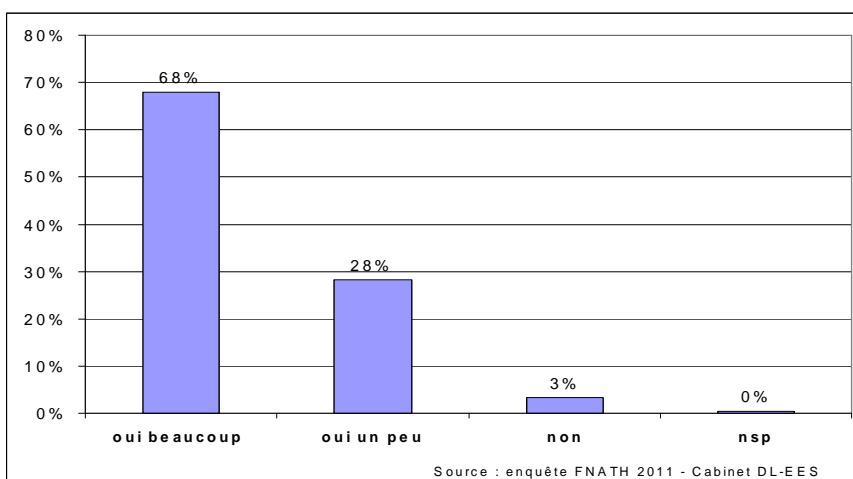
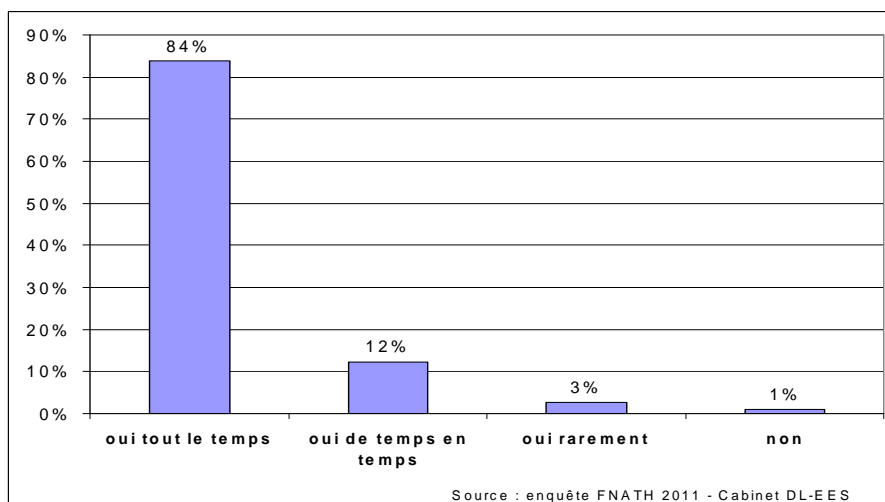


Figure 8. Pour les victimes d'un accident de la vie lié au travail : "Gardez-vous aujourd'hui des séquelles ou des gênes suite à cet accident ou à cette maladie ?"



Le tableau ci-dessous présente les différences selon le type d'atteinte à la santé liée au travail. On observe globalement peu de différence entre les trois types de problèmes (accident du travail, accident de trajet, maladie liée au travail).

Tableau 7. Durée de l'arrêt de travail et séquelles laissées par les problèmes de santé liés au travail

Total répondants dont le problème de santé est lié au travail (N=1671) % col		AT N=999 (60%)	Accident de trajet N=223 (13%)	MP / MCP N=449 (27%)
Durée totale de l'arrêt de travail	< 1 mois	1,8%	1,5%	2,5%
	1 à 5 mois	10,2%	13,4%	15,2%
	6 mois à 1 an	20,4%	21,4%	18,0%
	1 à 2 ans	26,0%	25,4%	24,0%
	2 à 3 ans	18,0%	15,4%	21,3%
	3 ans et plus	23,5%	22,9%	19,1%
Etre limité au quotidien suite au problème de santé	oui beaucoup	68,5%	62,5%	69,3%
	oui un peu	28,3%	32,2%	26,3%
	non	2,6%	4,8%	4,1%
	nsp	,5%	,5%	,2%
Séquelles ressenties en 2011	oui tout le temps	85,5%	85,0%	79,8%
	oui de temps en temps	11,2%	11,1%	15,8%
	oui rarement	2,7%	2,9%	2,8%
	non	,6%	1,0%	1,6%

** Des atteintes bien prises en charge : près de neuf accidents et maladies liés au travail sur dix ont été reconnus au titre des accidents du travail et maladies professionnelles*

Globalement, **86,1% des atteintes à la santé liées au travail à l'origine de l'adhésion à la FNATH ont été reconnues au titre des accidents du travail et de maladies professionnelles, 4,3% étaient en cours de procédure de reconnaissance** et 5,3% ont fait l'objet d'un refus suite à une demande de reconnaissance au titre des accidents du travail et des maladies professionnelles.

Cumulés, ces pourcentages montrent que **96% du total des accidents du travail et des maladies liées au travail subis par les adhérents de la FNATH ayant répondu à l'enquête entrent dans le champ des atteintes à la santé indemnifiables au titre des AT/MP selon le jugement des personnes enquêtées.**

On observe (figure 15) que les accidents du travail ou de trajet décrits dans l'enquête sont particulièrement bien pris en charge (respectivement 94% et 97% sont reconnus au titre des accidents du travail par les organismes de Sécurité sociale), quand 65% des maladies liées au travail décrites dans l'enquête ont fait l'objet d'une reconnaissance en maladies professionnelles. Cet écart entre accidents et maladies renvoie aux différences de processus de déclaration-reconnaissance existant entre les accidents du travail et les maladies professionnelles. En effet, si le principe assurantiel instauré dans la loi du 9 avril 1898 sur la reconnaissance des accidents du travail est commun aux deux dispositifs médico-légaux de prise en charge (loi de 1919 pour les maladies professionnelles), la relative automaticité instituée pour la prise en charge des accidents du travail (déclaration par l'employeur dans les 48 heures, principe d'imputabilité d'origine reconnu dès lors que la lésion survient "par le fait ou à l'occasion du travail"⁹) est moins vraie concernant les maladies professionnelles (tableaux et conditions de prise en charge restrictifs, déclaration à

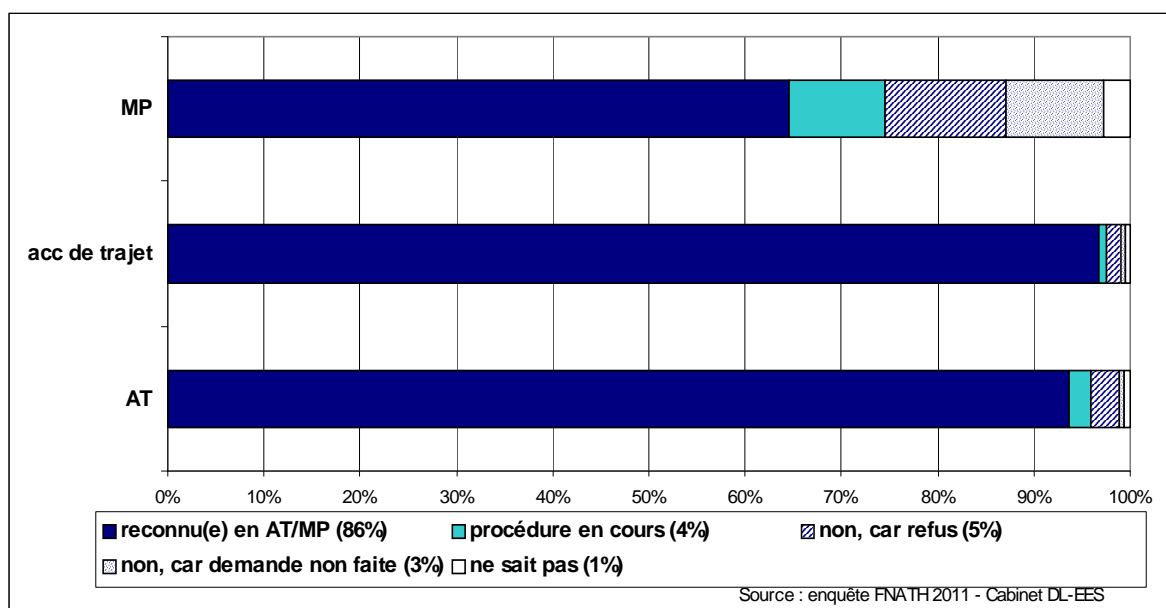
⁹ Article L. 411-1 du Code de la Sécurité sociale.

faire par la personne malade, système complémentaire de reconnaissance mal connu et complexe).

Ces forts taux de reconnaissance sont à relier à la gravité des accidents de santé survenus, observée au point précédent. On peut également supposer que **l'action de la FNATH**, dont l'une des missions est d'aider les victimes dans la reconnaissance du préjudice subi, se trouve ici illustrée. Pour tenter d'aller au-delà de la supposition, nous pouvons rechercher des indicateurs parmi les victimes d'atteintes à la santé liées au travail non adhérentes à la FNATH.

Selon un rapport publié en 2008, on apprend que "69,1% des maladies déclarées ont été reconnues au titre des maladies professionnelles par la CNAMTS" (CNAMTS, 2008), soit un pourcentage de refus égal à 31%. Si l'on part des seules maladies liées au travail déclarées – c'est-à-dire ayant fait l'objet d'une demande de reconnaissance au titre des maladies professionnelles – dans l'enquête, on observe que la part des refus est de 15% dans l'enquête FNATH. Si nous incluons les maladies déclarées dont la procédure est en cours au moment de l'enquête, en considérant qu'elles donneront toutes lieu à un refus, le pourcentage augmente à 26%. Même dans cette hypothèse basse, le taux de refus serait, dans l'enquête FNATH inférieur à celui publié par la CNAMTS concernant l'ensemble des salariés du régime général de la Sécurité sociale. Ceci va dans le sens d'une **meilleure prise en charge des victimes de maladies professionnelles parmi les adhérents de la FNATH que pour la population des salariés du régime général de la Sécurité sociale**, même si gravité des atteintes et action de soutien de la FNATH jouent sans doute de façon combinée dans cette meilleure prise en charge institutionnelle.

Figure 9. Reconnaissance institutionnelle des problèmes de santé liés au travail



Pour les atteintes à la santé reconnues au titre des accidents du travail et maladies professionnelles, 84% ont donné lieu à la reconnaissance de séquelles indemnisables, avec des taux d'IPP particulièrement élevés (figure 10 et tableau 8).

Figure 10. Reconnaissance de séquelles indemnissables (IPP) suite aux problèmes de santé liés au travail

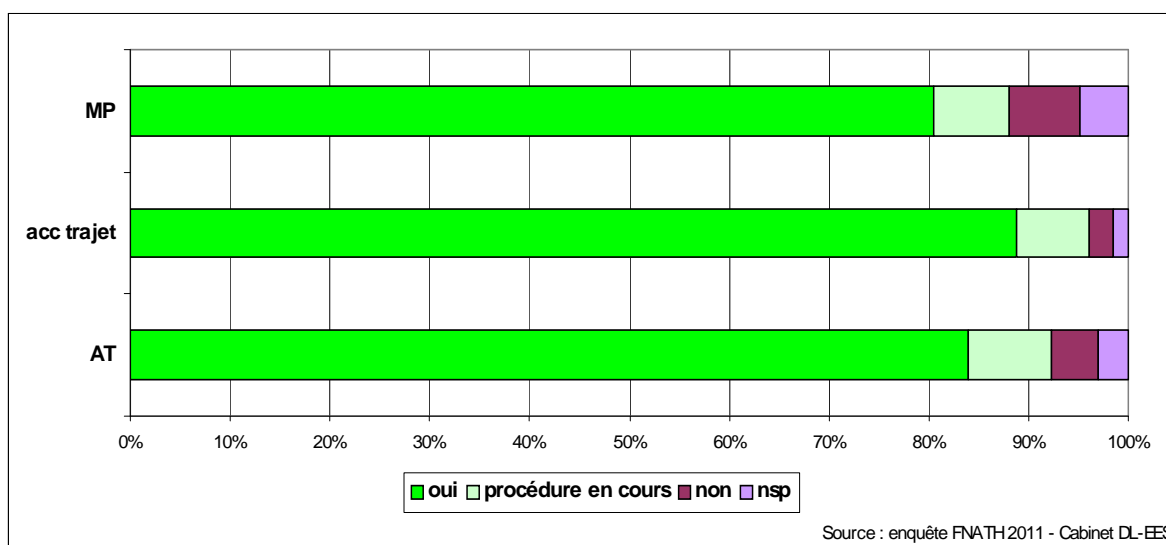


Tableau 8. Prise en charge institutionnelle des atteintes à la santé liées au travail citées dans l'enquête FNATH

Total répondants dont le problème de santé est lié au travail (N=1671) % col	AT N=999 (60%)	Accident de trajet N=223 (13%)	MP / MCP N=449 (27%)	Total
<10%	10,5%	9,3%	17,1%	11,6%
< 20%	34,0%	33,0%	36,8%	34,4%
< 50%	34,4%	25,8%	33,8%	32,9%
< 80%	14,3%	19,8%	7,9%	13,9%
> 80%	6,8%	12,1%	4,4%	7,1%

source : enquête FNATH 2011 – cabinet DL-EES

** Faute inexcusable de l'employeur*

Parmi les victimes d'accidents du travail ou de maladie professionnelle suivis d'une reconnaissance d'IPP, 15% ont obtenu la reconnaissance d'une faute inexcusable de l'employeur et 6% ont indiqué que la procédure était en cours au moment de l'enquête, soit en tout 21%. Cette proportion très importante est sans doute à la fois à relier à la gravité des problèmes de santé et à leurs conséquences pour les victimes et au fait que ces dernières aient adhéré à la FNATH afin d'être soutenues suite à cet accident de la vie. L'absence d'indicateur sur la reconnaissance de fautes inexcusables par la CNAMTS ne nous permet pas, cependant, d'aller plus loin dans cette supposition.

On peut par ailleurs supposer que la part des procédures de reconnaissance en faute inexcusable est plus élevée depuis 2002, année marquée par les "arrêts amiante" de la Cour de cassation du 28 février 2002¹⁰. Ceci semble confirmé par les données recueillies dans l'enquête FNATH : parmi

¹⁰ Depuis les arrêts du 28 février 2002, la cour de cassation a donné une nouvelle définition de la faute inexcusable de l'employeur. Celle-ci met en avant l'obligation de sécurité de l'employeur résultant du contrat de travail en matière d'accident ou de maladie professionnelle. La cour estime ainsi, que : "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

les problèmes de santé liés au travail survenus il y a moins de dix ans et ayant entraîné la reconnaissance d'une IPP, 32% ont été suivis d'une démarche de reconnaissance en faute inexcusable de l'employeur (16% démarches abouties, 16% démarches en cours) ; cette proportion est de 19% pour les problèmes survenus il y a entre 10 et 20 ans et de 13% pour les problèmes les plus anciens.

** Reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé suite à un problème de santé lié au travail*

Un peu moins des deux tiers (63%) des individus dont l'accident de la vie signalé dans l'enquête est lié au travail ont obtenu une reconnaissance de qualité de travailleur handicapé (RQTH). On observe peu de différences selon le type de problème : la RQTH concerne 64% des victimes d'accidents du travail, 63% des victimes de maladies liées au travail et 58% des victimes d'accidents de trajet.

On n'observe **pas de lien statistique significatif entre la reconnaissance en AT/MP et la RQTH**, qui concerne respectivement 63% des accidents du travail reconnus, 63% des maladies professionnelles reconnues et 66,5% des accidents et maladies liés au travail mais non reconnus au titre des AT/MP. Il faut ici rappeler que les victimes d'accident de travail avec plus de 10 % d'IPP sont bénéficiaires de l'obligation d'emploi des travailleurs handicapés et non donc pas besoin de demander une RQTH.

** Reconnaissance en invalidité suite à un problème de santé lié au travail*

Le questionnaire d'enquête permettait aux individus dont le problème de santé lié au travail n'a pas été reconnu au titre des AT/MP (car demande refusée, car demande non faite, car non concernés ou ne sachant pas répondre) de répondre à la question portant sur la reconnaissance en invalidité à la suite de l'accident de la vie décrit dans l'enquête. La demande de reconnaissance en invalidité, normalement prévue institutionnellement pour les atteintes à la santé non professionnelle, peut être en effet sollicitée pour des atteintes à la santé d'origine professionnelle ayant laissé un handicap aux victimes et qui sortent du champ des accidents du travail et maladies professionnelles reconnus et indemnisés (car non reconnus et/ou non déclarés).

Pour les accidents du travail signalés dans l'enquête, on dénombre 58 individus sur les 999 répondants (soit 6%) concernés par la question sur l'invalidité. Parmi eux, 52% ont été reconnus en invalidité.

Pour les accidents de trajet signalés dans l'enquête, 12 individus sur les 223 répondants (soit 5%) sont dans la même situation. La moitié d'entre eux a été reconnue en invalidité.

Pour les maladies liées au travail signalées dans l'enquête, on compte 114 individus sur les 449 répondants (soit 25%) qui n'ont pas été reconnus au titre des maladies professionnelles et ont donc répondu à la question sur l'invalidité. Parmi eux, 54% ont obtenu la reconnaissance d'une invalidité.

Ces observations donnent à voir une partie de l'**invisibilité institutionnelle** portant sur des atteintes à la santé d'origine professionnelle : non reconnues au titre des AT/MP, elles ne sont pas comptées dans la statistique publique comme des atteintes à la santé d'origine professionnelle, de même que leur "coût" financier n'est pas supporté par la branche "AT/MP" de la Sécurité sociale¹¹.

professionnelles contractées par ce salarié du fait des produits fabriqués ou utilisés par l'entreprise ; que le manquement à cette obligation a le caractère d'une faute inexcusable, au sens de l'article L.452-1 du code de la Sécurité Sociale, lorsque l'employeur avait ou aurait dû avoir conscience du danger auquel était exposé le salarié et qui n'a pas pris les mesures nécessaires pour l'en préserver".

Cassation du : 28 février 2002, Sté Everite c/ Gerbaud. 28 février 2002, Sté Eternit industries c/ Delcourt-Marousez. 28 février 2002, Sté Valéo c/Alfonsi et a.

¹¹ La sous-déclaration des accidents du travail et maladies professionnelles est connue, et même institutionnalisée dans la loi de financement de la Sécurité sociale depuis 1996. Selon le dernier rapport établi par la Commission instituée par l'article L. 176-2 du Code de la Sécurité sociale, le coût financier dû à la non prise en charge des atteintes à la santé d'origine professionnelle, et supporté par l'assurance maladie, est évalué entre 587 millions et 1,1 milliard d'euros par an. <http://www.annuaire-secu.com/pdf/rapport-commission-diricq2011.pdf>

Compte tenu du champ de l'enquête – des problèmes de santé particulièrement graves et invalidants – il n'est pas surprenant de constater que très peu d'accidents du travail (y compris trajet) dans l'enquête échappent au dispositif de prise en charge au titre des accidents du travail.

Le pourcentage plus élevé (25%) observé pour les maladies professionnelles est également compréhensible, compte tenu d'un système de prise en charge à la fois moins systématique et plus restrictif¹².

133 – Description des problèmes de santé non liés au travail (22% des cas)

22% (N=484) des répondants ont adhéré à la FNATH suite à un problème de santé non lié au travail.

* Profils des répondants ayant subi un grave accident de santé non lié au travail

Parmi les répondants dont l'accident de la vie n'est pas lié au travail, 54% sont des hommes, soit une part nettement moins importante que parmi les répondants dont l'accident de santé est lié au travail. Globalement, 73% des individus occupaient un emploi lors de la survenue de l'accident de la vie. La CSP dominante est celle des employés (35%). Le secteur d'activité le plus représenté est celui des services autres qu'aux particuliers (43%).

Tableau 9. Accidents de la vie à l'origine de l'adhésion à la FNATH non liées au travail (accidents, handicaps ou maladies) : profil des répondants

Total répondants dont le problème de santé n'est pas lié au travail (N=484)		% col
Sexe	homme	54,2%
	femme	45,8%
Age en 2011	< 35 ans	6,7%
	< 45 ans	17,0%
	< 55 ans	32,8%
	< 65 ans	36,3%
	65 ans et+	7,3%
Situation au moment du problème de santé	en emploi	72,6%
	sans emploi	27,4%
CSP	artisans-commerçants, agriculteurs	6,7%
	ouvriers	29,1%
	employés	34,6%
	techniciens, prof intermédiaires	17,1%
	cadres, chefs d'entreprise	12,5%
secteur	agriculture	4,1%
	industrie	24,7%
	construction	10,0%
	commerce, service aux particuliers	18,1%
	autres services	43,1%

source : enquête FNATH 2011 – cabinet DL-EES

¹² La demande de reconnaissance doit être faite par le travailleur malade (ou ses ayant-droit), et surtout la maladie doit être inscrite dans un tableau de maladie professionnelle figurant dans le Code de la Sécurité sociale ou, pour le système complémentaire de reconnaissance, comporter au moins une partie des conditions indiquées.

** Des atteintes à la santé non liées au travail graves et invalidantes*

Comme pour les problèmes de santé liés au travail, les accidents de la vie non liés au travail décrits dans l'enquête sont particulièrement graves et invalidants. La moitié des accidents de la vie non liés au travail décrits dans l'enquête ont engendré un arrêt de travail de plus de deux ans et seulement moins de 1 sur 10 a généré un arrêt de travail inférieur à 6 mois.

A la suite de la survenue du problème de santé, plus de 7 individus sur 10 se sont sentis "beaucoup" limités au quotidien et ce problème a laissé encore des séquelles importantes à la date d'enquête : 85% des répondants concernés par ce type d'accident de la vie non professionnel disent ressentir des séquelles "tout le temps" en 2011.

Tableau 10. Accidents, handicaps ou maladies non liés au travail: durée de l'arrêt de travail et séquelles laissées

Total répondants dont le problème de santé n'est pas lié au travail (N=484)		% col
Durée totale de l'arrêt de travail	< 1 mois	2,0%
	1 à 5 mois	7,5%
	6 mois à 1 an	21,4%
	1 à 2 ans	19,7%
	2 à 3 ans	24,7%
	3 ans et plus	24,7%
	Etre limité au quotidien suite au problème de santé	oui beaucoup
oui un peu		24,8%
non		2,6%
nsp		1,1%
Séquelles ressenties en 2011	oui tout le temps	85,0%
	oui de temps en temps	13,5%
	oui rarement	1,1%
	non	,4%

source : enquête FNATH 2011 – cabinet DL-EES

* Des atteintes bien prises en charge : plus de 7 accidents ou maladies non liés au travail sur 10 ont été suivis d'une reconnaissance en invalidité

La pension d'invalidité a pour objet de compenser la perte de salaire qui résulte de la réduction de la capacité de travail intervenue à la suite d'une maladie ou d'un accident non professionnel.

Pour les problèmes non professionnels, la part de ceux qui ont donné lieu à une reconnaissance en invalidité est importante : **71,5%**. De plus, 6% de procédures en cours étaient signalées au moment de l'enquête.

Tableau 11. Reconnaissance en invalidité après un accident de la vie non lié au travail cité dans l'enquête FNATH

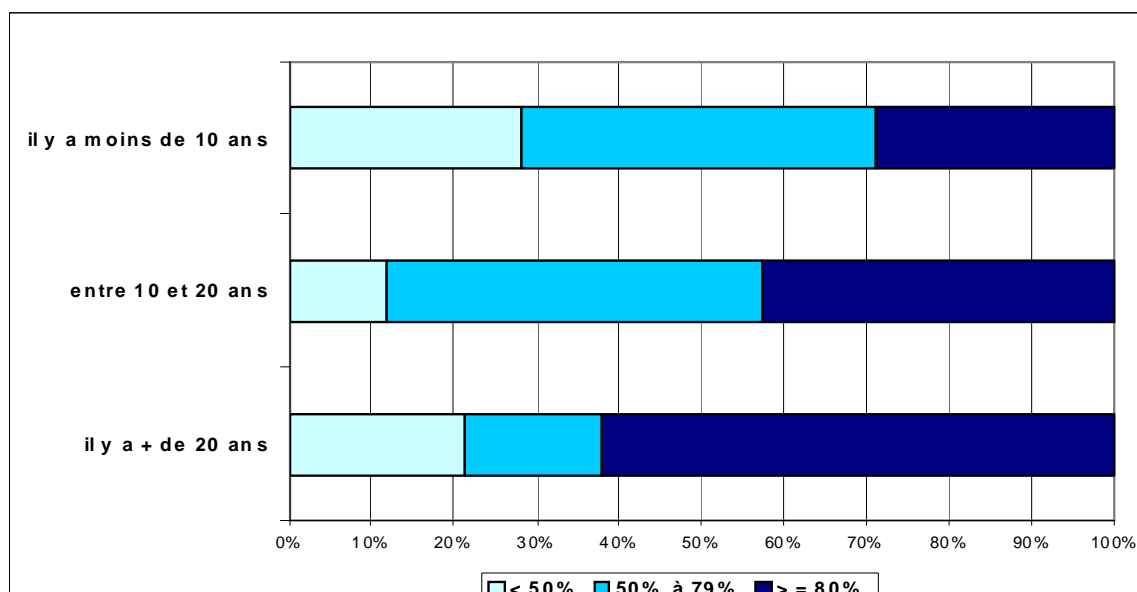
Total répondants dont le problème de santé n'est pas lié au travail (N=484)		% col
Reconnaissance en invalidité	oui	71,5%
	non	19,8%
	procédure en cours	6,0%
	ne sait pas	2,8%
Taux d'invalidité	<50%	20,6%
	<80%	33,6%
	>=80%	45,8%

source : enquête FNATH 2011 – cabinet DL-EES

Les taux d'invalidité reconnus sont supérieurs ou égaux à 80% pour 46% des problèmes reconnus en invalidité.

On observe un lien avec l'ancienneté du problème : plus la date de survenue de l'accident de la vie est ancienne, plus les taux d'invalidité sont importants (figure 11). On peut questionner ce constat de deux manières : ils reflètent une évolution des pratiques en matière de fixation des taux d'invalidité (plus difficile d'obtenir des taux élevés aujourd'hui qu'hier), peut-être liées à une évolution des barèmes ; ou bien les répondants à l'enquête dont l'accident est ancien ont d'autant plus souvent répondu à l'enquête que l'accident de la vie subi a été grave (d'où un fort taux d'invalidité reconnu).

Figure 11. Taux d'invalidité reconnus suite aux problèmes de santé non professionnels, selon la période de survenue du problème



* Reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé suite à un problème de santé lié au travail

Tableau 12. RQTH après un accident de la vie non lié au travail cité dans l'enquête FNATH

Total répondants dont le problème de santé n'est pas lié au travail (N=484)		% col
RQTH	oui	70,9%
	non	29,1%

source : enquête FNATH 2011 – cabinet DL-EES

Globalement, 71% des adhérents de la FNATH victimes d'un accident de la vie non lié au travail ont obtenu la RQTH à la suite de ce problème de santé.

On observe un **lien significatif entre la reconnaissance en invalidité et la RQTH** : 74% des accidents, handicaps ou maladies non liés au travail ayant donné lieu à la reconnaissance d'une invalidité ont, également, entraîné une RQTH, contre 59% des problèmes de santé non reconnus en invalidité. Rappelons que selon la loi, les titulaires d'une pension d'invalidité, à condition que l'invalidité réduise au moins des deux tiers leur capacité de travail, bénéficient d'office du statut de personnes handicapées et n'ont donc pas besoin d'une RQTH.

14 – REPARTITION DES REpondants AU REGARD DE LA STRUCTURE DE L'ENQUETE

La structure de l'enquête et la répartition globale des répondants est représentée page suivante (figure 12).

Nous avons ensuite représenté la répartition des répondants selon leur situation dans l'emploi et leur devenir professionnel de façon séparée, selon que l'accident de la vie a été décrit comme étant lié au travail ou pas (figure 13).

Figure 12. Structure de l'enquête et répartition des répondants

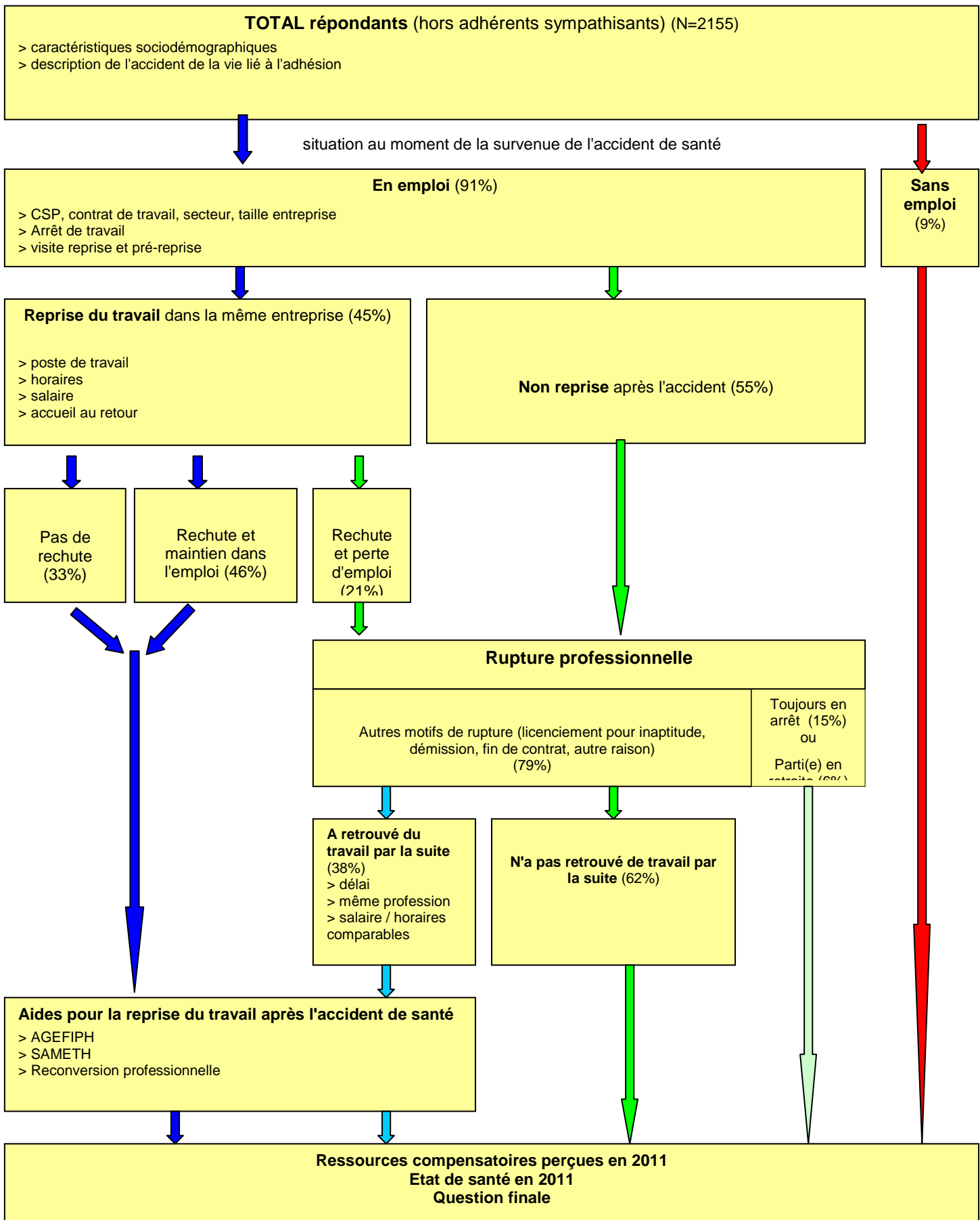
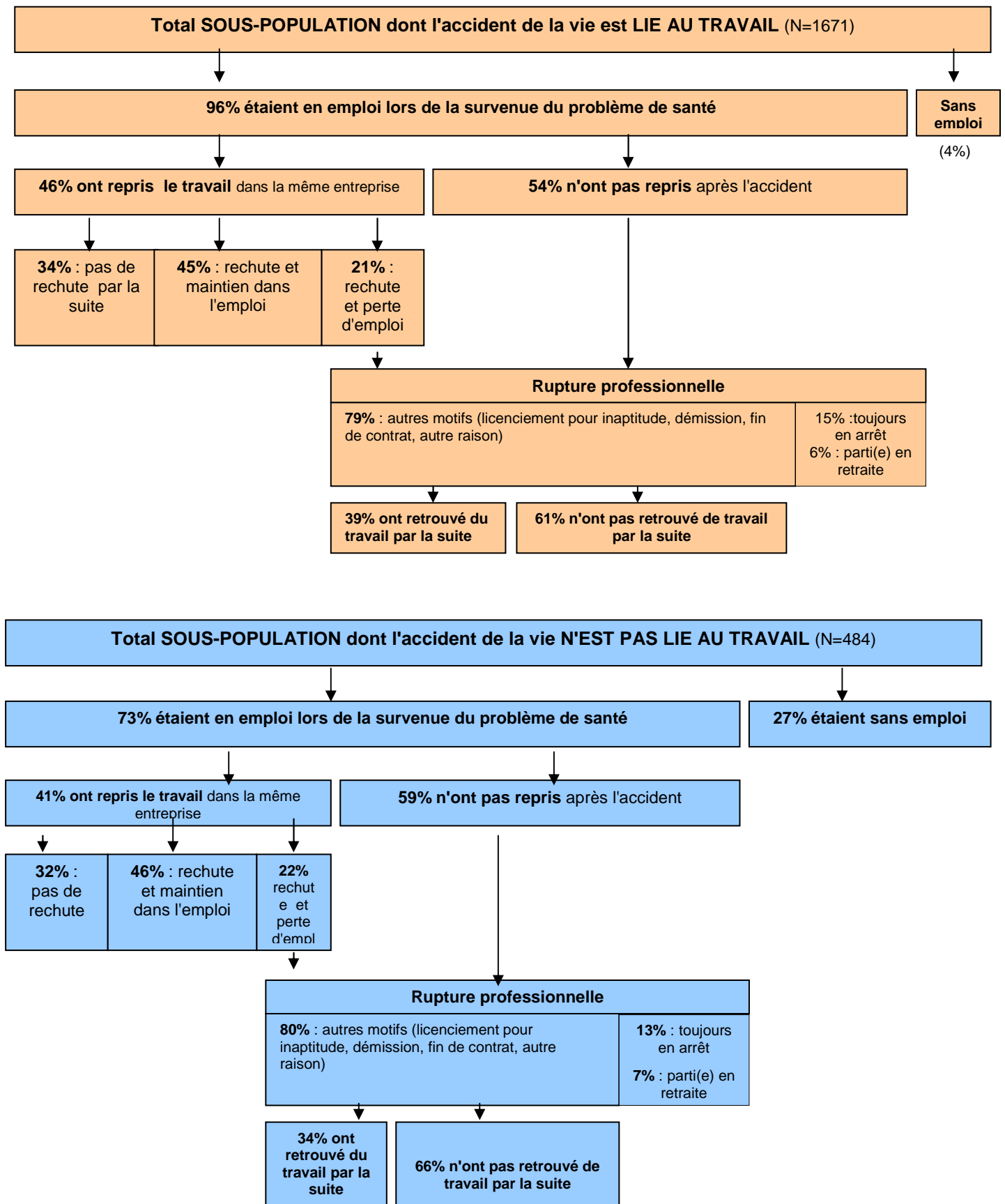


Figure 13. Répartition des répondants selon l'origine, professionnelle ou non, de l'accident de la vie



CONCLUSION DU CHAPITRE 1

L'enquête réalisée pour la FNATH porte sur une population d'adhérents ayant répondu volontairement sur Internet. En ce sens, la population d'enquête ne peut être considérée comme représentative d'une catégorie de personnes ayant subi un accident de la vie.

Les accidentés de la vie concernés par notre enquête ont en commun le fait d'avoir subi, au cours de leur vie, un (au moins) accident de santé suffisamment grave pour entraîner l'adhésion à une association de défense des victimes.

Le corpus d'enquête constitué repose sur 2269 réponses enregistrées entre mai et août 2011.

Les répondants à l'enquête, répartis dans toutes les régions de France, sont majoritairement des hommes (67%), âgés entre 45-65 ans, de niveaux de formation variés, mais avec une nette domination du niveau BEP-CAP (40%). Les répondants à l'enquête ne sont pas que des adhérents "récents" (39% ont adhéré à la FNATH il y a plus de dix ans).

On retrouve chez les répondants des caractéristiques proches de celles observées pour l'ensemble des adhérents actuels de la FNATH (données nationales).

Les accidents de la vie subis par les adhérents de la FNATH ayant répondu à l'enquête sont globalement :

- graves et invalidants
- survenus alors que les individus étaient en situation d'emploi (dans 9 cas sur 10)
- majoritairement liés au travail (78%), avec une nette sur-représentation des accidents du travail et une part grandissante des maladies professionnelles parmi les accidents de la vie les plus récents
- bien pris en charge au plan de la reconnaissance institutionnelle (AT/MP ou invalidité)
- qui ont conduit à la reconnaissance de qualité de travailleur handicapé (RQTH) pour 65% d'entre eux

Parmi les **adhérents dont l'accident de la vie est lié au travail**, 72% sont des hommes. Le groupe professionnel des ouvriers est largement dominant (43% du total).

Près de neuf accidents et maladies liés au travail sur dix ont été reconnus au titre des accidents du travail et maladies professionnelles. Pour les atteintes reconnues, 84% ont donné lieu à la reconnaissance de séquelles indemnisables, avec des taux d'IPP particulièrement élevés.

Enfin, 63% des individus dont l'accident de santé est lié au travail ont obtenu une reconnaissance de qualité de travailleur handicapé (RQTH).

Parmi les **adhérents dont l'accident de la vie n'est pas lié au travail**, 54% sont des hommes, soit une part nettement moins importante que celle observée pour les répondants dont l'accident de santé est lié au travail.

Les problèmes de santé signalés sont bien pris en charge : plus de 7 accidents ou maladies non liés au travail sur 10 ont été suivis d'une reconnaissance en invalidité. On observe un lien significatif entre la reconnaissance en invalidité et la RQTH : 74% des accidents, handicaps ou maladies non liés au travail ayant donné lieu à la reconnaissance d'une invalidité ont, également, entraîné la reconnaissance du statut de travailleur handicapé, contre 59% des problèmes de santé non reconnus en invalidité.

2 – TRAVAILLER APRES UN ACCIDENT DE LA VIE. Etude du devenir professionnel des adhérents de la FNATH après l'accident qui les a conduit à adhérer à l'association

Plus de 9 répondants sur 10 (91%) étaient en situation d'emploi lors de la survenue du problème de santé à l'origine de leur adhésion à la FNATH. Quel a été leur devenir professionnel, suite à un accident de la vie que l'on sait grave et invalidant ?

La direction des risques professionnels de l'Assurance maladie rappelle que, "chaque année, 150 000 avis d'inaptitude sont émis, contre 70 000 il y a 10 ans ; 27% des inscriptions de personnes handicapées à l'ANPE font suite à un problème de santé ; et moins de 50 % des personnes arrêtées plus de six mois reprennent une activité professionnelle"¹³. La prévention de la désinsertion professionnelle des assurés malades ou des personnes handicapées est une action prioritaire de l'Assurance Maladie, inscrite dans ses orientations nationales.

Globalement dans l'enquête FNATH, 55% des répondants qui occupaient un emploi lors de la survenue de l'accident de santé n'ont pas repris leur travail dans la même entreprise immédiatement par la suite, soit plus de un sur deux.

Sur ceux qui ont repris leur travail dans la même entreprise après l'accident, moins de la moitié (47%) indique que cette reprise s'est faite au même poste, sans aménagement particulier. 31% indiquent qu'ils ont repris dans la même entreprise, mais à un autre poste de travail et 22% ont repris au même poste, mais avec un aménagement.

Pour les personnes ayant perdu leur emploi à la suite de l'accident de la vie subi, dans plus de 6 cas sur 10 (61%), la rupture est causée par un licenciement pour inaptitude (exclusion des personnes toujours en arrêt de travail au moment de l'enquête).

Sur le total des répondants ayant perdu leur emploi et qui n'étaient pas en arrêt de travail ou à la retraite au moment de l'enquête, 62% n'ont pas retrouvé de travail par la suite.

Et pour ceux qui ont retrouvé du travail par la suite, seule une minorité exerce le même métier qu'avant (15%).

Nous revenons plus en détail sur les résultats de l'enquête en menant l'analyse séparément sur les répondants ayant subi une atteinte à la santé liée au travail (§ 21) et sur ceux dont l'atteinte n'est pas professionnelle (§ 22).

21 – DEVENIR PROFESSIONNEL APRES UN ACCIDENT OU UNE MALADIE LIE-E AU TRAVAIL

Pour la sous-population dont l'accident de la vie est lié au travail, l'analyse porte sur les 1540 individus qui étaient en situation d'emploi lors de la survenue du problème de santé.

Lorsque le problème de santé lié au travail a été reconnu au titre des accidents du travail et des maladies professionnelles par les organismes de Sécurité sociale, la loi prévoit, pour les individus concernés, une protection dans l'emploi (loi du 7 janvier 1981)¹⁴. Les problèmes de santé décrits dans l'enquête sont

¹³ <http://www.risquesprofessionnels.ameli.fr>

¹⁴ La loi du 7 janvier 1981 vise à la protection de l'emploi des salariés victimes d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle. L'objet de cette loi est triple : 1) assurer au salarié la protection de son emploi durant la période d'arrêt de travail ou de rééducation par le biais de la suspension de son contrat de travail sans limitation de durée ni de perte de droit ; 2) assurer au salarié un droit de réintégration à l'issue de la période de suspension du contrat s'il est déclaré apte à retrouver son ancien emploi ; 3) ouvrir au salarié inapte à reprendre son ancien emploi un droit à reclassement dans l'entreprise. Code du travail, Art. L. 122-32-1 à L. 122-32-11.

caractérisés par une bonne prise en charge au plan institutionnel, ce qui pourrait faire penser que les adhérents de la FNATH ayant répondu à l'enquête sont particulièrement protégés au plan de l'emploi. Cependant, la loi du 7 janvier 1981 ne protège pas d'un licenciement pour inaptitude, ni, pour les travailleurs précaires, d'une rupture de contrat à durée déterminée ou du non renouvellement des missions d'intérim.

Globalement, si dans l'enquête la population victime d'un accident ou d'une maladie lié-e au travail est effectivement bien prise en charge au titre des accidents du travail et maladies professionnelles, on s'aperçoit qu'elle est également touchée par une importante précarisation au plan de l'emploi. En effet, dans cette population, moins de un individu sur deux a ensuite repris son travail dans la même entreprise.

Après avoir observé les différences entre les individus qui ont repris et ceux qui ont connu une rupture consécutive au problème de santé, nous reviendrons plus en détail sur les enseignements de l'enquête portant précisément sur ceux qui ont pu être maintenus dans leur emploi, puis sur ceux qui ont connu une rupture dans leur parcours professionnel.

211- Comparaisons entre ceux qui reprennent et ceux qui ne reprennent pas le travail dans la même entreprise

Globalement, **sur la sous population des adhérents de la FNATH dont l'accident de la vie est lié au travail, 54% ont connu une rupture professionnelle consécutive à l'accident** et 46% ont repris l'emploi qu'ils occupaient avant l'accident (pas toujours dans les mêmes conditions, nous y revenons plus bas).

Le tableau 13 permet d'observer les différences entre, d'un côté, les individus qui ont repris leur travail dans la même entreprise après le grave problème de santé lié au travail qu'ils ont subi et, de l'autre côté, ceux qui ont connu une rupture professionnelle consécutive à ce problème de santé lié au travail (à l'exclusion de ceux qui n'ont pas repris car étant toujours en arrêt de travail au moment de l'enquête ou partis en retraite).

Par la réalisation d'une régression logistique (dernière colonne), nous avons cherché à voir quelles caractéristiques avaient un lien significatif, toutes choses égales par ailleurs, sur le fait de perdre son emploi après la survenue d'un problème de santé lié au travail.

Tableau 13. Reprise ou non reprise du travail dans la même entreprise après un accident ou une maladie lié-e au travail : tris croisés et régression logistique selon les caractéristiques des individus, de l'emploi occupé et de l'accident de santé

% col	après l'accident de la vie lié au travail :		écart en %	Odds Ratios
	a repris le travail dans la même entreprise (46% N=693)	n'a pas repris le travail dans la même entreprise (54% N=826)		
Caractéristiques de l'individu				
Sexe				
homme	77,2 %	69,9 %	7,3	
femme	22,8	30,1	-7,3	
Diplôme (NS)*				
< CAP	24,8	27,4	-2,6	
CAP-BEP	46,3	43,1	3,2	
Bac et+	28,8	29,5	-0,7	
Age lors de la survenue du problème de santé				
moins de 25 ans	10,4	10,9	-0,5	
25-44 ans	58,4	50	8,4	
45-54 ans	26,9	33,4	-6,5	
55 ans et+	4,2	5,7	-1,5	
Caractéristiques de l'emploi occupé au moment de l'accident				
CSP				
artisans-commerçants, agriculteurs	4,3	2,5	1,8	

ouvriers	46	56,6	-10,6	0,46 **
employés	17,3	19,2	-1,9	
techniciens, prof intermédiaires	21,9	15,4	6,5	
cadres, chefs d'entreprise	10,5	6,3	4,2	ref.
Secteur économique				
agriculture	7,4	5,7	1,7	
industrie	42	33,1	8,9	
construction	8,8	16,2	-7,4	
commerce, service aux particuliers	9,4	16,8	-7,4	
autres services	32,4	28,2	4,2	
Taille de l'entreprise				
aucun salarié	4,3	2,7	1,6	1,22 **
moins de 10 salariés	11,9	23,3	-11,4	0,19 ***
de 10 à 49 salariés	20,2	31,4	-11,2	0,27 ***
de 50 à 499 salariés	31,1	27,9	3,2	0,52 **
500 salariés et plus	32,5	14,7	17,8	ref.
Contrat de travail				
CDI temps plein	88,4	76,4	12	2,56 ***
CDI temps partiel	4,4	7	-2,6	
CDD, intérim, ...	7,2	16,6	-9,4	ref.
Caractéristiques de l'accident de santé				
Type de problème				
accident du travail	63,5	60,8	2,7	
accident de trajet	15,5	11,7	3,8	
maladie liée au travail (MP / MCP)	21	27,5	-6,5	
Date survenue du problème de santé				
dans les 5 dernières années	21	32	-11	0,24 ***
il y a entre 6 et 11 ans	19,1	25,1	-6	0,44 **
il y a entre 11 et 20 ans	24,9	24,9	0	0,49 **
il y a plus de 20 ans	35,1	18	17,1	ref.
Durée de l'arrêt de travail				
inférieure à 1 an	52,3	21,4	30,9	8,13 ***
de 1 à 2 ans	36,9	48,8	-11,9	2,23 ***
3 ans et plus	10,8	29,8	-19	ref.
Difficultés au quotidien après la survenue du problème				
oui, beaucoup	60,1	74,2	-14,1	
oui, un peu	35,4	23,5	11,9	
non	4,4	2,4	2	
Reconnaissance institutionnelle				
reconnu AT/MP	91,6	86,5	5,1	6,72 **
procédure en cours	3,1	3,7	-0,6	7,31 **
non car refus	4	6	-2	
non car pas de demande	1,4	3,8	-2,4	ref.
Reconnaissance du statut de travailleur handicapé				
Oui	57,8	76,8	-19	0,69 **
Non	42,2	23,2	19	ref.

* (NS) : tri croisé non significatif

Note : les odds ratios correspondent aux associations statistiques nettes des autres caractéristiques prises en compte dans le tableau. Seules les associations significatives sont présentées, leur degré de significativité (à 1%, 5% et 10%) étant précisé par les mentions « *** », « ** » et « * ». Pour chaque dimension explicative, la modalité de référence est indiquée dans le tableau avec la mention « ref. ».

Lecture : Parmi les individus en emploi au moment de l'accident, 46% de ceux qui ont repris leur emploi après l'accident de santé sont des ouvriers, contre 57% de ceux qui n'ont pas repris leur travail dans la même entreprise après l'accident. Le rapport de chance relatif (ou odds ratio), qui correspond, toutes choses égales par ailleurs, à la probabilité de ne pas reprendre son emploi dans la même entreprise après un problème de santé lié au travail lorsque l'on est un ouvrier plutôt lorsque l'on appartient à la CSP des cadres, est significativement (à 5 %) inférieur à un.

Champ : individus en emploi au moment de la survenue de l'accident de santé, dont l'accident est lié au travail et, pour ceux qui n'ont pas repris leur emploi, à l'exclusion des personnes toujours en arrêt de travail ou parties à la retraite. (n = 1304).

Source : enquête FNATH 2011 – Cabinet DL-EES

Au plan des caractéristiques individuelles, on observe qu'il y a davantage d'hommes et de personnes de moins de 45 ans dans le groupe des individus ayant repris leur travail après leur problème de santé lié au travail que dans celui qui a connu une rupture consécutive au problème de santé. Mais une fois l'ensemble des caractéristiques contrôlées, c'est-à-dire pour un individu ayant les mêmes caractéristiques sociodémographiques, dont l'emploi occupé est comparable et pour un même type d'événement de santé (à gravité et à reconnaissance institutionnelle identiques), ces différences de genre et d'âge ne semblent plus jouer dans le fait de perdre ou de garder son emploi après le problème de santé.

Concernant les caractéristiques de l'emploi occupé, la **stabilité du contrat de travail** (un CDI à temps complet), la **taille de l'entreprise (500 salariés et plus)** sont des indicateurs qui apparaissent significativement – et logiquement – **protecteurs de l'emploi, toutes choses égales par ailleurs**. De fait, réintégrer un salarié après un grave accident ou une maladie lié-e au travail est sans doute plus facile dans les très grandes entreprises, où existent davantage de possibilités de reclassement que dans des petites. Quant au caractère protecteur du CDI, il vient *a contrario* confirmer un fait connu : statut d'emploi précaire et fragilisation de la santé se conjuguent dans un risque accru d'exclusion de l'emploi (Jusot *et al.*, 2006 ; Goldberg 2001).

Etre un ouvrier plutôt qu'un cadre est à l'inverse significativement associé, net du reste, à un **risque plus élevé de perte d'emploi** à la suite d'un problème de santé lié au travail. En revanche, les différences de répartition observées pour les secteurs économiques – la construction et le commerce et services aux particuliers étant davantage représentés parmi les individus n'ayant pas repris leur emploi – ne jouent plus une fois contrôlées l'ensemble des autres caractéristiques.

Parmi les caractéristiques liées au problème de santé lui-même, on observe, sans surprise, des rapports de chance relatifs (odds ratios) très supérieurs à 1 et nettement significatifs pour l'indicateur de gravité du problème qu'est la durée de l'arrêt de travail : **moins l'arrêt de travail est long (en référence à un arrêt de trois ans ou plus), plus la chance de retrouver son emploi est forte**, toutes choses égales par ailleurs. L'autre indicateur de gravité du problème, les limites ressenties au quotidien après la survenue du problème, présentent des disparités en termes de pourcentages bruts – les problèmes laissant le plus de difficultés se retrouvent proportionnellement plus nombreux parmi les individus ayant connu une rupture professionnelle consécutive à l'accident ou à la maladie – mais ne jouent plus une fois les autres caractéristiques contrôlées.

Concernant la reconnaissance institutionnelle, les pourcentages bruts observés dans l'enquête FNATH montrent que les atteintes à la santé reconnues comme accidents du travail ou maladies professionnelles (AT/MP) sont proportionnellement plus nombreuses dans le groupe des personnes maintenues dans leur emploi. Ce **lien entre reconnaissance institutionnelle et maintien dans l'emploi** se révèle significatif, toutes choses égales par ailleurs dans le modèle proposé. Sous réserve que ce facteur "reconnaissance institutionnelle" ne masque pas d'autres effets pour lesquels nous n'avons pas d'indicateurs dans l'enquête (comme par exemple l'ancienneté dans l'entreprise), l'enquête FNATH met à jour, en creux, un lien entre une moindre visibilité institutionnelle des atteintes liées au travail (car non reconnues en AT/MP) et une précarisation des parcours professionnels, marqués par la perte de l'emploi à la suite du problème de santé. Cette relation, par ailleurs observée dans une enquête qualitative longitudinale réalisée auprès d'accidentés du travail (Daubas-Letourneux, 2012), illustre une situation qui pourrait être interprétée en termes de discrimination, ou d'inégalités cumulatives, concernant le maintien dans l'emploi, entre des personnes dont l'atteinte à la santé d'origine professionnelle est reconnue en AT/MP et celles dont l'atteinte à la santé d'origine professionnelle n'est pas reconnue en AT/MP.

Sur la prise charge institutionnelle, on constate par ailleurs que **la part des individus reconnus travailleurs handicapés est plus forte parmi ceux qui n'ont pas repris leur travail** après le problème de santé survenu (77% vs 59%). Cette différence brute se maintient, une fois l'ensemble des autres variables contrôlées.

On observe aussi qu'il y a proportionnellement davantage de problèmes survenus récemment parmi la population ayant perdu son emploi consécutivement à ce problème. **Le caractère récent, voire très récent (dans les cinq dernières années) du problème de santé apparaît comme un facteur qui entre en jeu dans le fait de ne pas reprendre son travail par la suite**, à gravité du problème égale et situation socioprofessionnelle égale. Ce résultat, sous réserve que cet indicateur ne masque pas d'autres effets ici non intégrés dans le modèle, illustre un contexte de l'emploi plus difficile aujourd'hui qu'il y a plus de vingt ans pour les personnes subissant un accident ou une maladie liée au travail au cours de leur parcours professionnel.

212 – Reprise du travail dans la même entreprise : à quelles conditions ?

La sous population ayant repris le travail à la suite d'un problème de santé lié au travail est composée de 693 individus. On recense 436 accidents du travail (63%), 109 accidents de trajet (16%) et 148 maladies professionnelles ou à caractère professionnel (21%).

Dans cette sous-population, **moins d'une personne sur deux (48%) indique qu'elle a repris ses fonctions au même poste de travail, sans aménagement**. Pour les 52% restants, la reprise du travail s'est accompagnée d'un aménagement du poste de travail (21%) ou s'est faite à un autre poste (31%).

Le groupe qui a repris au même poste sans aménagement et celui qui a repris avec un aménagement ou un changement de poste présentent des caractéristiques différentes, décrites ci-après.

** Reprise à un poste adapté, à un autre poste ou au même poste de travail : analyse descriptive*

➤ Description selon la gravité du problème et les caractéristiques de l'entreprise

Parmi les individus ayant repris leur travail dans des conditions adaptées (changement de poste ou aménagement du poste de travail), il n'est pas surprenant de recenser davantage, proportionnellement, d'accidents ou de maladies les plus graves, c'est-à-dire occasionnant des durées d'arrêt de travail plus longues et plus de difficultés pour réaliser les tâches quotidiennes par la suite (tableau 14).

C'est dans les entreprises de plus de 50 salariés que l'on trouve les plus fortes proportions de reprise du travail à un poste adapté ou à un autre poste.

Les légères différences apparues entre les deux groupes selon le secteur économique et le groupe professionnel (CSP) ne sont en outre pas significatives au plan statistique.

Tableau 14. Gravité du problème de santé et caractéristiques de l'entreprise selon les conditions de la reprise du travail après un accident de la vie lié au travail

Champ : personnes ayant repris leur travail dans la même entreprise après un problème de santé lié au travail (N=993)		même poste sans aménagement N=332 (48%)	autre poste ou poste aménagé N=361 (52%)	Total des personnes ayant repris leur travail
Durée de l'arrêt de travail	inférieure à 1 an	62,8%	42,3%	51,8%
	de 1 à 2 ans	30,6%	42,3%	36,9%
	3 ans ou plus	6,6%	15,3%	11,3%
Difficultés quotidiennes après le problème de santé	oui beaucoup	52,1%	68,4%	60,6%
	un peu ou non	47,9%	31,6%	39,4%
Taille de l'entreprise	aucun salarié	5,5%	3,2%	4,3%
	moins de 10 salariés	17,1%	6,9%	11,7%
	de 10 à 49 salariés	21,9%	18,5%	20,1%

	de 50 à 499 salariés	28,7%	34,4%	31,7%
	500 salariés et plus	26,8%	37,0%	32,2%
Secteur économique (NS)	agriculture	9,3%	5,1%	7,1%
	industrie, énergie	38,6%	44,2%	41,5%
	construction	9,9%	7,4%	8,6%
	commerce, hôtellerie-restauration, services aux particuliers	10,2%	10,0%	10,1%
	autres services	32,1%	33,3%	32,7%
CSP (NS)	artisans-commerçants, agriculteurs	4,9%	3,4%	4,1%
	ouvriers	42,8%	49,1%	46,1%
	employés	19,4%	16,8%	18,0%
	techniciens, prof intermédiaires	20,9%	21,0%	21,0%
	cadres, chefs d'entreprise	12,0%	9,7%	10,8%

(NS) : non significatif

source : enquête FNATH 2011 – cabinet DL-EES

➤ *Visite de reprise auprès du médecin du travail*

83% des individus ayant repris leur emploi dans la même entreprise après un accident problème de santé lié au travail ont eu une **visite de reprise auprès de leur médecin du travail. Ceux qui ont repris sur un poste aménagé ou sur un autre poste sont proportionnellement plus nombreux à avoir vu le médecin du travail** que ceux qui ont repris au même poste (89% versus 75%).

Si l'on peut s'interroger sur **l'absence de visite de reprise** chez le médecin du travail pour une proportion non négligeable des répondants à l'enquête qui, rappelons-le, ont subi des atteintes à la santé particulièrement graves, il faut ici préciser que les problèmes de santé les plus graves – qui se retrouvent proportionnellement plus chez les individus ayant repris à des conditions aménagées – sont aussi ceux pour lesquels la visite de reprise a été plus systématique (près de 9 fois sur 10).

Tableau 15. Visite de reprise selon les conditions de la reprise du travail après un accident de la vie lié au travail

Champ : personnes ayant repris leur travail dans la même entreprise après un problème de santé lié au travail (N=993)		même poste sans aménagement N=332 (48%)	autre poste ou poste aménagé N=361 (52%)	Total des personnes ayant repris leur travail
Visite de reprise auprès du médecin du travail	oui	74,9%	89,2%	82,6%
	non	23,4%	9,3%	15,8%
	non concerné	1,7%	1,5%	1,6%

Source : enquête FNATH 2011 – Cabinet DL-EES

➤ *Salaire, horaires de travail, accueil reçu lors du retour dans l'entreprise*

Globalement, 76,6% des individus ayant gardé leur emploi après un problème de santé lié au travail déclarent qu'ils ont gardé le même salaire. **La reprise s'accompagne donc, pour près d'un quart des individus, d'une perte de salaire.**

Les personnes dont la reprise du travail s'est faite sur un poste adapté ou après un changement de poste dans l'entreprise sont globalement plus affectées par des différences de conditions d'emploi (horaires, salaires) que celles qui ont repris au même poste de travail, sans aménagement (tableau 16).

Tableau 16. Horaires, salaire et accueil au retour selon les conditions de la reprise du travail après un accident de la vie lié au travail

personnes ayant repris leur travail dans la même entreprise après un problème de santé lié au travail (N=993)		même poste sans aménagement N=332 (48%)	autre poste ou poste aménagé N=361 (52%)	Total
Reprise avec des horaires identiques	oui	90,2%	61,6%	75,1%
	non	9,8%	38,4%	24,9%
Reprise avec une perte de salaire	oui	14,0%	32,2%	23,4%
	non	86,0%	67,8%	76,6%
Accueil des collègues au retour (NS)	très bon ou bon	62,5%	62,1%	62,2%
	moyen, mauvais ou très mauvais	37,5%	37,9%	37,8%
Accueil de l'employeur ou des supérieurs au retour (NS)	très bon ou bon	45,7%	44,2%	44,9%
	moyen, mauvais ou très mauvais	54,3%	55,8%	55,1%

(NS) : non significatif

source : enquête FNATH 2011 – cabinet DL-EES

Deux questions portant sur **l'accueil au retour** dans l'entreprise ont été intégrées à l'enquête FNATH, à la suite d'observations menées dans une enquête qualitative montrant que le retour au travail après un accident du travail pouvait parfois s'accompagner de remarques blessantes ou d'indifférence qui ne facilitaient pas une bonne réinsertion professionnelle (Daubas-Letourneux, 2005).

Dans l'enquête statistique menée auprès des adhérents de la FNATH, il apparaît que sur l'ensemble des individus ayant vécu un grave problème de santé au travail et ayant ensuite été réintégré dans leur entreprise, **55% expriment un ressenti négatif au plan de l'accueil reçu à leur retour de la part leurs employeurs et supérieurs hiérarchiques et 38% de la part de leurs collègues**. On peut lire ces pourcentages à l'inverse : **62% des individus estiment être bien ou très bien accueillis à leur retour dans l'entreprise par leurs collègues** et 45% l'estiment de la part de leur employeur¹⁵.

On n'observe pas de différence significative d'accueil dans l'entreprise de part des collègues et des supérieurs hiérarchiques selon les conditions de la reprise du travail (avec ou sans aménagement).

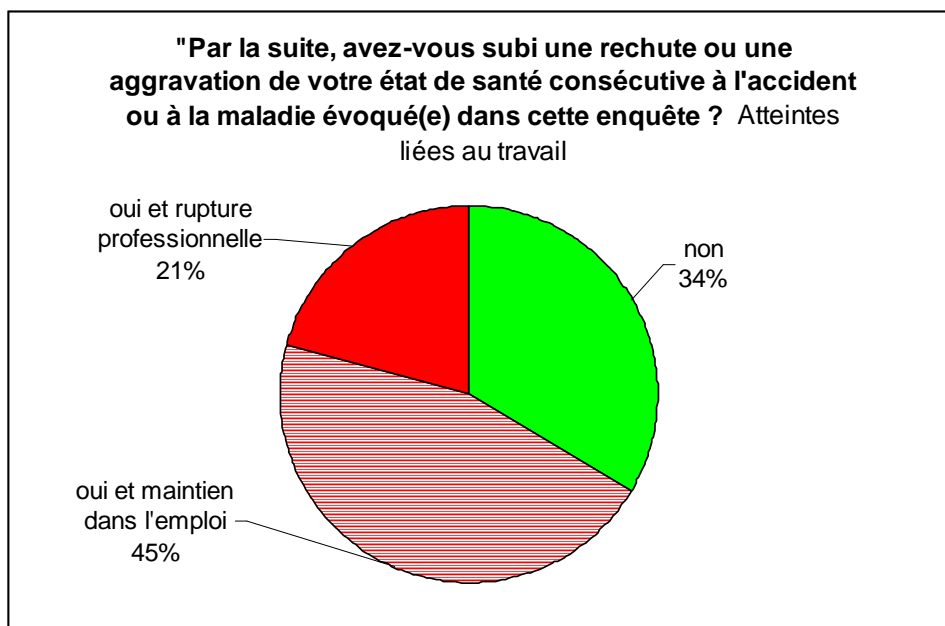
** Rechutes et risques de rupture professionnelle*

Parce qu'une rupture professionnelle peut parfois survenir non pas immédiatement après l'arrêt de travail, mais après une rechute, le questionnaire d'enquête comportait une question spécifique sur ce point, s'adressant aux enquêtés ayant repris leur travail après le problème de santé : " *Par la suite, avez-vous subi une rechute ou une aggravation de votre état de santé consécutive à l'accident ou à la maladie évoqué(e) dans cette enquête ?*" (question Q37). Si la réponse était positive, deux modalités étaient proposées, selon les conséquences de la rechute au plan de l'emploi.

Sur les individus ayant repris leur travail après un problème de santé lié au travail, **seulement un tiers a déclaré de pas avoir connu de rechute ou d'aggravation de leur état de santé par la suite** ; 45% des répondants ont connu une rechute ou une aggravation de leur état de santé sans que celle-ci n'entraîne de rupture professionnelle ; **pour 21% des répondants, la survenue d'une rechute ou d'une aggravation de leur état de santé a ensuite entraîné la perte de l'emploi** (figure 14).

¹⁵ Les deux niveaux d'accueil (par les collègues et par l'employeur) sont corrélés : 94% des répondants indiquant un bon ou très bon accueil de la part de leur employeur estiment également bon ou très bon l'accueil reçu par leurs collègues ; 68% des individus indiquant avoir eu un bon ou très bon accueil de leurs collègues indiquent un bon ou très bon accueil de leur employeur (contre 45% en moyenne).

Figure 14. Rechute ou aggravation de l'état de santé par la suite pour les individus ayant repris leur emploi après une atteinte à la santé liée au travail



Si l'on retient uniquement les personnes ayant connu une rechute ou une aggravation de leur état de santé après la reprise du travail, la part de celles qui ont perdu leur emploi suite à cette rechute est de 31%.

Les croisements opérés avec le fait d'avoir repris au même poste ou à un poste différent ou adapté et avec la visite de reprise auprès du médecin du travail ne sont pas statistiquement significatifs pour expliquer les rechutes ou aggravations de l'état de santé par la suite.

213 – Rupture professionnelle et devenir professionnel après la rupture

* *Motifs de rupture professionnelle*

Tableau 17. Motif de rupture professionnelle suite à un accident de la vie lié au travail

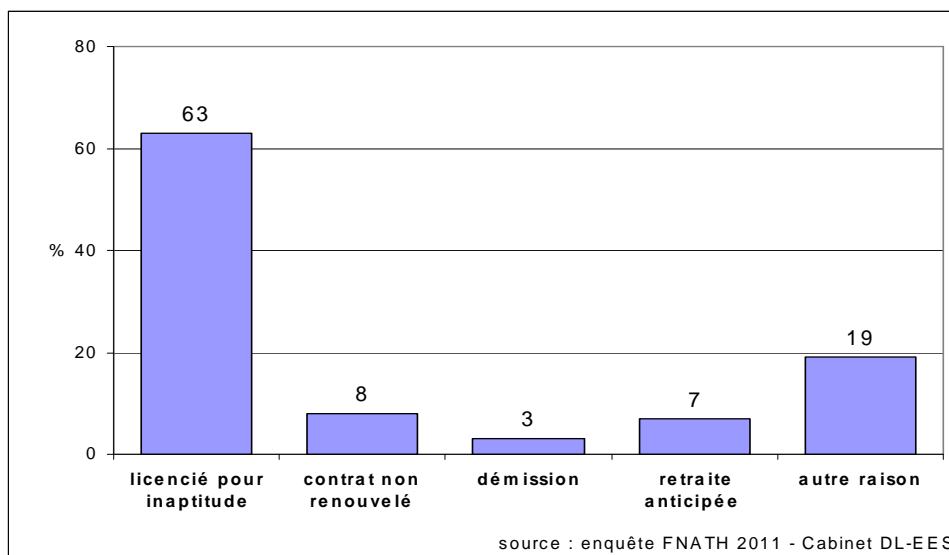
	Fréquence	%
licencié pour inaptitude	522	53,4
contrat de travail non renouvelé	67	6,9
démission	25	2,6
retraite anticipée ou cessation anticipée d'activité	55	5,6
toujours en arrêt de travail	151	15,4
autre raison	158	16,2
Total	978	100,0

Source : enquête FNATH 2011 – Cabinet DL-EES

Si l'on ne compte pas les personnes n'ayant pas repris leur travail parce qu'elles étaient toujours en arrêt de travail au moment de l'enquête (15% du total), on constate que **les licenciements pour inaptitude représentent 63% des ruptures professionnelles consécutives à un accident ou à une maladie liée au travail, chez les adhérents de la FNATH ayant répondu à l'enquête** (figure 15).

Pour les seuls individus employés en CDI au moment de la survenue du problème de santé, le taux de licenciements pour inaptitude est de **74%**, soit près de un sur trois.

Figure 15. Motifs de rupture professionnelle après un problème de santé lié au travail chez les adhérents de la FNATH, hors personnes toujours en arrêt de travail



A côté des licenciements pour inaptitude, les autres motifs de rupture professionnelle signalés dans l'enquête sont moins explicites sur le lien entre l'altération de la santé due au travail et la perte de l'emploi, même si cela est sans doute moins vrai concernant les départs anticipés à la retraite. On ne sait rien en effet des motifs d'une démission ou du non renouvellement d'un contrat de travail, quand bien même ceux-ci seraient comptabilisés dans la statistique publique, dans une démarche de production de connaissance sur les motifs de ruptures professionnelles.

Sur le total des répondants ayant perdu leur emploi à la suite d'une atteinte à la santé liée au travail, on recense (hors personnes toujours en arrêt de travail au moment de l'enquête) 8% de ruptures générées par le non renouvellement du contrat de travail, 7% de départs anticipés à la retraite et 3% de démissions.

Pour les seuls contrats précaires, 46% des motifs de rupture invoqués relèvent du non renouvellement du contrat de travail¹⁶. La rupture pour non renouvellement du contrat de travail est un indicateur de l'absence de protection de l'emploi des personnes employées sous statut précaire suite à un accident du travail ou une maladie professionnelle : elles ne sont pas couvertes par la loi du 7 janvier 1981.

Les modalités de réponse proposées concernant les motifs de rupture professionnelle dans le questionnaire d'enquête n'étaient sans doute pas en nombre suffisant, puisque 19% des répondants ont choisi la modalité "**autre raison**". L'analyse des 149 réponses en clair dont nous disposons montre que :

- 30% des réponses apportées en clair pour l'item "autre raison" auraient pu être codées dans l'une des autres modalités. Les répondants ont apporté des précisions pour décrire le contexte de la rupture. On relève aussi des réponses liées à des situations vécues comme

¹⁶ Pourcentage calculé hors personnes toujours en arrêt de travail au moment de l'enquête.

injustes et dont certaines ont donné lieu à un contentieux avec l'ancien employeur. Parmi ces réponses, on recense :

- des personnes faisant toujours partie des effectifs de l'entreprise (donc toujours en arrêt de travail) mais prises en charge en affection longue durée
- des explications sur le non renouvellement d'un contrat ou d'une mission d'intérim (par exemple, des intérimaires non recontactée par l'entreprise de travail temporaire qu'ils relient à leur demande de reconnaissance en faute inexcusable de l'employeur)
- des précisions sur le licenciement pour inaptitude, dont certaines ont été perçues comme injustes et ont entraîné une procédure judiciaire, dont voici un exemple :

"par trois fois j'ai retenté de reprendre mon emploi, mais impossible. Le médecin du travail (médecin d'entreprise) a établi une fiche d'inaptitude sur ce poste. L'entreprise n'a pas effectué les mesures de reclassement réglementaires elle me fit subir 43 mois de placard pour me réformer au motif de névrosée à 50ans. Affaires en justice."

Femme, née en 1959, a eu un accident du travail reconnu en 2006, employée de commerce ou personnel de service (CSP 14) en CDI à temps partiel dans le secteur des services au moment de l'accident.

- des précisions sur des départs à la retraite, parfois vécus comme subis et dont certains ont engendré un contentieux, comme c'est le cas dans la réponse suivante :

"une 2ème maladie professionnelle liée à l'amiante m'a été reconnue en 2000 également puis toute la ligne managériale de cette entreprise à caractère mondiale a mis en oeuvre une discrimination professionnelle pour raison de santé. cette entreprise a été condamnée le 16/06/2009 (voir article de " la provence du 28 juillet 2009" et les articles de la fnath. une mise en préretraite amiante a été la seule solution pour m'extraire de ce suicide professionnel organisé par cette ligne managériale..."

Homme, né en 1957, maladie professionnelle survenue en 2000 et reconnue par la Sécurité sociale, cadre de la fonction publique employé à temps complet dans le secteur de l'industrie-énergie au moment de la survenue de la maladie.

➤ Les autres motifs de ruptures sont variés. On relève notamment :

- des dépôts de bilan de l'entreprise, des cessations d'activité (16 réponses)
- des licenciements économiques, dont certains vécus comme une discrimination liée à leur handicap (12 réponses) :

" ils m'ont rendu la vie impossible au travail. Ensuite il y a eu licenciement économique avec un poste vacant, qui normalement me revenait de droit, mais ils ont mis des conditions de travail tellement infaisables (ils savaient que je ne pouvais pas dire oui, car j'étais seule avec deux enfants 5 et 8 ans) que j'ai dû accepter le licenciement et quelqu'une d'autre a eu la place."

Femme, née en 1956, accident du travail en 1991 reconnu par la Sécurité sociale, employée en CDI dans le secteur des services (CSP non renseignée).

- des licenciements pour faute du salarié et des licenciements perçus comme abusifs par répondants (12 réponses) :

"pression pour démissionner avec mise au placard, devant mon refus, j'ai été licenciée"

Femme, née en 1960, maladie professionnelle en 2003 reconnue par la Sécurité sociale, agent de maîtrise employée en CDI à temps plein dans le secteur de l'industrie-énergie au moment de la maladie.

- des travailleurs indépendants (agriculteurs, artisans) n'ayant pas pu reprendre leur activité (8 réponses)
- des personnes parties en reconversion ou en reclassement professionnel dans un autre établissement (14 réponses)

- o des personnes qui étaient étudiantes lors de la survenue du problème de santé, avec parfois une réorientation obligée :

"la médecine du travail m'a interdit le métier pour lequel j'étais en apprentissage. je voulais être cuisinier en restauration classique et j'ai été reçu dans les premiers de mon département ce qui m'a valu une sélection pour le concours du meilleur apprenti d'île de France. Malheureusement, suite à toutes mes blessures je ne peux rester toute une journée debout. il m'a donc été interdit de travailler en restauration classique et seulement en restauration collective car là je bénéficiais des 35h."

Homme, né en 1965, accident de trajet en 1983, pris en charge par la Sécurité sociale, en contrat d'apprentissage dans le secteur de l'hôtellerie-restauration au moment de l'accident.

** Description des situations de licenciement pour inaptitude consécutives à un accident de la vie lié au travail*

Au niveau national, il n'existe pas de dispositif statistique dédié précisément à la connaissance chiffrée de l'inaptitude au travail. Celle-ci peut néanmoins être évaluée à partir des rapports annuels établis par les médecins du travail. Le rapport Gosselin sur l'aptitude et l'inaptitude médicale au travail (2007) indique ainsi que, pour l'année 2004, ce "phénomène de grande ampleur" s'est traduit par 470 000 avis d'inaptitude, dont un peu plus de 200 000 temporaires, délivrés par les médecins du travail du régime général, et, pour le régime agricole, 7 746 salariés déclarés inaptes, dont 4218 de façon temporaire (Gosselin, 2007).

Les données produites par le réseau régional Santé Travail Handicap (STH) de la région Nord – Pas-de-Calais¹⁷ permettent d'affiner la connaissance sur les salariés déclarés inaptes au travail. Globalement (quelle que soit l'origine de l'inaptitude, professionnelle ou non), les observations menées sur la base des déclarations des médecins du travail volontaires du réseau STH montrent que deux types de pathologies sont particulièrement dominants dans l'origine d'une inaptitude : les pathologies ostéoarticulaires (47% des inaptitudes en 2009 y sont liées) et les troubles mentaux (24% des inaptitudes y sont liées). Pour les inaptitudes consécutives à un accident du travail ou à une maladie professionnelle, les pathologies ostéoarticulaires sont largement dominantes : elles concernent en effet 90% des accidents du travail et 84% des maladies professionnelles. Pour les maladies à caractère professionnel à l'origine d'une inaptitude, les indicateurs de la région Nord – Pas-de-Calais indiquent qu'elles sont à 73% liées à des troubles mentaux du comportement.

Dans l'enquête FNATH, les données émanent de la déclaration des individus, non des médecins du travail, et il s'agit d'inaptitudes suivies d'un licenciement. Sans prétendre donc comparer nos résultats avec les indicateurs produits par le réseau régional STH du Nord – Pas-de-Calais ou ceux figurant dans le rapport Gosselin, nous pouvons observer quelles pathologies ont été décrites par les enquêtés ayant subi un licenciement pour inaptitude à la suite de l'accident ou de la maladie liée au travail subi-e (tableau 18).

¹⁷ "Depuis 2004, à la demande des membres de la commission régionale de médecine du travail, un suivi des indicateurs sur les procédures d'inaptitude et de maintien a été élaboré et mis en place avec le soutien de l'Inspection médicale régionale du travail par le réseau régional Santé-Travail-Handicap (STH). Celui-ci est animé au sein de l'Institut de santé au travail du nord de la France". Dr Paul Frimat, *Lettre d'information du Réseau régional STH Nord – Pas-de-Calais*, février 2008.

Tableau 18. Type de problème de santé chez les individus licenciés pour inaptitude et chez l'ensemble des victimes d'accidents de la vie liés au travail

% col	Problèmes de santé liés au travail		
	Individus licenciés pour inaptitude	Individus n'ayant pas repris leur travail, hors licenciements pour inaptitude et hors arrêt de travail en cours	Total sous population
Problèmes de dos	44%	35%	37%
TMS	31%	30%	29%
Problème dépressif	16%	16%	14%
Fracture	22%	30%	27%
Amputation	7%	13%	9%
Cancer	1%	5%	3%
Maladie liée à l'amiante	0,8%	4%	3%

source : enquête FNATH 2011 – Cabinet DL-EES

Chez les adhérents de la FNATH ayant répondu à l'enquête, **les pathologies ostéoarticulaires (dos et TMS) touchent les trois quarts (75%) des individus ayant subi un licenciement pour inaptitude à la suite d'un accident ou une maladie d'origine professionnelle**, alors que ce type de pathologie (dos et TMS) concerne les deux-tiers (66%) du total des individus ayant signalé dans l'enquête une atteinte à la santé d'origine professionnelle.

Concernant les seuls problèmes de dos, on observe qu'ils touchent 44% des personnes licenciées pour inaptitude, contre 35% des personnes ayant connu un autre type de rupture professionnelle. De façon descriptive, on observe ainsi une corrélation entre dorsalgies et rupture professionnelle pour inaptitude dans l'enquête FNATH.

A l'inverse, les fractures, les amputations et les cancers d'origine professionnelle sont moins corrélés avec la survenue d'un licenciement pour inaptitude.

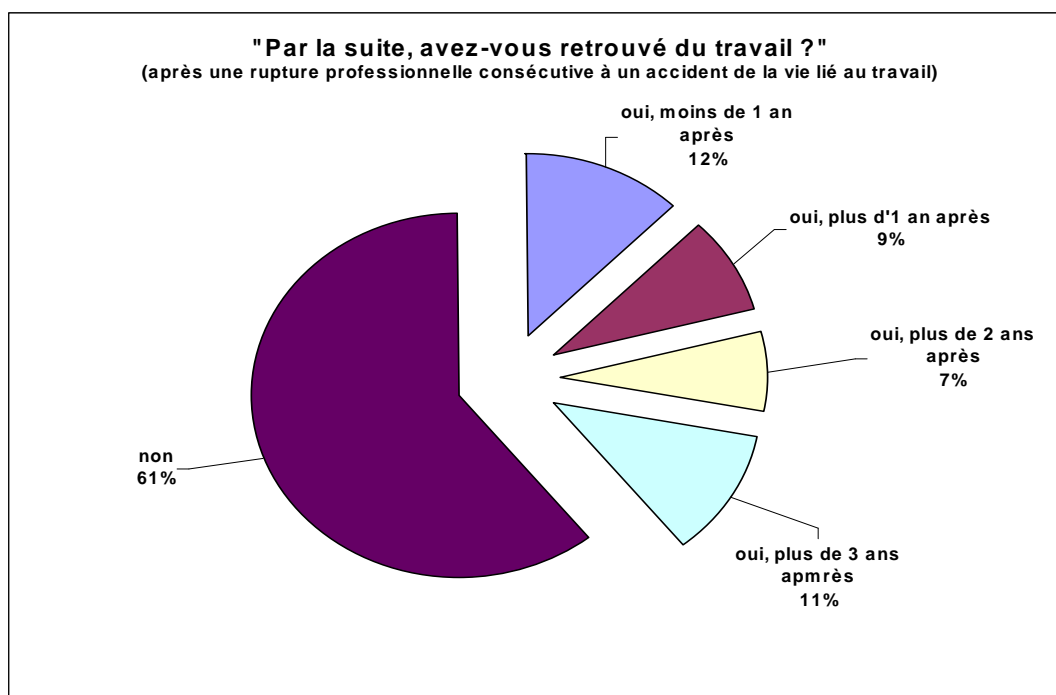
Sachant que les répondants à l'enquête pouvaient choisir plus d'une modalité concernant la description du problème de santé, ces observations doivent être nuancées. Néanmoins, on peut souligner une proximité entre les types de pathologies plus spécifiquement associés à une rupture professionnelle causée par une inaptitude observées dans l'enquête FNATH et les données produites sur l'inaptitude au travail observée plus généralement à partir des rapports des médecins du travail.

** Devenir professionnel après la rupture*

Pour les personnes ayant perdu leur emploi pour une raison autre qu'un arrêt de travail toujours en cours ou qu'un départ anticipé à la retraite, le questionnaire d'enquête comportait trois questions sur un éventuel retour à l'emploi "par la suite".

L'enquête montre que **61% des répondants ayant perdu leur emploi suite à une atteinte à la santé d'origine professionnelle et n'étant ni en arrêt de travail, ni en retraite au moment de l'enquête, n'ont pas retrouvé de travail par la suite.**

Figure 16. Retour à l'emploi après une rupture professionnelle consécutive à un accident du travail ou une maladie d'origine professionnelle



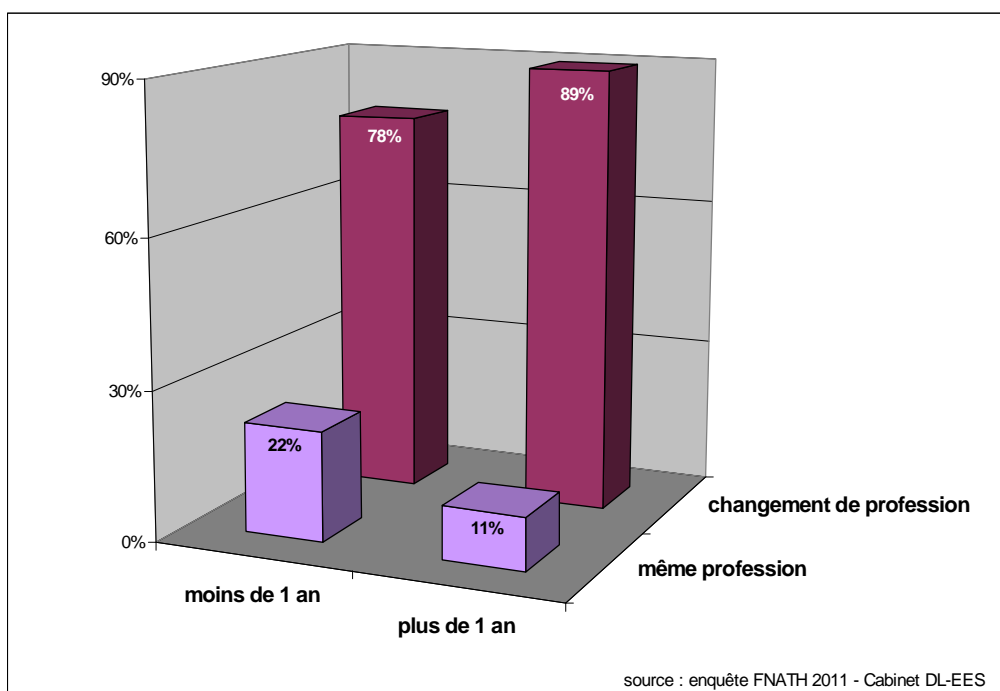
Pour les 39% d'individus ayant retrouvé un emploi par la suite, ce retour sur le marché de l'emploi a parfois pris du temps (figure 16) : moins de une sur trois a retrouvé du travail moins de un an après la rupture professionnelle (94 personnes sur les 294 qui ont retrouvé du travail), la part de celles qui ont dû attendre plus de trois ans pour retrouver du travail étant quasiment la même (84 personnes, soit 29%).

On n'observe pas de lien statistiquement significatif entre le temps mis à retrouver du travail et le niveau de diplôme des répondants.

Parmi les personnes ayant retrouvé un emploi par la suite, 85% ont indiqué que ce n'était pas dans la même profession. La survenue d'un grave accident de la vie d'origine professionnelle peut donc être source de rupture professionnelle à double titre : d'abord par la perte de l'emploi occupé lors de la survenue de l'accident du travail ou de la maladie en lien avec le travail, ensuite par une réorientation professionnelle et un changement de métier. Il arrive que la

Cette réorientation professionnelle peut être vécue comme positive et choisie, ou bien être perçue de façon négative et subie, deux cas de figure rencontrés dans l'enquête qualitative déjà citée (Daubas-Letourneux, 2005), l'enquête FNATH ne permettant cependant pas d'investiguer cette piste.

Figure 17. Changement de profession selon la durée de la rupture professionnelle causée par un accident du travail ou une maladie liée au travail



Au regard des réponses apportées dans l'enquête, on constate que **les situations de réorientation professionnelle surviennent davantage lorsque le délai passé pour retrouver un emploi après la rupture professionnelle vécue est long** (figure 17).

Avoir dû opérer une reconversion professionnelle est un autre indicateur mobilisable pour observer les conditions du retour à l'emploi après la perte d'un emploi générée par un grave accident de santé. Globalement, pour les personnes dont l'accident de santé est lié au travail, **75% ont signalé qu'elles avaient opéré une reconversion professionnelle** dans le cadre d'une reprise du travail après une rupture professionnelle. Le tableau 19 montre que **le taux de personnes ayant opéré une reconversion est d'autant plus élevé que la période sans emploi a été longue** : 61% de ceux qui ont retrouvé du travail moins de un an après l'accident de santé se sont reconvertis professionnellement, contre 75% pour ceux qui sont restés entre un et deux ans sans travail et 86% de ceux qui ont connu une période sans emploi supérieure à deux ans.

Tableau 19. Taux de reconversion professionnelle selon le temps mis à retrouver un emploi après la rupture consécutive à une atteinte à la santé d'origine professionnelle

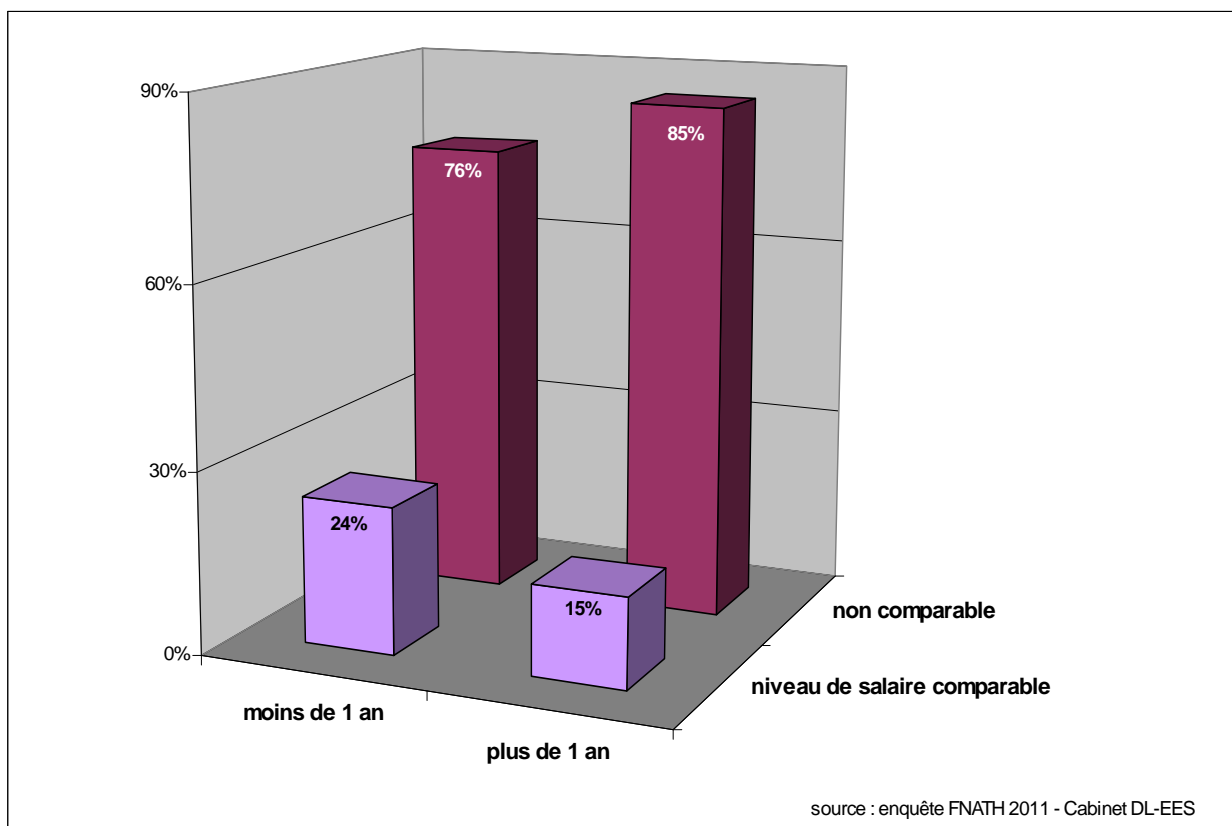
	Après une rupture professionnelle consécutive à un problème de santé lié au travail, a retrouvé un emploi ...				
	moins de 1 an après la rupture	moins de 2 ans après	moins de 3 ans après	plus de 3 ans après	total des répondants ayant retrouvé un emploi
reconversion professionnelle	61%	75%	86%	84%	75%
pas de reconversion professionnelle	39%	25%	14%	16%	25%

source : enquête FNATH 2011 - Cabinet DL-EES

Retrouver un emploi dans la même profession ne s'accompagne pas forcément d'un salaire comparable. Globalement, pour la sous-population observée, seulement 18% des personnes ayant retrouvé du travail par la suite estiment que ce nouvel emploi était à niveau de salaire comparable à l'ancien emploi. La figure 18 montre que **lorsque le délai entre la rupture professionnelle et le retour sur le marché de l'emploi est long (supérieur à un an), la proportion de personnes estimant que ce retour à l'emploi s'accompagne d'une perte de salaire est plus élevée** que pour les personnes qui retrouvent un emploi plus rapidement.

Il existe bien-sûr un lien entre le changement de profession et des niveaux de salaire non comparables : 33% des personnes ayant retrouvé en emploi par la suite dans la même profession disent que leur salaire est comparable à celui perçu auparavant, contre seulement 16% de celles qui ont retrouvé un emploi par la suite mais en changeant de profession.

Figure 18. Pour les personnes ayant par la suite retrouvé un emploi, était-ce à un niveau de salaire comparable à l'ancien emploi ? Comparaison selon la durée de la rupture professionnelle causée par un accident du travail ou une maladie liée au travail



Ces observations viennent souligner l'importance d'une "prise en charge précoce des personnes en emploi mais en risque de désinsertion professionnelle du fait de problèmes de santé liés à des maladies évolutives ou à des accidents de la vie", préconisée dans un rapport visant à prévenir la désinsertion professionnelle des personnes handicapées remis au ministre du travail en décembre 2009 (Busnel, Hennion *et al.*, 2009).

22 – DEVENIR PROFESSIONNEL APRES UN ACCIDENT OU UNE MALADIE NON LIE-E AU TRAVAIL

Dans la population des adhérents de la FNATH, les personnes ayant subi un accident de la vie non lié au travail sont minoritaires au regard des accidentés du travail et des victimes de maladies professionnelles ou à caractère professionnel. Dans l'enquête réalisée, les victimes d'accidents de la vie non liés au travail représentent 22% du total, soient 484 individus.

Parmi ces 484 individus dont le problème de santé signalé n'est pas lié au travail, 326 (soit 73%) étaient en emploi lors de la survenue de l'accident de la vie.

Sur ces 326 individus, 191 (59%) ont connu une rupture professionnelle immédiatement après ce problème de santé, et 132 (41%) ont pu reprendre leur travail dans la même entreprise ensuite. **L'origine non professionnelle des accidents de la vie est donc, dans l'enquête, davantage corrélée avec la perte de l'emploi que l'origine professionnelle** (pour rappel, lorsque le problème de santé est d'origine professionnelle, on enregistre 54% de ruptures professionnelles consécutives et 46% de retour dans le même emploi).

Compte tenu du nombre réduit d'observations pour cette sous-population, la présentation des résultats sera moins détaillée qu'au point précédent, pour des raisons de fiabilité statistique.

221 – Comparaisons entre ceux qui reprennent et ceux qui ne reprennent pas le travail dans la même entreprise

Contrairement au point 211, nous n'avons pu procéder à une régression logistique permettant de relativiser le poids de certaines variables dans l'explication de la reprise ou de la rupture professionnelle, car le modèle présentait une validité incertaine. Le tableau 20 présente donc uniquement les pourcentages bruts observés. Ces derniers sont en outre à observer avec prudence, la plupart des tris croisés étant non significatifs au plan statistique.

Parmi les différences significatives, on observe, comme pour les problèmes liés au travail, que la part des **très grandes entreprises** est plus élevée dans le groupe des individus qui reprennent leur travail après l'accident de santé. De même, et logiquement, un **contrat de travail stable** est corrélé avec le maintien dans l'emploi.

D'autre part, on observe que les problèmes **les plus graves** – qui ont nécessité un arrêt de travail de trois ans ou plus – se retrouvent proportionnellement plus représentés dans le groupe des personnes ayant perdu leur emploi à l'issue de l'arrêt de travail. Concernant l'ancienneté du problème de santé, on observe à la fois plus de problèmes survenus récemment (dans les cinq dernières années) ou il y a plus de vingt ans dans le groupe des personnes maintenues dans leur emploi.

Avoir été reconnu en invalidité est davantage corrélé avec une rupture professionnelle consécutive à l'accident de la vie (pourcentages bruts). On peut penser, parmi d'autres pistes, que l'invalidité reconnue indique l'existence d'une incapacité avérée, entraînant davantage de difficultés sur le marché de l'emploi.

On n'observe pas de différence forte et significative pour cette sous-population en revanche concernant la reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé.

Tableau 20. Reprise ou non reprise du travail dans la même entreprise après un accident ou une maladie non lié-e au travail : tris croisés selon les caractéristiques des individus, de l'emploi occupé et de l'accident de santé

% col	après l'accident de la vie non lié au travail :		écart en %
	a repris le travail dans la même entreprise (41% N=132)	n'a pas repris le travail dans la même entreprise (59% N=191)	
Caractéristiques de l'individu			
Sexe (NS)			
Homme	60,2	52,7	7,5
Femme	39,8	47,3	-7,5
Diplôme (NS)			
< CAP	26	22,4	3,6
CAP-BEP	30,9	39,5	-8,6
Bac et+	43,1	38,1	5
Age lors de la survenue du problème de santé (NS)			
moins de 25 ans	10,8	10,1	0,7
25-44 ans	62,2	57,2	5
45-54 ans	24,3	30,4	-6,1
55 ans et+	2,7	2,2	0,5
Caractéristiques de l'emploi occupé au moment de l'accident			
CSP (NS)			
artisans-commerçants, agriculteurs	5,7	6,2	-0,5
ouvriers	23	35,6	-12,6
employés	41	31,5	9,5
techniciens, prof intermédiaires	16,4	15,8	0,6
cadres, chefs d'entreprise	13,9	11	2,9
Secteur économique (NS)			
agriculture	0,8	6,3	-5,5
industrie	29,2	24,3	4,9
construction	8,3	11,8	-3,5
commerce, service aux particuliers	19,2	20,1	-0,9
autres services	42,5	37,5	5
Taille de l'entreprise			
aucun salarié	5	5	0
moins de 10 salariés	12,6	20	-7,4
de 10 à 49 salariés	16,8	23,6	-6,8
de 50 à 499 salariés	31,1	32,1	-1
500 salariés et plus	34,5	19,3	15,2
Contrat de travail			
CDI temps plein	84	71,7	12,3
CDI temps partiel	10	4,2	5,8
CDD, intérim, ...	6	24,2	-18,2
Caractéristiques de l'accident de santé non lié au travail			
Type de problème (NS)			
accident ou handicap non lié au travail	58,9	52	6,9
maladie non liée au travail	41,1	48	-6,9

Date survenue du problème de santé			
dans les 5 dernières années	26,4	18,9	7,5
il y a entre 6 et 11 ans	15,7	29,4	-13,7
il y a entre 11 et 20 ans	29,8	31,5	-1,7
il y a plus de 20 ans	28,1	20,3	7,8
Durée de l'arrêt de travail			
inférieure à 1 an	52,4	20,9	31,5
de 1 à 2 ans	37,1	47,5	-10,4
3 ans et plus	10,5	31,7	-21,2
Difficultés au quotidien après la survenue du problème (NS)			
oui, beaucoup	63,3	74,8	-11,5
oui, un peu	34,1	22,4	11,7
Non	2,5	2,7	-0,2
Reconnaissance invalidité			
Oui	65	82,9	-17,9
Non	23,6	13	10,6
procédure en cours	8,1	2,7	5,4
Nsp	3,3	1,4	1,9
Reconnaissance du statut de travailleur handicapé (NS)			
Oui	76,9	72,7	4,2
Non	23,1	27,3	-4,2

(NS) : tri croisé non significatif

Lecture : Parmi les individus en emploi au moment de l'accident, 60% de ceux qui ont repris leur emploi après l'accident de santé sont des hommes, contre 53% de ceux qui n'ont pas repris leur travail dans la même entreprise après l'accident.

Champ : individus en emploi au moment de la survenue de l'accident de santé, dont l'accident n'est pas lié au travail et, pour ceux qui n'ont pas repris leur emploi, à l'exclusion des personnes toujours en arrêt de travail ou parties à la retraite. (n = 272)

Source : enquête FNATH 2011 – Cabinet DL-EES

222 – Reprise du travail dans la même entreprise : à quelles conditions?

La sous population ayant repris le travail à la suite d'un problème de santé non lié au travail est composée de 132 individus. Parmi eux, 58 (44%) ont repris au même poste de travail, sans aménagement, 36 (27%) ont repris au même poste de travail, avec aménagements, et 38 (29%) ont repris à un autre poste dans la même entreprise.

A titre indicatif, nous présentons les mêmes tris croisés que ceux opérés pour les atteintes à la santé liées au travail. Les faibles effectifs dont nous disposons pour cette sous-population rendent toutefois de nombreux tableaux croisés non significatifs au plan statistique.

* *Reprise à un poste adapté, à un autre poste ou au même poste de travail : analyse descriptive*

➤ Description selon la gravité du problème et les caractéristiques de l'entreprise

Le seul tri croisé significatif observé sur les conditions de la reprise après un accident de la vie non lié au travail porte sur la **gravité de l'accident de la vie** : ceux ayant entraîné un arrêt de travail supérieur à un an sont proportionnellement nettement plus représentés parmi les individus ayant repris leur emploi à un poste adapté ou à un autre poste de travail (respectivement 60,6% contre 36,2%).

Tableau 21. Gravité du problème de santé et caractéristiques de l'entreprise selon les conditions de la reprise du travail après un accident de la vie non lié au travail

Personnes ayant repris leur travail dans la même entreprise après un problème de santé non lié au travail		même poste sans aménagement (44%) N=58	autre poste ou poste aménagé (56%) N=74	Total
Durée de l'arrêt de travail	inférieure à 1 an	63,8%	39,4%	49,6%
	de 1 à 2 ans	23,4%	50,0%	38,9%
	3 ans ou plus	12,8%	10,6%	11,5%
Difficultés quotidiennes après le problème de santé (NS)	oui beaucoup	56,9%	66,7%	62,2%
	un peu ou non	43,1%	33,3%	37,8%
Taille de l'entreprise (NS)	aucun salarié	10,7%	1,4%	5,6%
	moins de 10 salariés	14,3%	10,0%	11,9%
	de 10 à 49 salariés	17,9%	18,6%	18,3%
	de 50 à 499 salariés	30,4%	30,0%	30,2%
	500 salariés et plus	26,8%	40,0%	34,1%
Secteur économique (NS)	agriculture	3,6%		1,6%
	industrie, énergie	19,6%	34,3%	27,8%
	construction	12,5%	4,3%	7,9%
	commerce, hôtellerie-restauration, services aux particuliers	19,6%	18,6%	19,0%
	autres services	44,6%	42,9%	43,7%
CSP (NS)	artisans-commerçants, agriculteurs	7,0%	5,5%	6,2%
	ouvriers	19,3%	27,4%	23,8%
	employés	42,1%	38,4%	40,0%
	techniciens, prof intermédiaires	17,5%	15,1%	16,2%
	cadres, chefs d'entreprise	14,0%	13,7%	13,8%

(NS) : non significatif

source : enquête FNATH 2011 – cabinet DL-EES

➤ *Visite de reprise auprès du médecin du travail*

Globalement, 76% des individus ayant repris leur emploi après un accident de santé non professionnel ont déclaré avoir eu une visite de reprise auprès du médecin du travail. Comme c'était le cas pour les problèmes de santé liés au travail, on observe ici que **les individus qui ont repris leur emploi avec un aménagement du poste ou un changement de poste sont davantage concernés par la visite de reprise : 83% contre 64% de ceux qui ont repris sans aménagement.**

Tableau 22. Visite de reprise selon les conditions de la reprise du travail après un accident de la vie non lié au travail

Personnes ayant repris leur travail dans la même entreprise après un problème de santé non lié au travail		même poste sans aménagement (44%) N=58	autre poste ou poste aménagé (56%) N=74	Total
Visite de reprise auprès du médecin du travail	oui	64,4%	83,3%	75,7%
	non	28,9%	13,6%	19,8%
	non concerné	6,7%	3,0%	4,5%

source : enquête FNATH 2011 – Cabinet DL-EES

On peut observer que, parmi les individus ayant repris leur travail sans aménagement après un accident de la vie (quel qu'il soit), ceux qui ont le moins souvent vu leur médecin du travail à leur retour sont les victimes d'un accident de la vie non professionnel : 29% ont répondu "non" à cette question, contre 23% des accidentés du travail ou malades en lien avec le travail. C'est aussi pour cette sous-population que la part des individus se disant "non concernés" par une visite de reprise est la plus élevée (6,7%)¹⁸.

➤ *Salaire, horaires de travail, accueil reçu lors du retour dans l'entreprise*

Comme nous l'avons observé pour les accidents de la vie liés au travail, on constate que reprendre son emploi dans la même entreprise après un accident de la vie non professionnel n'est pas la même chose au plan des conditions d'emploi, selon que la reprise se fait au même poste ou bien avec un aménagement (poste aménagé ou sur un autre poste). Dans ce deuxième cas, la reprise s'est accompagnée pour plus de 6 personnes sur 10 d'une **modification des horaires de travail**, contre moins de 2 personnes sur 10 dans l'autre situation et, dans une moindre mesure, d'une **perte de salaire** : 40% en ont signalée une, contre 19% de ceux qui ont pu reprendre leur emploi sans aménagement (tableau 23).

Pour l'ensemble des personnes ayant repris leur emploi après un accident de santé non lié au travail (quelle que soit les conditions de la reprise, puisque les croisements ne sont pas significatifs sur ce plan), on observe que **37% disent avoir reçu un accueil "moyen, mauvais ou très mauvais" de la part de leurs collègues**. Ce pourcentage est proche de celui observé pour les individus dont l'accident de santé est lié au travail.

Concernant l'accueil au retour de la part de l'employeur ou des supérieurs hiérarchiques, **la part des individus jugeant celui-ci mauvais ou moyen est moins élevée que celle observée pour les victimes d'accidents ou de maladies en lien avec le travail** (45% contre 55% observés lorsque le problème de santé est lié au travail).

¹⁸ Ceci s'explique en partie parce que c'est pour ce groupe que la part des individus travaillant seuls ("aucun salarié" signalé concernant la taille de l'entreprise) est la plus forte : 10,5% (6 individus sur 57), contre 5% chez les individus ayant repris leur emploi sans aménagement à la suite d'un problème de santé lié au travail (17 individus sur 326).

Tableau 23. Horaires, salaire et accueil au retour selon les conditions de la reprise du travail après un accident de la vie non lié au travail

Conditions de la reprise				
Personnes ayant repris leur travail dans la même entreprise après un problème de santé non lié au travail		même poste sans aménagement (44%) N=58	autre poste ou poste aménagé (56%) N=74	Total
Reprise avec des horaires identiques	oui	82,8%	38,4%	58,0%
	non	17,2%	61,6%	42,0%
Reprise avec une perte de salaire	oui	19,0%	40,3%	30,8%
	non	81,0%	59,7%	69,2%
Accueil des collègues au retour (NS)	très bon ou bon	62,7%	62,9%	62,8%
	moyen, mauvais ou très mauvais	37,3%	37,1%	37,2%
Accueil de l'employeur ou des supérieurs au retour (NS)	très bon ou bon	52,0%	56,5%	54,6%
	moyen, mauvais ou très mauvais	48,0%	43,5%	45,4%

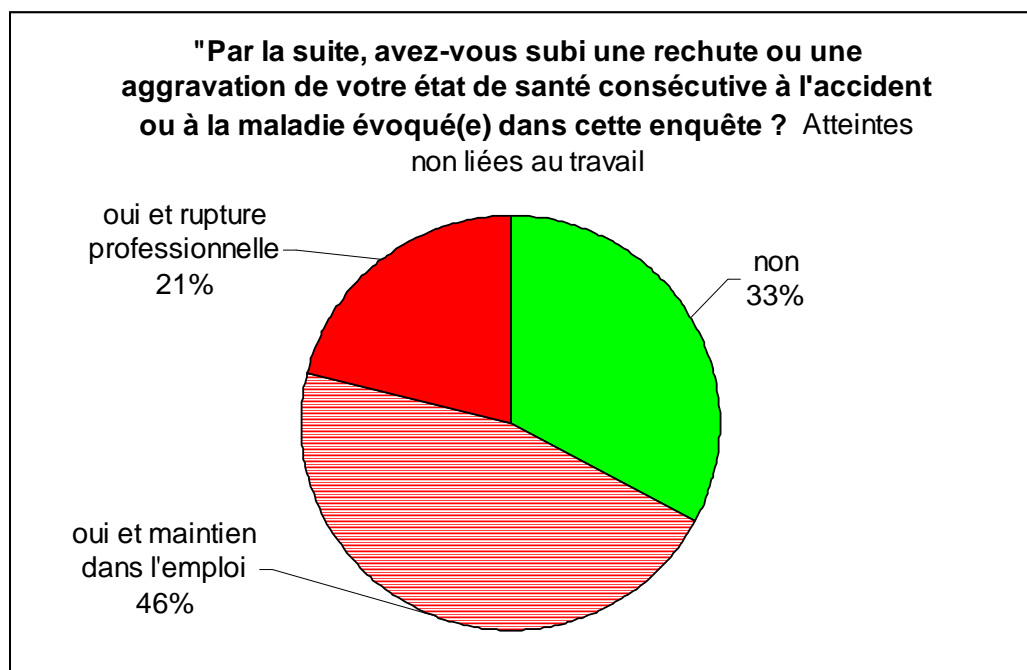
(NS) : non significatif

source : enquête FNATH 2011 – cabinet DL-EES

** Rechutes et risque de rupture professionnelle*

On observe des pourcentages comparables à ceux observés pour les problèmes de santé liés au travail concernant le risque de rechute ou d'aggravation de la santé après la reprise (66% du total de ceux qui ont repris le travail) et, avec lui, le risque de perte de l'emploi (21% du total de ceux qui ont repris le travail).

Figure 19. Rechute ou aggravation de l'état de santé par la suite pour les individus ayant repris leur emploi après une atteinte à la santé non liée au travail



223 – Rupture professionnelle et devenir à court terme

* *Motifs de rupture professionnelle*

Tableau 24. Motif de rupture professionnelle suite à un accident de la vie non lié au travail

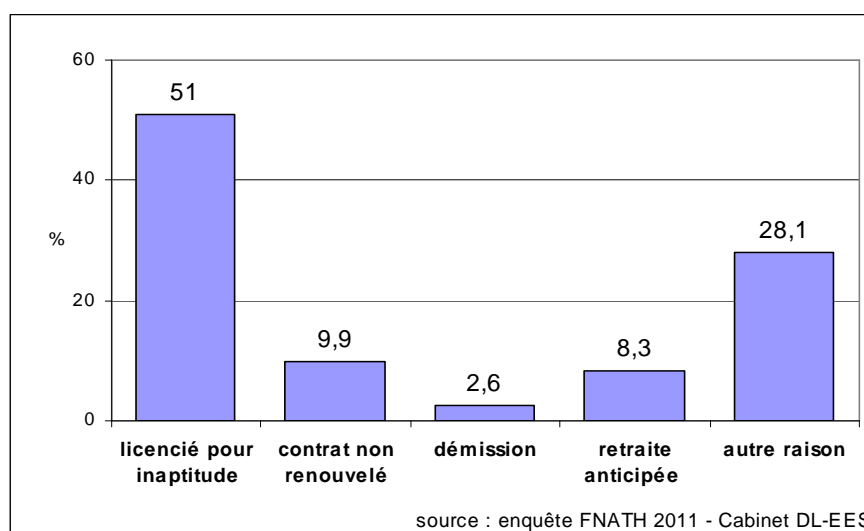
	Fréquence	%
licencié inaptitude	98	44,5
contrat non renouvelé	19	8,6
démission	5	2,3
retraite anticipée ou cessation anticipée d'activité	16	7,3
toujours en arrêt de travail	28	12,7
autre raison	54	24,5
Total	220	100,0

source : enquête FNATH 2011 – cabinet DL-EES

Dans 13% des cas, la raison de la non reprise du travail est due à un arrêt de travail toujours en cours. En excluant ces cas particuliers, on constate que **les licenciements pour inaptitude représentent 51% des motifs de rupture professionnelle à la suite d'un problème de santé non lié au travail**, soit une proportion inférieure à celle observée pour les individus dont le problème de santé est d'origine professionnelle (63% des motifs de rupture hors arrêts de travail toujours en cours). Ce constat est cependant à nuancer, l'étude des réponses en clair apportées par les répondants ayant choisi la modalité "autre raison" montrant en effet qu'une partie de ces réponses correspond à un licenciement pour inaptitude consécutif à une mise en invalidité (voir ci-dessous).

Les contrats de travail non renouvelés représentent 10% du total.

Figure 20. Modalités de la rupture professionnelle après un problème de santé non lié au travail chez les adhérents de la FNATH (hors personnes toujours en arrêt de travail)



On dénombre 52 réponses en clair apportées par des enquêtés ayant choisi la modalité "autre raison". L'analyse de ces réponses montre que près de 1 sur 2 fait état d'une mise en invalidité, cas de figure absent des modalités proposées. Certaines de ces personnes font état d'un licenciement pour

inaptitude, mais d'autres mentionnent un maintien dans l'effectif de l'entreprise, même si elles ne travaillent plus. Ainsi cette réponse :

'Je suis en invalidité 3^e catégorie. Mon employeur ne m'a pas licencié et je perçois une pension d'invalidité de la cpam, ainsi qu'une prestation prévoyance de mon entreprise. Je ne peux plus travailler

Femme née en 1963, ayant subi un accident de santé non lié au travail en 2002, employée de bureau (contrat de travail et secteur non renseignés)

Les autres réponses sont variées (dépôts de bilan et licenciements économiques, autres types de licenciement (amiable, abusif), reconversion, travailleurs indépendants).

** Description des situations de licenciement pour inaptitude consécutives à un accident de la vie non liés au travail*

Contrairement aux observations faites pour les individus ayant subi un problème de santé en lien avec le travail, on ne retrouve pas de sur-représentation des personnes souffrant de dorsalgie parmi les individus licenciés pour inaptitude à la suite d'un accident de la vie non lié au travail (tableau 25). Toutefois, la plus forte variété des problèmes de santé décrits comme non liés au travail (nombreuses réponses "autres") et le faible nombre d'observations ne permet pas d'affiner davantage les observations.

Tableau 25. Type de problème de santé chez les individus licenciés pour inaptitude et chez l'ensemble des victimes d'accidents de la vie non liés au travail

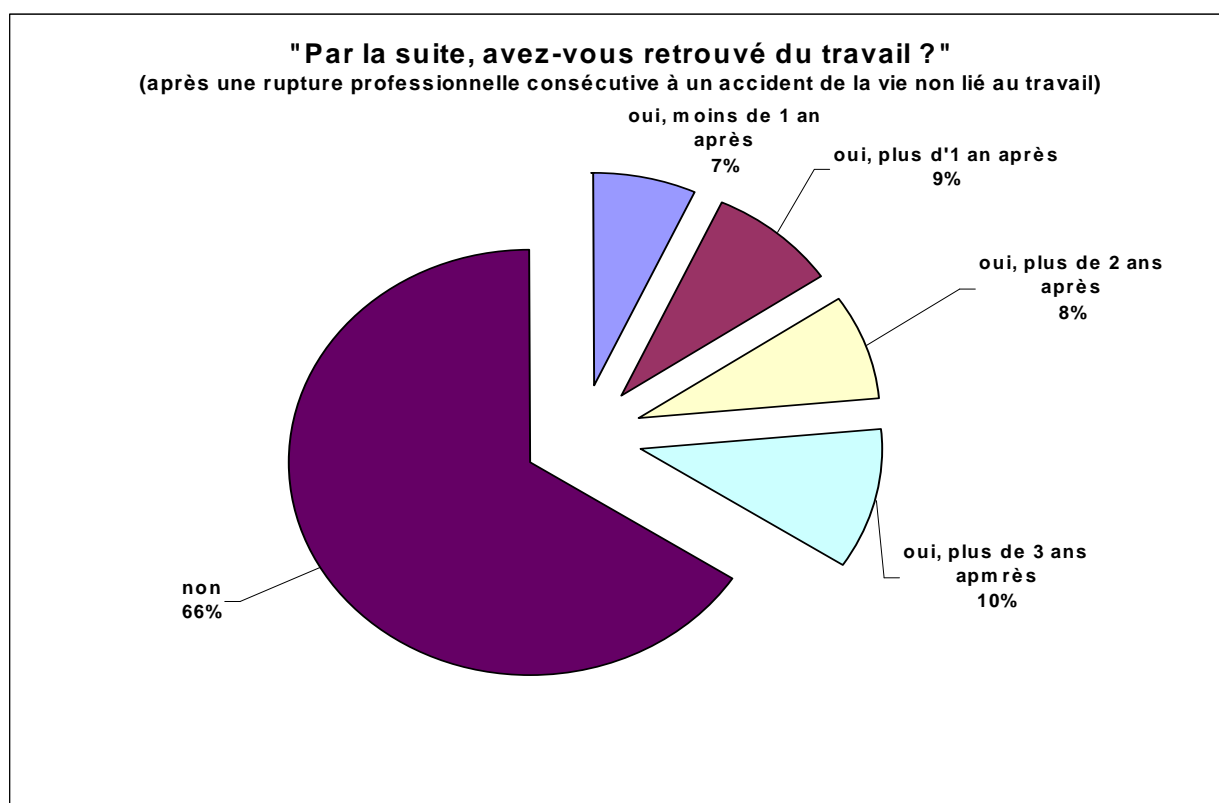
% col			
Problèmes de santé non liés au travail			
Type de problème de santé	Individus licenciés pour inaptitude	Individus n'ayant pas repris leur travail, hors licenciements pour inaptitude et hors arrêt de travail en cours	Total sous population
Problèmes de dos	39%	42%	33%
TMS	19%	20%	18%
Problème dépressif	19%	22%	17%
Fracture	13%	18%	17%
Amputation	0%	3%	3%
Cancer	8%	11%	7%
Autre maladie	35%	42%	37%
Autre problème de santé	33%	28%	38%

source : enquête FNATH 2011 – Cabinet DL-EES

** Devenir professionnel après la rupture*

Parmi les répondants ayant connu une rupture professionnelle suite au problème de santé non lié au travail qu'ils ont subi, **deux tiers n'ont pas retrouvé de travail par la suite**, proportion un peu supérieure à celle observée pour les atteintes à la santé d'origine professionnelle. Comme pour ces derniers, le délai mis à retrouver un emploi pour les autres peut être variable et long.

Figure 21. Retour à l'emploi après une rupture professionnelle consécutive à un problème de santé non lié au travail



	N	%
oui, moins de 1 an après	12	6,9
oui, plus d'1 an après	15	8,7
oui, plus de 2 ans après	14	8,1
oui, plus de 3 ans après	18	10,4
Non	114	65,9
Total	173	100

source : enquête FNATH 2011 – cabinet DL-EES

Sur les 59 personnes ayant retrouvé un emploi par la suite, 52 ont indiqué qu'elles avaient dû pour cela **changer de profession**, soit 88%.

La faiblesse des effectifs ne permet pas d'observer plus finement le lien entre le changement de profession et le délai mis pour retrouver un emploi (tri croisé non significatif).

23 – AIDES POUR LA REPRISE DU TRAVAIL APRES UN ACCIDENT DE LA VIE

Le questionnaire d'enquête comportait cinq questions sur les aides dont les individus avaient éventuellement bénéficié pour les accompagner dans ce retour au travail après un grave accident de santé. Trois dispositifs particuliers étaient évoqués : une aide financée par l'AGEFIPH, l'insertion de l'enquêté dans un dispositif de suivi individualisé de type CAP Emploi ou par un SAMETH (Service d'appui pour le maintien dans l'emploi des travailleurs handicapés), et une formation en cas de reconversion professionnelle. Ces trois dispositifs peuvent être liés entre eux et complémentaires.

Pour traiter ces questions, il nous a semblé plus pertinent de sortir de la distinction "lié au travail / non lié au travail" pour observer les réponses en fonction du type de maintien dans l'emploi décrit dans l'enquête.

Tableau 26. Aides pour la reprise du travail : AGEFIPH et SAMETH (ou CAP emploi)

% en colonne	Maintien dans l'entreprise après l'accident (N=649)	Retour à l'emploi après rupture suite à rechute (N=58)	Retour à l'emploi après rupture consécutive à l'accident (N=291)	Total répondants	(N)
Pour cette reprise du travail, l'AGEFIPH a-t-elle financé des aides pour vous ou votre employeur ?					
Oui	12 %	38 %	40 %	22 %	(216)
non, mais j'en aurais eu besoin	22 %	36 %	26 %	24 %	(243)
non, je n'en ai pas eu besoin	35 %	17 %	17 %	28 %	(283)
ne sait pas	31 %	9 %	17 %	26 %	(254)
Avez-vous bénéficié d'un suivi par un Service d'appui pour le maintien dans l'emploi des travailleurs handicapés (SAMETH) ou un CAP emploi ?					
Oui	10 %	21 %	32 %	17,5 %	(173)
non, mais j'en aurais eu besoin	25 %	42 %	32 %	28 %	(274)
non, je n'en ai pas eu besoin	52 %	28 %	24 %	42 %	(419)
ne sait pas	13 %	9 %	12 %	12,5 %	(124)

source : enquête FNATH 2011 – cabinet DL-EES

Tableau 27. Aides pour la reprise du travail : reconversion professionnelle

% en colonne	Maintien dans l'entreprise après l'accident (N=649)	Retour à l'emploi après rupture suite à rechute (N=58)	Retour à l'emploi après rupture consécutive à l'accident (N=291)	Total répondants	(N)
Avez-vous dû opérer un reconversion professionnelle après cet événement de santé ?					
Oui	31 %	79 %	75 %	46,5 %	(463)
Non	69 %	21 %	25 %	53,5 %	(533)
Avez-vous bénéficié d'une formation dans le cadre de cette reconversion ?					
Oui	35 %	56 %	64 %	51 %	(234)
non, mais j'en aurais eu besoin	41 %	31 %	18 %	29 %	(134)
non, je n'en ai pas eu besoin	24 %	13 %	18 %	20 %	(94)
Si oui, pouvez-vous nous indiquer le type de formation dont vous avez bénéficié ?					
une formation en centre de rééducation professionnelle	23 %	31 %	44 %	36 %	(86)
une formation financée par l'AGEFIPH	9 %	23 %	21 %	17 %	(42)
une formation du Conseil Régional	1 %	8 %	6 %	5 %	(12)
Un congé individuel de formation (CIF) ou DIF	11 %	8 %	5 %	7 %	(17)
Un autre type de formation	53 %	27 %	19 %	31 %	(74)
ne se souvient plus	3 %	4 %	5 %	4 %	(10)

source : enquête FNATH 2011 – cabinet DL-EES

Ces trois dispositifs peuvent être complémentaires et liés entre eux. Ainsi, parmi les bénéficiaires d'un suivi SAMETH ou CAP Emploi, 49% ont aussi bénéficié d'une aide de l'AGEFIPH (contre 22% au total) ; parmi les bénéficiaires d'une aide de l'AGEFIPH 39% ont aussi bénéficié d'un suivi SAMETH ou CAP Emploi (contre 17 % au total) ; parmi ces mêmes bénéficiaires d'une aide AGEFIPH, 65% ont aussi bénéficié d'une formation dans le cadre de leur reconversion professionnelle (contre 51% du total des personnes concernées par une reconversion).

CONCLUSION DU CHAPITRE 2

Dans l'enquête, **9 personnes sur 10 occupaient un emploi lors de la survenue de l'accident de la vie à l'origine de leur adhésion à la FNATH**. Parmi elles, **55% n'ont pas repris leur travail dans la même entreprise** après l'arrêt de travail qui a suivi l'accident. La perte de l'emploi consécutive à un accident de la vie est, dans l'enquête, un peu plus fréquente lorsque le problème de santé n'est pas lié au travail (59% de ruptures consécutives) que lorsqu'il est lié au travail (54%).

Parmi les répondants qui ont pu conserver leur emploi après la survenue du problème de santé, la reprise du travail s'est le plus souvent opérée sur un **poste aménagé ou sur un autre poste dans l'entreprise**. Ces reprises dans des conditions aménagées sont corrélées avec une plus grande gravité des atteintes à la santé. C'est aussi pour ces situations que le médecin du travail a davantage été vu dans le cadre d'une visite de reprise. Par ailleurs, c'est pour ces reprises du travail dans des conditions aménagées que l'on observe davantage de reprises accompagnées d'une perte de salaire et de modification des horaires de travail (les deux allant souvent de pair).

Le retour à l'emploi après un accident de la vie peut cependant être **de courte durée** : 1 individu sur 5 a en effet déclaré avoir perdu son emploi par la suite, du fait d'une rechute ou de l'aggravation de son état de santé consécutive à l'accident de la vie décrit dans l'enquête, et ce, que celui-ci soit d'origine professionnelle ou non.

Après un accident du travail ou une maladie déclarés en lien avec le travail, les **facteurs qui apparaissent associés au risque de perte de l'emploi toutes choses égales par ailleurs**, c'est à dire à caractéristiques individuelles, professionnelles et à types d'accidents de la vie comparables, sont les suivants : le fait d'être **ouvrier** (et non cadre), une **taille d'entreprise inférieure à 500 salariés**, un **contrat de travail précaire** (CDD ou intérim), le fait que le problème de santé soit **survenu il y a moins de 6 ans**, les **arrêts de travail très longs** (3 ans ou plus), le fait de ne pas avoir demandé de reconnaissance du problème en AT/MP (accidents du travail ou maladies professionnelles) et le fait d'avoir obtenu une **RQTH**.

Pour les personnes ayant perdu leur emploi après une atteinte à la santé d'origine professionnelle, dans plus de 6 cas sur 10, la rupture a été causée par un **licenciement pour inaptitude** (hors personnes toujours en arrêt de travail au moment de l'enquête).

A moyen terme, l'enquête montre que sur le total des adhérents de la FNATH qui ont déclaré avoir perdu leur emploi à la suite de l'accident de la vie qu'ils ont subi (qu'il soit ou non d'origine professionnelle), **62% n'ont pas retrouvé de travail par la suite** (hors personnes en arrêt de travail ou à la retraite au moment de l'enquête).

Pour ceux qui ont retrouvé du travail à la suite de cette rupture professionnelle, seule une minorité exerce le même métier qu'avant (15%). Les situations de réorientation professionnelle et de **reconversion** surviennent davantage lorsque le délai passé pour retrouver un emploi après la rupture professionnelle est long.

3 – ETAT DE SANTE GENERAL et RESSOURCES COMPENSATOIRES PERCUES EN 2011

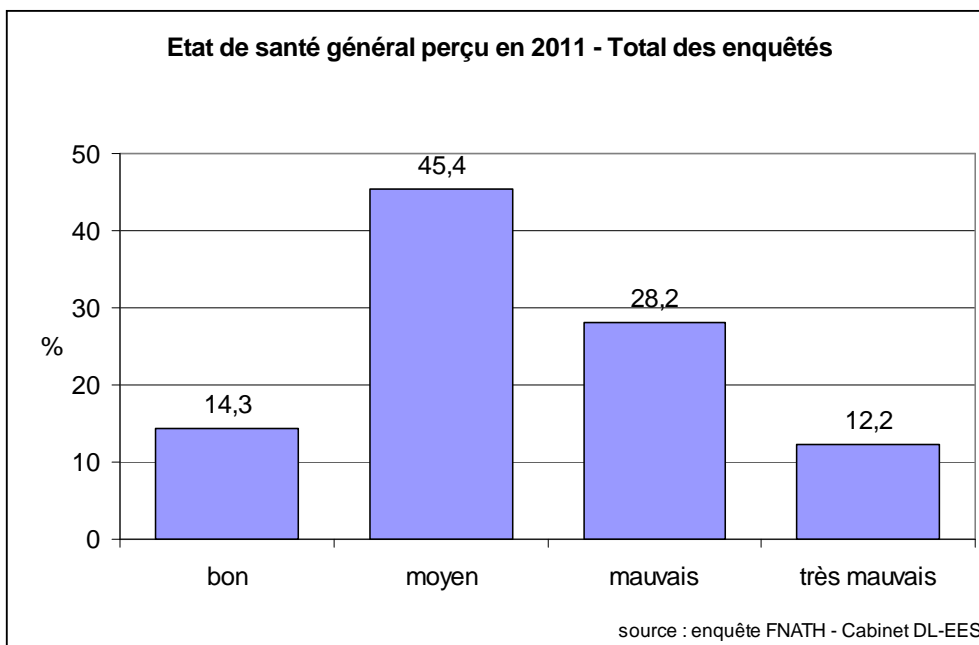
Chercher à mieux connaître ce que signifie "travailler et vivre après un accident de la vie" nous a conduit, dans la construction du questionnaire d'enquête, à poser de questions sur la situation à la date d'enquête concernant l'état de santé général et les aides financières perçues au titre de prestations compensatoires de situations de handicap.

Avant de voir dans quelle mesure ces indicateurs de l'état de santé et des aides financières perçues peuvent être reliés avec les différentes situations observées en terme de devenir professionnel des individus (chapitre 4), nous présentons ici de façon descriptive la situation des personnes enquêtées telle qu'illustrée par leurs réponses.

31 – UNE POPULATION EN MAUVAISE SANTE A LA DATE D'ENQUETE

Affectés par un accident de la vie que l'on sait particulièrement grave et invalidant, **les adhérents à la FNATH ayant répondu à l'enquête sont très majoritaires à déclarer un état de santé général actuel qui n'est pas bon** : 45% le jugent "moyen", 40% le jugent "mauvais ou très mauvais", et seulement 14% le jugent bon¹⁹.

Figure 22. Etat de santé général perçu en 2011 – Total des enquêtés



78% des répondants déclarent souffrir actuellement d'une **maladie ou d'un problème de santé chronique**, 18% répondent qu'ils n'en souffrent pas et 4% répondent qu'ils ne savent pas.

45% des répondants disent être **"fortement limités" aujourd'hui dans leurs activités quotidiennes "à cause d'un problème de santé ou d'un handicap"** ; 49% se disent "limités, mais pas fortement" ; seuls 5% des enquêtés répondent par la négative à cette question (et 1% ne savent pas).

¹⁹ Une infime partie – 17 individus – jugent leur état de santé "très bon. Nous les avons intégrés au groupe ayant choisi la modalité "bon" (N=266).

Il est difficile de lier les réponses apportées à ces questions sur la santé générale à l'accident de la vie décrit dans l'enquête, à partir du moment où l'état de santé général perçu en 2011 reflète l'intégralité d'une histoire individuelle, et ce d'autant plus lorsque l'accident de la vie est ancien.

En posant la question de la survenue, au cours du parcours, d'un ou de plusieurs "autres graves problèmes de santé" en plus de l'accident de la vie décrit dans l'enquête, on s'aperçoit que **le cumul de plusieurs problèmes de santé graves au cours des parcours concerne plus d'une personne sur deux dans l'enquête** : 29% des répondants ont ainsi eu, en plus de l'accident de la vie décrit dans l'enquête, un autre (au moins) grave problème de santé lié au travail dans leur existence ; 28% des répondants disent avoir subi un autre (au moins) grave problème de santé non lié à leur travail.

En regroupant les modalités de cette question, qui était à choix multiple, on constate que 25% des répondants déclarent avoir subi au cours de leur vie au moins un autre grave problème en lien avec leur travail, 24% déclarent avoir subi au moins un autre grave problème de santé au cours de leur vie, mais non lié au travail, et 4% déclarent avoir subi, en plus de l'accident de la vie décrit dans l'enquête à la fois un autre grave problème de santé lié à leur travail et un autre grave problème de santé mais non lié à leur travail.

Le cumul de plusieurs graves problèmes de santé au cours de l'existence s'observe pour tous les répondants à l'enquête, quel que soit le type d'accident de la vie survenu : que celui-ci soit un accident du travail, un accident de trajet, une maladie professionnelle ou une atteinte à la santé non liée au travail, plus d'une personne sur deux dit avoir subi au moins un autre grave problème en plus de celui décrit dans l'enquête (tableau ci-dessous).

On observe cependant des différences significatives selon le type d'accident de la vie déclaré. La survenue d'un autre grave problème de santé en lien avec le travail touche ainsi davantage des personnes ayant déjà subi un accident du travail ou une maladie liée au travail, reflétant une **poly exposition à de graves atteintes à la santé d'origine professionnelle**. On remarque cependant que la survenue d'un problème de santé lié au travail touche plus d'une personne sur dix parmi les répondants ayant adhéré à la FNATH après un accident de la vie non professionnel.

Le constat inverse s'observe pour la survenue d'un autre grave problème de santé non lié au travail : les répondants dont le problème de santé décrit dans l'enquête n'est pas lié au travail sont proportionnellement davantage concernés par ce genre de cumul : plus du tiers à chaque fois.

De nombreux commentaires apportés par les répondants en fin d'enquête illustrent l'enchaînement de plusieurs problèmes graves de santé, souvent liés entre eux (rechute, complication suite à une intervention chirurgicale, ...), aboutissant à des situations de handicaps lourds (voir chapitre 5).

Tableau 28. Cumul de l'accident de la vie décrit dans l'enquête FNATH avec un ou plusieurs autre(s) grave(s) problème(s) de santé survenu(s) au cours de la vie

Total répondants (% ligne)	Au moins un autre grave problème de santé :				Plusieurs graves problèmes à la fois liés avec le travail et non liés	Pas d'autre grave problème de santé		Total		
	lié au travail		non lié au travail			N	%			
Accident de la vie décrit dans l'enquête FNATH :	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
AT	258	28,0%	182	19,8%	50	5,4%	430	46,7%	920	100,0%
Accident de trajet	55	28,1%	49	25,0%	6	3,1%	86	43,9%	196	100,0%
MP / MCP	115	27,1%	89	21,0%	19	4,5%	201	47,4%	424	100,0%
Accident ou handicap non lié au travail	33	14,0%	82	34,9%	3	1,3%	117	49,8%	235	100,0%
Maladie non liée au travail	31	15,5%	73	36,5%	6	3,0%	90	45,0%	200	100,0%
Total	492	24,9%	475	24,1%	84	4,3%	924	46,8%	1975	100,0%

source : enquête FNATH 2011 – cabinet DL-EES

Si l'on ne tient compte que des individus n'ayant pas déclaré d'autres problèmes de santé graves en plus de l'accident de la vie décrit dans l'enquête, on observe que le croisement de la santé perçue en 2011 avec l'accident de la vie décrit dans l'enquête FNATH ne présente pas de différences significatives selon le type d'accident de la vie subi.

32 – PRESTATIONS COMPENSATOIRES DU HANDICAP PERCUES EN 2011

Le public des accidentés de la vie ayant répondu à l'enquête peut, dans sa très grande majorité, prétendre à une ou plusieurs aides destinées à compenser une situation de handicap :

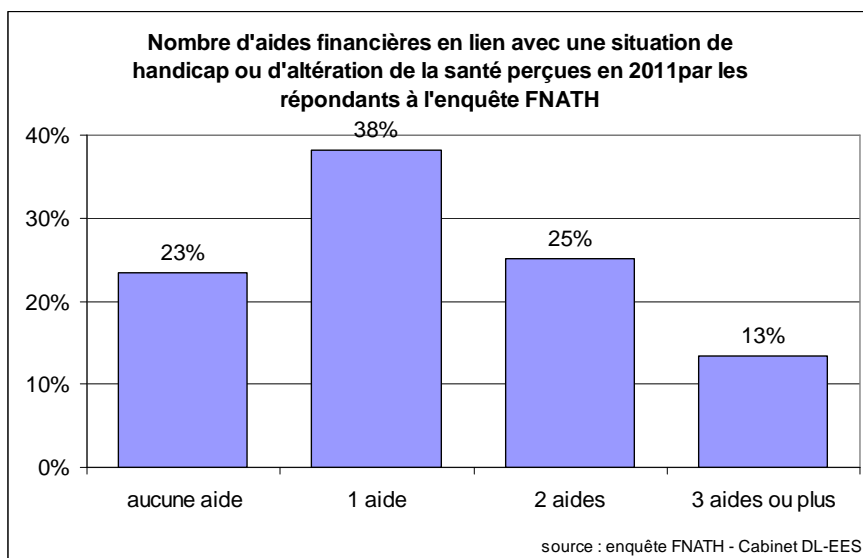
- Sur la totalité des répondants à l'enquête, **65%** ont obtenu la reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé (RQTH) à la suite de l'accident de la vie décrit dans l'enquête.
- Sur les individus dont l'accident de la vie d'origine professionnelle a été reconnu au titre des accidents du travail et maladies professionnelles (AT/MP), **84%** ont obtenu la reconnaissance d'une incapacité partielle permanente (IPP) pour les séquelles qui ont perduré à l'issue du processus de soin. Les taux obtenus sont importants : seulement 12% de taux inférieurs à 10% ; 34% sont compris entre 10% et 19% ; 33% sont entre 20% à 49% ; 14% sont entre 50% et 79% ; 7% sont supérieurs ou égaux à 80%.
- Sur les individus dont l'accident de la vie n'est pas professionnel, ainsi que sur ceux dont le problème de santé lié au travail n'a pas été suivi d'une reconnaissance en AT/MP (voir chapitre 1, §132), **68%** ont été reconnus en invalidité à la suite de l'accident décrit dans l'enquête. Là encore, les taux obtenus sont élevés : 26% sont inférieurs à 50%, 35% inférieurs à 80%.

On constate que la RQTH se combine avec les deux autres formes de reconnaissance de handicap : parmi les individus ayant eu une IPP reconnue suite au problème de santé décrit dans l'enquête, 66% ont été reconnus travailleur handicapé (TH) également ; pour les personnes reconnues en invalidité suite au problème de santé survenu, 75% ont aussi été reconnues TH.

321 – Description globale

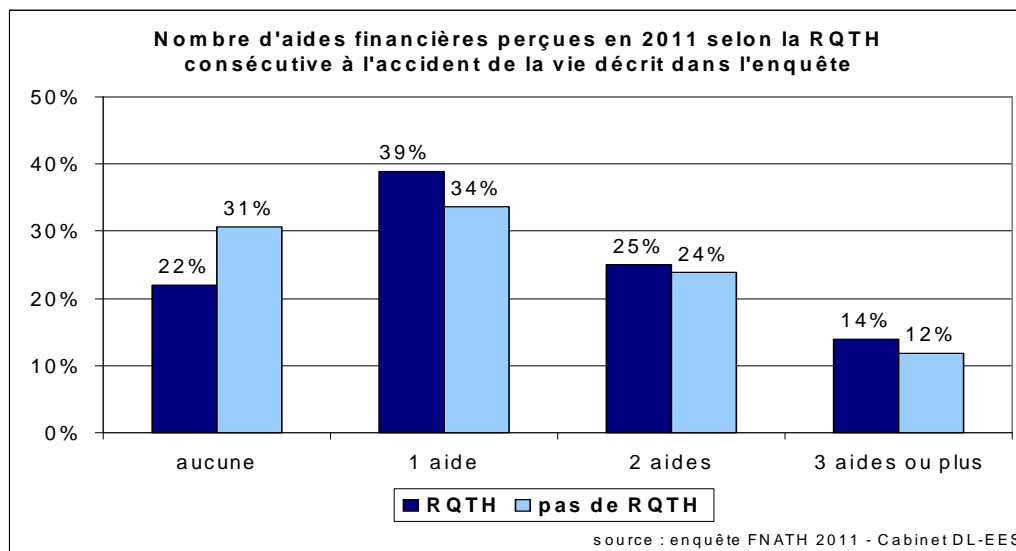
Globalement, **sur l'ensemble des répondants à l'enquête, un peu moins du quart (23%) ne perçoit aucune aide en 2011, 38% déclarent percevoir une seule aide (sur celles proposées dans le questionnaire), 25% en perçoivent deux et 13% en perçoivent trois ou plus.**

Figure 23. Prestations compensatoires du handicap : nombre d'aides perçues en 2011 (**total répondants**)



Il paraît logique de constater que le nombre d'aides perçues est plus important pour les personnes ayant obtenu la reconnaissance du statut de travailleur handicapé (RQTH) après le problème de santé décrit dans l'enquête : seulement 22% disent ne percevoir aucune aide financière (parmi celles proposées) en 2011, contre 31% des répondants non concernés par une RQTH (figure 24).

Figure 24. Nombre d'aides financières perçues en 2011 selon la RQTH consécutive à l'accident de la vie déclaré dans l'enquête



322 – Description par type d'aide

Les aides liées à une compensation de handicap sont variées, tant par le public concerné et par le type de handicap reconnu que par le mode de prestation proposée ou encore l'organisme qui les verse (voir [annexe V](#)). Certaines sont soumises à un critère d'âge, d'autres ne peuvent se cumuler entre elles. D'autres sont complémentaires, l'une succédant à l'autre (la PCH remplace l'ACTP depuis 2006). Il ne s'agit donc pas de chercher à les comparer les unes aux autres, mais de voir, d'une part, dans quelle mesure la population d'enquête est concernée par une ou plusieurs de ces aides, et d'autre part, comment celles-ci se combinent.

En tout, huit types d'aides étaient mentionnés dans l'enquête. On constate – logiquement, compte tenu des caractéristiques de la population d'enquête – que **la rente pour IPP est le type d'aide financière le plus souvent perçu par la population d'enquête** (cf colonne de droite du tableau ci-dessous).

Lorsque l'on regarde la part des personnes ne percevant qu'une aide pour chacune des aides mentionnées dans l'enquête, cela donne une idée des cumuls pouvant exister entre les différentes aides financières. Hormis la rente pour IPP, qui apparaît comme la seule aide touchée pour 44% des individus, les autres aides perçues sont très souvent cumulées avec d'autres, l'ACTP et la PCH en particulier.

Tableau 29. Nombre d'aides financières perçues en 2011 par type d'aide

Champ : pour chaque aide, total des répondants bénéficiant d'au moins ce type d'aide <i>% ligne</i>	Nombre d'aides perçues au total :			Nombre total de bénéficiaires dans l'enquête
	1 seule aide	2 aides	3 aides ou plus	
Rente pour IPP	44 %	37%	19%	1075
Pension d'invalidité	24 %	50%	26%	753

Allocation adulte handicapé (AAH)	20 %	29%	51%	204
Prestation de compensation du handicap (PCH)	7 %	24%	69%	205
Rente ou capital versé par une compagnie d'assurance (accident de la circulation)	18 %	39%	43%	179
Allocation compensatrice tierce personne (ACTP)	3 %	16%	81%	95
Aide ménagère à domicile	15 %	22%	63%	86
Allocation personnalisée d'autonomie (APA)	0 %	7%	93%	28

source : enquête FNATH 2011 – cabinet DL-EES

Dans le tableau 30 ci-dessous, les pourcentages indiquent la répartition des réponses obtenues sur le total des personnes "concernées" par chaque aide (les personnes ayant choisi la modalité "non concernés" sont exclus). Ceci donne à voir la part des aides non perçues à la suite d'un refus ou faute d'avoir été demandées (sous réserve que ce groupe ne se confonde pas avec les "non concernés"). C'est pour la demande de l'allocation adulte handicapé (AAH) que le taux de refus est le plus élevé (27%).

Tableau 30. Aides financières perçues en 2011. Part des bénéficiaires, des demandes refusées et des demandes non faites par type d'aide

Champ : Total des répondants, à l'exclusion des "non concernés" % ligne	Aide perçue		Aide non perçue car :				Total	
			refusée		demande non faite			
	%	(N)	%	(N)	%	(N)	%	(N)
Rente pour IPP	72%	(1075)	10%	(156)	18%	(269)	100%	(1500)
Pension d'invalidité	55%	(753)	16%	(216)	29%	(401)	100%	(1370)
Allocation adulte handicapé (AAH)	19%	(204)	27%	(297)	54%	(592)	100%	(1093)
Prestation de compensation du handicap (PCH)	20%	(205)	17%	(174)	63%	(648)	100%	(1027)
Rente ou capital versé par une compagnie d'assurance (accident de la circulation)	35%	(179)	19%	(94)	46%	(229)	100%	(502)
Allocation compensatrice tierce personne (ACTP)	10%	(95)	20%	(187)	70%	(643)	100%	(925)
Aide ménagère à domicile	10%	(86)	15%	(120)	75%	(617)	100%	(823)
Allocation personnalisée d'autonomie (APA)	5%	(28)	10%	(64)	85%	(517)	100%	(609)

source : enquête FNATH 2011 – cabinet DL-EES

CONCLUSION DU CHAPITRE 3

A côté du grave problème de santé qui les a fait adhérer à l'association, les enquêtés sont nombreux à avoir subi, au cours de leur vie, un ou plusieurs autres graves problèmes de santé. Le **cumul de plusieurs graves problèmes de santé au cours des parcours concerne en effet plus d'une personne sur deux dans l'enquête**. Cette situation touche davantage les accidentés du travail et les personnes souffrant de maladies liées au travail (reconnues en maladies professionnelles ou non), reflétant une **poly exposition à de graves atteintes à la santé d'origine professionnelle**.

En 2011, à la date d'enquête, **les adhérents de la FNATH ayant répondu à l'enquête sont très majoritaires à déclarer un état de santé général actuel qui n'est pas bon** : 45% le jugent "moyen", 40% le jugent "mauvais ou très mauvais", et seulement 14% le jugent bon.

78% des répondants déclarent souffrir d'une **maladie ou d'un problème de santé chronique** et 45% des répondants disent **être "fortement limités" aujourd'hui dans leurs activités quotidiennes à cause d'un problème de santé ou d'un handicap**.

En lien avec cet état de santé actuel jugé mauvais, l'enquête a montré que **plus des trois quarts des adhérents de la FNATH ayant répondu à l'enquête perçoivent, en 2011, au moins une aide financière** destinée à compenser une situation de handicap (de situation ou/et reconnue comme telle institutionnellement) ou un état de fragilisation de leur santé lié à l'accident de la vie subi : 38% déclarent percevoir une seule aide (sur celles proposées dans le questionnaire), 25% en perçoivent deux, 13% en perçoivent trois ou plus et **23% n'en perçoivent aucune**.

Compte tenu des caractéristiques de la population d'enquête, il n'est pas étonnant de constater que **la rente pour IPP est le type d'aide financière qui touche le plus la population d'enquête**.

Parmi les aides mentionnées dans l'enquête, l'ACTP et la PCH sont celles qui se trouvent le plus souvent cumulées à une autre aide financière perçue.

4 – TYPOLOGIE DES PARCOURS D'ADHERENTS DE LA FNATH OBSERVES DANS L'ENQUETE

Selon la situation au moment de la survenue de l'accident de la vie décrit dans l'enquête (en emploi ou non), puis, pour les individus qui étaient en emploi lors de la survenue du problème de santé, selon le devenir professionnel (rupture consécutive ou non), nous pouvons identifier quatre types de parcours d'adhérents à la FNATH ayant répondu à l'enquête :

- 1) **"Maintien dans l'emploi"** (Parcours A) : maintien dans l'emploi après l'accident de la vie. On compte 649 individus dans ce groupe, soit 32% du total
- 2) **"Rupture après rechute"** (Parcours B) : retour dans l'emploi après l'accident de la vie mais rupture professionnelle consécutive à une rechute ou une aggravation de l'état de santé. On compte 176 individus dans ce groupe, soit 9% du total.
- 3) **"Rupture immédiate"** (Parcours C) : non reprise du travail dans la même entreprise après l'accident de la vie. On compte 1023 individus dans ce groupe, soit 50% du total
- 4) **"Hors emploi"** (Parcours D) : personnes n'étant pas en situation d'emploi au moment de la survenue de l'accident de la vie. On compte 183 individus dans ce groupe, soit 9% du total.

Nous décrivons ci-dessous plus précisément les caractéristiques observées chez ces quatre groupes de répondants.

Nous reviendrons au § 42 sur les trois parcours A, B et C caractérisant les individus qui étaient en emploi lors de la survenue de l'accident de la vie pour observer, à l'aide d'une régression logistique, .

41 – DESCRIPTION DES INDIVIDUS DANS LES QUATRE PARCOURS IDENTIFIES

L'observation des caractéristiques des quatre groupes de répondants²⁰ mis à jour dans l'enquête selon leur type de parcours professionnel après l'accident de santé ayant motivé leur adhésion à la FNATH montre des profils d'adhérents particuliers.

** Des parcours caractérisés par le maintien dans l'emploi après l'accident de la vie : parcours de type A (N= 649)*

Ce groupe représente **32% des répondants** à l'enquête. Il est caractérisé par une proportion plus importante d'**hommes** que dans les autres sous-populations (76% vs 65,5% et 67% dans les parcours B et C). C'est pour ce parcours que l'on trouve la **population la plus âgée, avec des anciennetés d'adhésion à la FNATH les plus élevées.**

Ce parcours étant caractérisé par le maintien dans l'emploi, il est logique de constater que les individus de ce groupe sont nettement plus souvent **en activité aujourd'hui** que les trois autres sous-populations identifiées selon leur parcours (57% sont en activité en 2011, contre respectivement 26%, 24% et 21% pour les sous-populations concernées par les parcours B, C et D).

Les **accidents du travail** représentent plus de un accident de la vie décrits comme à l'origine de l'adhésion à la FNATH sur deux, proportion proche de celle observée pour les parcours B et C (51% et 48% d'accidents du travail).

Les accidents de la vie sont ici **moins invalidants** et laissent moins de séquelles aujourd'hui que pour les autres sous-populations. Cette sous-population est d'ailleurs proportionnellement la moins concernée par une RQTH.

²⁰ Caractérisation faite à partir de tris à plat réalisés pour chaque sous-population (filtrée selon les caractéristiques du parcours).

On compte dans ce groupe 42% d'ouvriers, contre respectivement 45% et 49% dans les sous-populations des parcours B et C. C'est ici que la proportion de **cadres** est la plus importante (12%, contre 9% et 8% pour les parcours B et C).

Cette sous-population est par ailleurs caractérisée par la plus forte sur-représentation de personnes employées en **CDI** (94%, contre 88% et 84% pour les parcours B et C) et travaillant dans le **secteur industriel** (42% contre 28% et 28% pour les parcours B et C).

34% travaillaient dans une **entreprise de plus de 500 salariés**, contre moins de 20% chez les deux autres sous-populations B et C.

Enfin, cette sous-population maintenue dans l'emploi à la suite de l'événement de santé décrit dans l'enquête FNARH déclarent un **état de santé perçu en 2011 meilleur** que les autres sous-populations et souffrent moins de problèmes de santé chroniques.

** Reprise du travail suivie d'une rupture pour rechute ou aggravation : parcours de type B (N=176)*

Dans ce groupe, qui représente **9% du total** des répondants, 2 personnes sur 3 sont des hommes, soit une proportion inférieure à celle observée pour les individus maintenus dans leur emploi (type A) mais comparable à celle observée pour les individus dont le parcours est de type C.

La classe d'âge des **55-64 ans** est la plus représentée dans cette sous-population (46%, contre respectivement 38%, 37% et 36% pour les sous-populations A, C et D).

Le niveau de diplôme CAP-BEP est la catégorie modale (41%), comme pour les sous-population A et C.

Dans la sous-population dont le parcours est de type B, 1 individu sur 4 (24%) est **actuellement au chômage**, proportion voisine de celle observée pour le parcours C, mais nettement plus élevée que pour les sous-populations concernées par les parcours de type A (5% sont au chômage) et D (13%).

C'est pour cette sous-population que la part des individus bénéficiant d'une **RQTH** est la plus élevée (78%, contre 56%, 70% et 60% pour les sous-populations A, C et D).

La **santé perçue en 2011 est mauvaise ou très mauvaise** pour 46% des individus (contre 30% dans la sous-population de type A) et 91% des individus déclarent souffrir d'une maladie chronique en 2011.

Dans cette sous-population, 41% des individus ont eu au **moins un autre grave problème de santé lié au travail au cours de leur vie**. Ce pourcentage, plus élevé que pour les sous-populations de type A et C, peut en partie s'expliquer par le fait que toutes les personnes dont le parcours est de type B ont connu une rechute ou une aggravation suite à l'accident de la vie décrit dans l'enquête.

Les secteurs du commerce et de l'hôtellerie-restauration, des services aux particuliers et de la construction sont sur-représentés au regard de sous-population de type A ; à l'inverse l'industrie est sous-représentée ici.

C'est pour cette sous-population que les entreprises de 50 à 499 salariés sont proportionnellement les plus représentées

** Rupture professionnelle suite à l'accident de la vie : parcours de type C (N= 1023)*

Pour les adhérents de la FNATH ayant répondu à l'enquête, avoir connu une rupture professionnelle immédiatement après la survenue de l'accident de la vie est une situation vécue par **1 personne sur 2** (50%). On retrouve dans ce groupe la même proportion d'hommes que dans la sous-population caractérisée par un parcours de type B (67%), inférieure à celle observée parmi les répondants ayant gardé leur emploi après l'accident de la vie.

Ce groupe est composé d'**adhérents plus récents** que dans les autres groupes (45% ont adhéré dans les 5 dernières années, contre respectivement 34%, 35% et 36% pour les parcours A, B et D) et **plus jeunes**. Du coup, il est logique de constater qu'il y a là le plus d'accidents de la vie récents.

Corrélativement, on retrouve dans ce groupe la proportion de personnes **en arrêt de travail à la date d'enquête** la plus élevée.

Cette sous-population s'illustre aussi par une proportion plus importante qu'ailleurs de **maladies professionnelles ou à caractère professionnel** (un individu sur 4 est concerné).

Comme pour les parcours de type B, les accidents de la vie décrits dans l'enquête par cette sous-population sont très invalidants et laissent des **séquelles** pour près de 9 personnes sur 10. **L'état de santé** à la date d'enquête est perçu comme "mauvais" ou "très mauvais" dans près de 1 cas sur 2 (47%).

C'est pour cette sous-population que la part des personnes n'ayant pas eu d'autre grave problème de santé au cours de leur vie est la plus forte, mais cette population étant plus jeune, ceci n'est pas surprenant.

On retrouve les mêmes secteurs que pour la population de type B. En revanche, la part de **contrats précaires** est la plus forte que pour la sous-population de type B (16% contre 12%).

** Population qui n'occupait pas un emploi lors de la survenue de l'accident de la vie : parcours de type D (N= 183)*

Cette sous-population est la plus féminine : 43% de femmes et 57% d'hommes. La part des classes d'âge les plus jeunes est la plus forte. Pour autant, on ne compte pas beaucoup plus d'adhérents "récents" que pour les sous-populations des parcours de type A et B.

Dans cette sous-population 35% des individus ont un diplôme de **niveau bac et plus**, proportion proche de celle observée pour les parcours de type B (34%), mais un peu supérieure aux parcours de type A et C (31%). A l'opposé, c'est aussi dans cette sous-population que l'on trouve la part la plus forte de personnes de **niveau inférieur au CAP** : 31% n'ont pas ce niveau d'études, contre respectivement 25%, 26% et 28% pour les parcours A, B et C (caractérisés par une plus forte part des niveaux CAP-BEP).

En 2011, au moment de l'enquête, 39% des individus de cette sous-population sont **retraités** (contre 32%, 28% et 24% chez les sous-populations A, B et C) et 20% sont **inactifs** (contre respectivement 2%, 15% et 13% pour les parcours A, B et C).

Pour plus de deux-tiers de cette sous-population (68%), l'accident de la vie décrit dans l'enquête n'est **pas lié au travail** (contre 15%, 16% et 18% pour les parcours A, B et C). Comme ces personnes n'étaient pas en emploi lors de la survenue de l'accident de la vie, on peut s'interroger sur les 32% (N=59) qui ont décrit l'accident de la vie comme étant un accident du travail (13%), un accident de trajet (3%) ou une maladie liée au travail (16%). On peut faire l'hypothèse d'une erreur de réponse sur la question relative à leur situation "au moment de la survenue" de l'accident de la vie, qui était posée postérieurement à celle portant sur l'accident de la vie, et qui a pu être interprétée comme "situation au moment de l'enquête". Il est aussi possible que des personnes relient un problème de santé à leur travail, même si elles se trouvaient sans emploi lors de la survenue du problème de santé.

C'est pour ce groupe que l'ancienneté de l'accident de la vie décrit dans l'enquête FNATH est la plus forte : près de 1 personne sur 2 signale une date de **survenue du problème de santé il y a plus de 20 ans**, contre respectivement 35%, 27% et 17% pour les parcours 1, B et C.

Les **séquelles** du problème de santé signalé sont encore **permanentes aujourd'hui** dans 85% des cas, et 60% des individus de ce groupe ont obtenu une **RQTH**. Plus de 1 personne sur 3 dans cette sous-population (37%) a subi au cours de sa vie un (au moins) **autre grave problème de santé non lié au travail**, contre moins de 30% dans les autres parcours.

42 – TROIS TYPES DE PARCOURS PROFESSIONNELS IDENTIFIES APRES UN ACCIDENT DE LA VIE : QUELS FACTEURS ENTRENT EN JEU DANS LE RISQUE DE RUPTURE PROFESSIONNELLE APRES UN ACCIDENT DE LA VIE ?

Le modèle de régression logistique polytomique ordonnée réalisé ici permet de voir quels sont les facteurs qui, toutes choses égales par ailleurs, jouent de façon positive ou négative sur la probabilité de passer d'un premier type A de parcours (maintien dans l'emploi) à un deuxième type B de parcours (reprise, suivie d'une rupture pour cause d'aggravation du problème ou d'une rechute) puis à un troisième type C de parcours (rupture immédiatement après le problème de santé)²¹. On suppose dans ce modèle qu'il existe un gradient de A vers B, puis C.

Dans ce modèle, la variable dépendante ("à expliquer") est la variable constituée des trois modalités de parcours A, B et C.

Les variables "explicatives" intégrées dans le modèle sont :

- des caractéristiques individuelles : sexe, âge, année d'adhésion à la FNATH, niveau de diplôme
- des caractéristiques de l'emploi occupé au moment de la survenue du problème de santé : CSP, contrat de travail, secteur d'activité, taille de l'entreprise
- des caractéristiques du problème de santé : type de problème de santé et reconnaissance institutionnelles (regroupés dans une variable synthétique), l'année de survenue, la description, la RQTH et des indicateurs de gravité du problème (séquelles laissées immédiatement après et encore aujourd'hui, arrêt de travail)
- des indicateurs sur l'état de santé en 2011 et sur d'autres éventuels graves problèmes de santé survenus au fil du parcours
- la perception de compensations financières liées au handicap en 2011 (nombre d'aides perçues)

Le tableau 31, pages suivantes, présente, dans la colonne de droite, les résultats de cette régression (odds ratios significatifs).

Les colonnes précédentes rappellent les caractéristiques observées pour chacun des trois types de parcours (pourcentages bruts, commentés au § 41).

Les colonnes grisées indiquent le nombre total d'individus concernés et les pourcentages observés par caractéristique pour la totalité des individus en situation d'emploi lors de la survenue de l'accident de la vie (champ A-B-C).

²¹ Cette partie statistique a été co-traitée avec le Cabinet *Aristat*.

Tableau 31. Trois types de devenir professionnel après un accident de la vie pour les adhérents de la FNATH ayant répondu à l'enquête. Description et résultats de la régression logistique

variable	modalité	champ A_B_C		en emploi au moment du problème de santé FNATH			Facteurs liés à la perte de l'emploi
		N	%	maintien dans l'emploi [A] (n = 649)	reprise suivie d'une rupture [B] (n = 176)	rupture prof suite au problème [C] (n=1023)	Odds ratios
Caractéristiques individuelles							
sexe	homme	1 266	69,8	76%	65,5%	67%	
	femme	548	30,2	24	34,5	33	
âge	inf 35 ans	58	3,3	2	3	4	
	35-44 ans	248	14,0	9	11	18	
	45-54 ans	617	34,7	36	34	34	
	55-64 ans	678	38,2	38	46	37	
	65 ans et+	176	9,9	15	6	7	
année d'adhésion	il y a 20 ans et+	373	20,8	31	20	15	
	il y a 10 à 19 ans	370	20,7	21	25	19	
	il y a 6 à 9 ans	328	18,3	14	20	21	
	dans les 5 dernières années	719	40,2	34	35	45	
diplôme	< CAP	487	26,8	25	26	28	ref.
	CAP-BEP	762	41,9	44	41	41	0,84 **
	Bac et+	569	31,3	31	34	31	
Emploi occupé lors de la survenue du problème de santé							
CSP	artisans-commerçants, agriculteurs	74	4,1	5	3	4	ref.
	ouvriers	831	45,8	42	45	49	2,17 **
	employés	394	21,7	21	23	22	
	techniciens, prof intermédiaires	340	18,8	21	20	17	
	cadres, chefs d'entreprise	174	9,6	12	9	8	
contrat de travail	CDI	1 385	87,8	94	88	84	ref.
	CDD, intérim ...	192	12,2	6	12	16	3,20 ***
secteur d'activité	agriculture	108	6,0	6	6,5	6	ref.
	industrie	604	33,5	42	28	29	
	construction	220	12,2	7	13,5	15	2,43 ***
	commerce, service aux particuliers	255	14,1	10	18	16	1,88 *
	autres services	617	34,2	35	33,5	34	
taille de l'entreprise	aucun salarié	73	4,0	4,5	3	4	ref.
	moins de 10	292	15,9	10,6	15	19	1,64 ***
	10 à 49	427	23,3	19	22	27	1,26 ***
	50 à 499	530	28,9	28	37	28	
	500 et+	440	24,0	34	19	18	0,42 ***
	nsp	70	3,8	4	4	4	
Description du problème de santé							
variable synthétique	AT reconnu	1 069	58,6	64	62	55	ref.
	AT-MP non reconnu(e)	142	7,8	5	7	9	
	MP reconnue	295	16,2	15	15	17	
	PB non prof + invalidité	253	13,9	11	13	16	
	PB non prof non invalidité	64	3,5	5	3	3	0,72 **
année de survenue	il y a + de 20 ans	431	24,2	35	27	17	ref.
	entre 10 et 20 ans	497	27,9	27	39	27	
	il y a moins de 10 ans	851	47,8	38	35	56	2,09 **
accident de la	accident de la circulation : oui	318	17,8	21	20	15	ref.

circulation	non	1 240	69,4	67	67	71	
	non concerné	230	12,9	11	13	14	1,76 **
description (choix multiple)	0	1 168	63,2				
	problèmes de dos	679	36,8	30	47	40	1,28 **
	0	1 339	72,5				
	TMS	508	27,5	24	32	29	
	0	1 781	96,4				
	cancer	66	3,6	3	4	4	
	0	1 579	85,5				
	problème dépressif	268	14,5	7	20	19	1,45 **
	0	1 809	97,9				
	affections liées à l'amiante	38	2,1	3	0,5	2	
	0	1 371	74,2				
	fracture(s)	476	25,8	31	27	22	0,63 ***
	0	1 705	92,3				
	amputation(s)	142	7,7	9	6	7	
0	1 579	85,5					
autre maladie	268	14,5	13	11	16		
0	1 651	89,4					
autre blessure	196	10,6	12	10	10		
0	1 469	79,5					
autre problème ou handicap	378	20,5	17	24	22		
reconnaissance statut TH	RQTH	1 199	66,3	56	78	70	ref.
	non	610	33,7	44	22	30	0,91 *
difficultés quotidiennes suite au problème de santé	oui, beaucoup	1 262	68,9	57	77	75	
	oui, un peu	510	27,8	38	21	23	
	non	56	3,1	5	2	2	
	nsp	4	0,2	0,3	0	0,2	
séquelles en 2011	oui, tout le temps	1 540	84,3	78	89	88	
	oui, de temps en temps	231	12,6	16,6	10	11	
	oui, rarement	43	2,4	4,5	0,6	1	
	non	13	0,7	1	0,6	0,5	
Arrêt de travail							
arrêt de travail	oui	1 748	95,7	93	97	97	ref.
	non	78	4,3	7	3	3	0,26 **
durée totale de l'arrêt	inférieure à 1 an	583	33,2	55	39	19	ref.
	de 1 à 2 ans	773	44,1	36	43	49	
	3 ans et+	398	22,7	9	18	32	8,19 ***
Santé perçue en 2011							
état de santé général	bon ou très bon	250	14,0	21	11	10	ref.
	moyen	806	45,1	49	43	43	
	mauvais ou très mauvais	730	40,9	30	46	47	1,69 *
maladie chronique	maladie chronique : oui	1 376	80,9	75	91	83	
	non	324	19,1	25	9	17	
être limité au quotidien	oui	1 675	94,7	93	94	96	
	non	94	5,3	7	6	4	
Autres graves problèmes de santé au fil du parcours							
(choix multiple)	0	1 252	69,9				
	oui, autre(s) grave(s) problème(s) de santé lié(s) au travail	538	30,1	33	41	28	0,47 **
	0	1 299	72,6				
	oui, autre(s) frave(s) problème(s) de santé non lié(s) au travail	491	27,4	29	28,5	28	0,63 *
0	949	53,0					
non	841	47,0	47	40,6	51	0,63 *	
Ressources compensatoires perçues en 2011							
nombre d'aides	aucune aide	499	26,6	25	20	26	ref.

1 aide	694	37,1	38	41	37	0,90 *
2 aides	453	24,2	28	26	23	
3 aides ou plus	227	12,1	10	13	14	1,33 *

Note : les odds ratios correspondent aux associations statistiques nettes des autres caractéristiques prises en compte dans le tableau. Seules les associations significatives sont présentées, leur degré de significativité (à 1%, 5% et 10%) étant précisé par les mentions « *** », « ** » et « * ». Pour chaque dimension explicative, la modalité de référence est indiquée dans le tableau avec la mention « ref. ».

Lecture : Parmi les individus en emploi au moment de l'accident, 25% de ceux qui ont gardé leur emploi (parcours A) sont sans qualification (niveau de diplôme inférieur au CAP-BEP), contre 26% et 28% respectivement pour ceux qui ont perdu leur emploi après une rechute et ceux qui n'ont pas repris leur emploi après l'accident. Le rapport de chance relatif (ou odds ratio), qui correspond, toutes choses égales par ailleurs, à la probabilité de passer d'un parcours de maintien dans l'emploi (type A) à un parcours de rupture suite à une rechute (type B) ou de passer d'un parcours de type B à un parcours de rupture immédiate après l'accident (non reprise, type C) lorsque l'on a un CAP-BEP plutôt qu'aucune qualification est significativement (à 5 %) inférieur à 1.

Champ : individus en emploi au moment de la survenue de l'accident de santé à l'origine de l'adhésion à la FNATH (n = 1873).
Source : enquête FNATH 2011 – Cabinet DL-EES

Pour les caractéristiques individuelles, les différences qui apparaissent de façon brute entre les trois parcours s'avèrent en fait médiatisées par d'autres caractéristiques. Toutes choses égales par ailleurs, seul joue négativement, et de façon plutôt significative, le **niveau de diplôme CAP-BEP**, qui apparaît comme un **facteur favorisant le maintien dans l'emploi**, par rapport à un individu moins diplômé.

Plusieurs caractéristiques de l'emploi occupé lors de la survenue du problème de santé jouent de façon significative dans le modèle. Toutes choses égales par ailleurs, le **risque de rupture professionnelle** à la suite d'un grave accident de santé est favorisé par différents facteurs : être un **ouvrier** (versus un travailleur indépendant), être **employé sur une base précaire** (CDD, intérim) (vs en CDI), travailler dans le **secteur de la construction** ou (dans une moindre mesure) dans le **commerce, la restauration et le service aux particuliers** (vs dans le secteur primaire), enfin, travailler dans une **très petite entreprise** (moins de 10 salariés) **ou une petite entreprise** (entre 10 et 49 salariés) (vs aucun salarié)

Concernant les caractéristiques du problème de santé subi, on observe que la gravité apparaît comme un facteur favorisant la probabilité de rupture professionnelle. Toutes choses égales par ailleurs, un accident de la vie qui a occasionné un **arrêt de travail égal ou supérieur à trois ans** présente huit fois plus de chances de perdre son emploi que lorsque l'arrêt de travail est inférieur à un an.

Les **problèmes survenus récemment** (il y a moins de 10 ans) sont significativement et positivement associés à un risque de **rupture professionnelle** toutes choses égales par ailleurs. On peut formuler ici l'hypothèse que ceci est pour partie révélateur d'un marché de l'emploi plus flexible, où le reclassement de salariés fragilisés dans leur santé ne se fait plus en interne (sur des postes "doux"), mais passe par le licenciement des individus. On peut aussi supposer qu'un certain nombre d'activités annexes au cœur de métier des entreprises se trouvent à présent de plus en plus souvent externalisées, ce qui limite les possibilités d'une reprise du travail lorsque les salariés gardent des séquelles après un grave problème de santé.

On observe que les **problèmes dépressifs** et, dans une moindre mesure, les **problèmes de dos**, sont associés positivement et significativement à un **risque de rupture professionnelle**. A l'inverse, toutes choses égales par ailleurs, un accident de santé se traduisant par une fracture apparaît statistiquement comme un facteur de maintien dans l'emploi après l'arrêt de travail. On peut penser qu'une fracture se répare, alors qu'un problème dépressif ou une dorsalgie peut devenir chronique et invalidant au fil des années ...

Ne pas avoir été reconnu en invalidité à la suite d'un problème de santé non lié au travail (vs avoir été victime d'un accident du travail reconnu) est significativement associé à une probabilité de ne pas perdre son emploi. Dans le même ordre, **ne pas avoir obtenu de RQTH** (vs l'avoir obtenue) apparaît, toutes choses égales par ailleurs, comme un facteur favorisant la **probabilité d'être maintenu dans son emploi**.

Indépendamment des autres facteurs, le fait de juger son état de santé général en 2011 "mauvais ou très mauvais" est associé positivement au risque d'avoir perdu son emploi après un grave accident de la vie, *versus* un état de santé actuel jugé "bon ou très bon".

Concernant les ressources compensatoires perçues en lien avec une situation de handicap, on constate que le **cumul de trois aides ou plus** (vs aucune aide perçue) apparaît comme un facteur positivement et significativement associé au **risque de perte de l'emploi** après un accident de la vie, toutes choses égales par ailleurs.

CONCLUSION DU CHAPITRE 4

Quatre types de parcours professionnels après la survenue d'un accident de la vie ont été identifiés dans l'enquête. Trois d'entre eux concernent des personnes qui étaient en emploi lors de la survenue du problème de santé ; le dernier type de parcours concerne une population qui a subi un accident de la vie alors qu'elle n'occupait pas d'emploi :

- Le parcours qui concerne le plus de répondants dans l'enquête est marqué par une **rupture professionnelle immédiatement après la survenue de l'accident de la vie**. **50%** des répondants se trouvent dans cette situation. La sous-population concernée par ce type de parcours est globalement caractérisée par des problèmes de santé survenus plus récemment que pour les autres sous-populations et de personnes plus jeunes. C'est là que la part des contrats précaires est la plus forte. Les maladies professionnelles ou à caractère professionnel sont proportionnellement les plus nombreuses dans ce type de parcours.
- Le deuxième parcours, par ordre d'importance numérique, concerne **32%** des répondants et est caractérisé, au contraire du premier, par le **maintien dans l'emploi après l'accident de la vie**. C'est dans ce groupe que la part d'hommes est la plus élevée (76% contre 66% et 67% dans les deux autres sous-populations en emploi lors de la survenue du problème de santé). On y trouve aussi la plus forte proportion d'accidents du travail, de personnes employées dans de très grandes entreprises (500 salariés en plus) et de cadres. Les problèmes de santé sont globalement moins invalidants (moins de séquelles), la part d'individus bénéficiant d'une RQTH est la plus faible et l'état de santé perçu en 2011 est meilleur que pour les autres sous-populations.
- Le troisième et dernier type de devenir professionnel caractérisant des personnes qui étaient en situation d'emploi lors de l'accident de la vie concerne **9%** des répondants. Il s'agit de personnes ayant **dans un premier temps repris leur emploi** après la survenue du problème de santé, mais **l'ayant perdu dans un deuxième temps, à la suite d'une rechute ou de l'aggravation de leur état de santé** en lien avec l'accident de la vie décrit dans l'enquête FNATH. C'est dans ce groupe que la part d'individus bénéficiant d'une RQTH est la plus élevée. Comme pour les deux parcours précédents, les ouvriers sont majoritaires, un peu plus représentés ici (49%).
- Le quatrième type de parcours identifié concerne les adhérents de la FNATH **dont l'accident de la vie est survenu alors qu'ils n'occupaient pas d'emploi**. Les questions relatives au devenir professionnel après l'accident, posées en référence à l'emploi occupé lors de la survenue du problème de santé, n'ont donc pas concerné cette sous-population. Ce groupe représente **9%** des répondants. Cette sous-population est nettement plus féminisée que les trois autres (43% de femmes). Les niveaux de formation inférieurs ou supérieurs au CAP-BEP y sont les plus représentés. Au moment de l'enquête, 39% des individus de cette sous-population sont **retraités** (contre respectivement 24%, 32% et 28% des trois groupes présentés ci-dessus) et 20% sont **inactifs** (contre respectivement 13%, 2% et 15%).

Une régression logistique polytomique ordonnée a été réalisée sur une variable représentant les trois types de devenir professionnel, gradués du maintien dans l'emploi à la rupture professionnelle, en passant par la situation d'une reprise suivie d'une rupture consécutive à une rechute.

Les facteurs qui jouent, toutes choses égales par ailleurs, avec le **risque de perte de l'emploi** sont globalement proches de ceux identifiés à partir du modèle de régression réalisé sur la sous-population des victimes d'accidents ou de maladies liés au travail (chapitre 2, § 211). Ils sont aussi plus nombreux, reflétant un nombre de variables explicatives entrées dans le modèle plus important. Ainsi, toutes choses égales par ailleurs, la gravité du problème de santé, la précarité du statut d'emploi occupé au moment de la survenue de l'accident de la vie, les entreprises de petite taille, les secteurs de la construction et du commerce, le fait que l'accident de la vie soit survenu récemment jouent de façon positive dans le risque de perte de l'emploi après un accident de la vie. On observe aussi que le bénéfice d'une RQTH, le cumul de trois aides financières ou plus en 2011 et, concernant le type d'atteinte à la santé, les problèmes dépressifs et les dorsalgies sont des facteurs associés au risque de perte de l'emploi, à gravité du problème et caractéristiques socioprofessionnelles des individus égaux.

5 – COMMENTAIRES RECUEILLIS A LA QUESTION FINALE

En tout, plus de **1300 personnes** ont apporté leurs commentaires à la fin de l'enquête, comme la question finale les y invitait.

Les thèmes récurrents qui ressortent de l'analyse des réponses en clair sont les suivants :

- des précisions sur l'importance du **temps long** dans les **processus d'altération de la santé** : cumul de maladies et d'accidents, longueur des procédures administratives de reconnaissance, ...
- des questions et des critiques concernant **la retraite** et la pénalisation engendrée par l'interruption prématurée de la carrière à la suite d'un accident de la vie
- les **difficultés vécues au quotidien** après l'accident, notamment la question de l'accès à un **logement** adapté
- l'expression de sentiments d'impuissance, de **grand isolement** et de **découragement** face à la situation vécue, souvent doublée d'une **critique des dispositifs institutionnels** censés aider les victimes d'accidents de la vie dans leurs démarches
- des messages de **reconnaissance envers la FNATH** et des messages **positifs** exprimant la satisfaction d'avoir géré une situation difficile et d'avoir été aidé pour cela
- des questions ou précisions apportées sur des **cas particuliers**

Quatre courriers postaux et un courriel nous ont en outre été transmis par la FNATH, qui les avaient reçus de la part d'adhérents désirant apporter un témoignage plus personnel en lien avec l'appel lancé par la FNATH pour répondre à l'enquête²². Les thèmes abordés par ces cinq personnes rejoignent ceux relevés parmi les réponses en clair : la retraite et les difficultés liées à la survenue d'un accident de la vie, le cumul de problèmes de santé au fil des années, l'isolement ressenti, les remerciements envers la FNATH.

Nous reproduisons ci-dessous quelques réponses en clair qui viennent illustrer les thèmes listés.

** **Le cumul de problèmes de santé** : processus d'altération de la santé conduisant à l'inaptitude*

"En 1988, j'ai eu une hernie discale niveaux 3,4,5. Depuis j'ai des problème avec mon bras droit (rupture du tendon du coude), reconnu en accident du travail en 2007 et, en plus, déchirure du biceps. Actuellement en arrêt du travail pour une rupture du tendon de l'épaule (maladie professionnelle du bras droit) depuis le 20 février 2010 (l'opération a eu lieu le 13 avril 2011).Maintenant je vais être inapte au poste de conducteur offset. Comment faire pour m'en sortir? Je demande vraiment de l'aide."

Homme né en 1955, victime d'un accident du travail en 1990, reconnu en AT, taux d'IPP inférieur à 10%. A adhéré à la FNATH la même année, ouvrier qualifié employé en CDI à temps plein dans le secteur de l'industrie (entreprise entre 20 et 49 salariés) au moment de l'AT.

→ A repris son travail au même poste, sans aménagement après l'AT de 1990. A subi une rechute par la suite mais sans rupture professionnelle consécutive.

« J'ai eu mon accident de travail en 1980. 30 ans après et 6 opérations après, mon état n'a cessé de se dégrader. Mon pouvoir d'achat ne fait que baisser bien que mon salaire soit resté le même, mais j'ai perdu toutes les primes et les déplacements que je faisais encore en 2000 et que je ne peux plus faire à cause de mon état. Aujourd'hui, à 54 ans, je ne vois pas mon avenir bien rose. Salutations distinguées ."

Homme, né en 1957. Victime d'un accident du travail en 1980, reconnu en AT avec taux d'IPP compris entre 20% et 50%, décrit comme "problèmes de dos" et "TMS". RQTH. Ouvrier qualifié employé en Cdl à temps plein dans le secteur de l'industrie (entreprise de plus de 500 salariés) au moment de l'AT.

→ A repris son travail à un autre poste de travail. Rechute non suivie d'une rupture professionnelle par la suite.

²² Une lettre a été adressée par une adhérente indiquant qu'elle "aurait bien voulu consacrer du temps pour répondre au questionnaire (...) mais que "malheureusement [elle] n'a pas Internet".

* **La retraite** : pénalisation lorsque la carrière est interrompue à cause d'un accident de la vie ; pénalisation si l'accident est un accident de trajet

"La nouvelle réforme des retraites me pénalise ; j'aurais pu partir à 60 ans à la retraite dans le cadre du dispositif "Carrières longues". Hélas, dans ce dispositif, ce sont uniquement les trimestres cotisés qui sont retenus. Il faut 165 trimestres cotisés pour l'année 1953 et moi je n'en ai que 157 cotisés par mon travail (de 1970 à 2008). Ces 8 trimestres manquants sont à cause de mon chômage récent donc à cause de cet accident. (...) Ayant 20% d'IPP je n'ai même pas droit à la retraite anticipée pour pénibilité car les accidents de trajet ne sont pas pris en compte dans ce dispositif."

Femme, née en 1953, victime d'un accident de trajet en 2008, licenciée à la suite de l'accident. IPP reconnue et rente versée jusqu'à ses 60 ans par l'assurance du tiers responsable ("qui déduit la créance de la rente AT versée par la CPAM")
(courrier postal adressé directement à la FNATH)

"Je vous envoie ce mail pour compléter les informations de l'enquête de la FNATH sur les conséquences d'un accident du travail. Je viens de recevoir un relevé de carrière de la caisse de retraite et je m'aperçois que les IJ de mes deux années d'arrêt de travail faisant suite à mon accident du travail valident seulement des trimestres et ne comptent pas comme des années de référence salariale (alors qu'à cette période, j'étais dans de très bonnes années de salaire).

Salariée dans le privé, je dois donc faire référence à 25 ans de salaire (et non plus 10).

Ces 2 années viennent donc me pénaliser fortement, d'autant plus que suite à cet accident, j'ai définitivement perdu mon métier (lié à une aptitude physique) et que je n'ai jamais retrouvé un niveau de salaire d'avant l'accident. Je n'obtiendrai donc jamais ces 25 années de référence (accident à 44 ans, donc en pleine confirmation de carrière) déjà amputées par ces 2 années d'IJ.

Je tenais à vous signaler cette conséquence d'un AT, encore plus grave pour une personne en arrêt pendant des années ...

Vous remerciant de transmettre au service de cette enquête,
Cordialement."

Femme, par courriel

« Je rencontre beaucoup de suspicion quant à mon état de santé. Un manque de reconnaissance évident de l'administration qui fait tout afin de se soustraire à ses obligations envers ses salariés. Etant toujours en arrêt de travail et en attente de la troisième contre-expertise, je constate également un combat entre les assurances (celle de mon adversaire mais aussi la mienne), dont je fais encore les frais. Je devrais être en retraite en novembre 2011 et j'ai le sentiment que le ministère de l'intérieur joue la montre pour se soustraire à ses obligations de compenser mes handicaps. Ma situation est restée figée à ce jour, alors qu'en activité j'aurais pu espérer une promotion. »

Homme, né en 1954, victime d'un accident de trajet en 2008, a adhéré à la FNATH en 2009. Accident reconnu ET avec IPP (taux non renseigné). Pas de RQTH. Description des problèmes de santé : dos, TMS, problème dépressif. Employé de la fonction publique dans le secteur des services à temps plein au moment de l'accident.

→ N'a pas repris son travail par la suite/

* **Le logement** : difficultés engendrées par la survenue d'un accident de la vie (perte du logement de fonction, temps d'attente, ...)

"55 ans, 67% d'i.p.p !, je ne peux plus travailler. Je suis actuellement en soins. Il semblerait que le 100% accordé est un faux 100%, car je paye! Suite à mon licenciement, j'ai dû quitter le logement de fonction (accessoire à mon contrat de travail). Depuis, je suis sdf. Pourtant, dès l'année 2000, en raison des tracas causés par mon employeur, je m'inscrivais sur la liste des demandeurs de logements sociaux. A ce jour (soit plus de onze ans plus tard), la mairie de Paris ne m'a fait aucune proposition!. Très récemment, l'adjoint au maire m'a proposé une maison pour handicapés en m'expliquant qu'après deux ans de placement en centre pour handicapés, ma demande de logement social avancerait plus vite!!! Cette proposition n'était pas ma demande et elle était inadéquate à mon problème de logement, inappropriée à ma situation sociale, et inadaptée à mon projet de vie. Il n'est pas acceptable de prendre la place d'une personne en demande pour cette aide particulière dont je n'avais pas besoin. Auriez-vous la gentillesse d'expliquer à cet élu la loi du 11 juillet 2005 ? Merci

Femme, née en 1956, victime d'un accident du travail en 2001, décrit comme "autre problème" : "stress post-traumatique extrêmement sévère" et "problèmes dépressifs". Accident reconnu en AT avec un taux d'IPP compris entre 50% et 80%. Pas de RQTH. Ouvrière non qualifiée employée en CDI à temps plein dans le secteur du commerce et de l'hôtellerie-restauration dans une entreprise de moins de 10 salariés au moment de l'AT.
→ N'a pas repris son travail après l'accident.

* **Difficultés au quotidien** : *précarité financière* « Je suis en cours de rupture conventionnelle de contrat de travail, à la demande de mon employeur qui considère mes arrêts de travail comme trop fréquents. Je vais être indemnisée à compter d'octobre par les assedic (perte de plus de 30% de salaire). »

Femme (âge non renseigné), victime d'une maladie déclarée d'origine professionnelle en 2005, adhésion à la FNATH en 2011. La maladie n'a pas fait l'objet d'une demande de reconnaissance en MP. Pas de reconnaissance en invalidité, pas de RQTH. Description des problèmes de santé : dos, TMS, problème dépressif. Cadre de la Fonction Publique au moment de la survenue de la maladie.
→ A repris ses fonctions au même poste de travail, avec aménagement du poste. Rechute ou aggravation par la suite se soldant par la perte de l'emploi.

« Agée de 54 ans je pense que je vais arriver à la retraite sans retrouver de travail. Je dois continuer à subir les contrôles et humiliations de pole emploi (stages pratiques non rémunérés, comment faire un c.v etc..). Je rencontre des problèmes financiers et j'ai de faibles revenus, ce qui entraîne des difficultés supplémentaires pour les accès couteux à la santé et des difficultés pour changer de logement sans fiche de paie malgré l'insalubrité (humidité mauvaise pour mes problèmes pulmonaires). Merci à la fnath pour son aide. »

Femme, née en 1957. Maladie liée au travail survenue en 1995. Adhésion à la FNATH en 1996. Pas de déclaration en MP. Reconnaissance en invalidité (taux compris entre 50% et 80%). RQTH obtenue. Description du problème de santé : dos, problème dépressif. Ouvrière qualifiée employée en CDI à temps plein dans le secteur de l'industrie (entreprise de plus de 500 salariés) au moment du problème de santé.
→ N'a pas repris son travail à la suite de la maladie.

* **Isolement, sentiment d'impuissance ; Critiques sur des dispositifs particuliers**

« A ce jour je suis très limitée dans tous les domaines et je n'ai plus d'espoir au niveau professionnelle vu le statut réservé aux personnes reconnues travailleurs handicapés dans notre société, beaucoup de promesses, mais peu d'efficacité dans la réalité. Les mdph ne sont pas compétentes et n'ont pas de vrais moyens d'insertion. Elles n'ont pas une réelle connaissance des handicaps. »

Femme née en 1956, victime d'un accident du travail (date et reconnaissance inconnues), décrit comme "problèmes de dos", "TMS" et "autre maladie" : "fibromyalgie". L'accident a donné lieu à une reconnaissance en invalidité. RQTH obtenue. Employée de commerce / personnel de service (contrat de travail non renseigné) dans le secteur des services au moment du problème de santé.
→ N'a pas repris son travail à la suite de l'accident signalé. (rechute non signalée).

'A ce jour, j'ai perdu beaucoup : je n'ai plus d'amis, plus le moral, plus de travail et personne ne m'aide à en trouver, plus d'argent car je touche 10,45 euros/jour en ass et lorsque je les touche, ils tombent dans un gouffre sur mon compte. La rente que je perçois me sert à m'acheter des quantités de plantes antidouleurs, car, à force, j'ai eu un ulcère à l'estomac à cause des anti inflammatoires et j'étais devenu dépendant à la codéine (dérivé de l'opium). Les étapes suivantes seront sans nul doute dans un avenir très proche, la vente de ma vieille voiture, la coupure du téléphone et d'internet. Après cela, et bien je serai coupé du monde et nous deviendrons, avec ma femme, deux marginaux de plus. Même la MDPH ne met pas de la bonne volonté car cela va faire dans 15 jours, 4 mois que je leur ai envoyé toutes les pièces de mon dossier. Mais, apparemment, ils ont tout leur temps alors que, nous, pendant ce temps, nous essayons de survivre. Voilà ma situation telle qu'elle est aujourd'hui : pas brillante. ».

Homme, né en 1958. Victime d'une maladie professionnelle en 2005, reconnue MP par la Sécurité sociale avec un taux d'IPP compris entre 20% et 50%. RQTH. Description du problème : "TMS". A adhéré à la FNATH en 2006. Ouvrier qualifié employé en CDI à temps plein dans le secteur de l'industrie, dans une entreprise employant entre 20 et 50 salariés au moment du problème de santé.
→ N'a pas repris son travail après le problème de santé (rechute non renseignée).

»Je vis au jour le jour, je ne peux plus faire de projets sans que ceux-ci ne soient toujours remis en cause par mon état de santé. Comme je n'ai pas d'avenir professionnel et pas

d'indépendance financière, il m'est difficile de fonder une famille. Mes liens sociaux se sont détériorés car il y a un décalage entre mon aspect physique et mes réelles capacités physiques. Je subis le manque de reconnaissance et de compréhension autour de moi."

Homme, né en 1980, atteint d'une maladie signalée en lien avec son travail en 2006, "problèmes de dos", non reconnue en maladie professionnelle suite à un refus. RQTH Adhérent de la FNATH depuis 2010. Ouvrier qualifié employé en CDI à temps plein dans le secteur de la construction (entreprise entre 50 et 200 salariés) au moment de la survenue du problème de santé.

→ A repris son travail à un autre poste dans la même entreprise. A perdu son emploi par la suite à cause d'une rechute ou aggravation liée à la maladie de 2006.

« Je m'inquiète énormément sur mon avenir familial social et professionnel. En effet, j'ai perdu énormément de temps auprès de cap emploi qui m'a très mal orientée. Suite à mon licenciement pour inaptitude du 8 janvier 2011 et ma reconnaissance de travailleur handicapé, on ne m'a dirigé vers cap emploi qu'au mois de mai 2011. Mon prochain rendez-vous sera pour début septembre (pour envisager un stage sur le retour vers l'emploi afin d'accepter la situation de travailleur handicapé). Actuellement, je suis en arrêt de travail pour début de dépression jusqu'à fin août. On se sent vraiment très seule et abandonnée."

Femme, née en 1957, victime d'un accident non professionnel en 2009, a adhéré à la FNATH en 2010. Non reconnue en invalidité ; RQTH obtenue. Employée de commerce / personnel de service, employée en CDI à plein temps dans le secteur des services, dans une entreprise de moins de 10 salariés.

→ N'a pas repris son travail après l'accident (rechute non renseignée).

* **Reconnaissance envers la FNATH et messages positifs**

« 10 ans pour obtenir réparation du fait de l'employeur qui faisait appel sur appel sauf en cassation. Merci à la fnath. »

Homme, né en 1934, victime d'un accident du travail en 1985 : fracture et TMS. Reconnu en AT, taux d'IPP entre 20% et 50%, RQTH suite à l'AT. A adhéré à la FNATH en 1986, ouvrier qualifié employé en CDI à temps plein dans le secteur des services (entreprise de moins de 10 salariés) au moment de l'AT.

→ N'a pas repris son travail après l'AT.

« 63 ans, toujours en activité et, tous les jours, je me dis qu'il y a plus malheureux que moi!! Heureux d'avoir connu la fnath, que je soutiens toujours!!! »

Homme né en 1948, victime d'un accident de trajet en 2000 : "problème de dos", "fracture", "autre blessure" : "grave traumatisme crânien---perte de mémoire---difficulté à mémoriser accouphènes permanentes---difficulté à la mastication suite à l'atteinte du ménisque gauche de la mâchoire". A adhéré à la FNATH depuis 2001. Accident reconnu en AT avec taux d'IPP compris entre 20% et 50%. Pas de RQTH. Cadre d'entreprise employé en CDI à temps plein dans le secteur "autres services", au sein d'une entreprise de 500 salariés ou plus.

→ A repris son travail avec aménagement du poste de travail après l'accident. Pas de rechute.

'Je souffre de fibromyalgie, je ne travaille plus depuis plusieurs années. Donc mon état n'est plus le même. Je gère beaucoup mieux la fatigue et la douleur. Je suis présidente d'une association de fibromyalgiques depuis 1998, c'est une véritable thérapie que d'aider les autres.

Femme, née en 1951, souffrant d'une maladie dont l'origine n'est pas liée au travail survenue en 1976. Reconnue en invalidité (taux compris entre 50% et 80%). RQTH. Employée de la Fonction Publique dans le secteur des services au moment de la maladie, dans un service comprenant entre 50 et 200 employés.

→ A repris son travail au même poste sans aménagement. A subi par la suite une rechute ou une aggravation de son état de santé qui s'est traduite par la perte de l'emploi.

CONCLUSION GENERALE

L'enquête présentée dans ce rapport permet de porter un regard sur une population jusqu'ici inconnue au plan statistique : la population des adhérents de la FNATH. Cette population est composée d'individus victimes d'un accident de la vie suffisamment grave et/ou invalidant pour qu'elles décident d'adhérer à une association comme la FNATH.

Les "accidents de la vie" décrits dans cette enquête sont pour la plupart liés avec le travail, et ce à deux niveaux. D'une part, parce que, dans 9 cas sur 10 dans l'enquête, l'accident de la vie est survenu alors que leurs victimes étaient en situation d'emploi. D'autre part parce que, pour 78% des répondants, l'accident de la vie décrit est déclaré comme étant en lien avec leur travail (un accident du travail, un accident de trajet, une maladie liée au travail, qu'elle soit ou non reconnue comme maladie professionnelle).

Au regard de données de cadrage externes, la population des adhérents de la FNATH ayant répondu à l'enquête ne peut être considérée comme représentative de populations de victimes d'accidents de la vie par ailleurs identifiées via des données ou enquêtes disponibles.

Concernant les victimes d'accidents du travail et de maladies professionnelles, la population des adhérents de la FNATH semble en effet sur-représentée en cas particulièrement graves et invalidants, d'une part, et particulièrement bien pris en charge au titre des AT/MP, d'autre part. La part des IPP reconnues et les taux attribués sont élevés et le nombre de procédures de reconnaissance en faute inexcusable de l'employeur est non négligeable. S'il est difficile d'avoir des indicateurs nationaux précis sur ces aspects de la prise en charge, on peut dire que les adhérents de la FNATH ayant répondu à l'enquête sont probablement à la fois davantage concernés du fait de la gravité des accidents ou maladies survenus, mais aussi du fait d'une information et d'un soutien fournis par la FNATH.

Pour les adhérents de la FNATH ayant subi un accident de la vie dont l'origine n'est pas liée au travail dans l'enquête, la part de ceux qui ont été pris en charge en invalidité et les taux obtenus sont également particulièrement élevés, pour les deux mêmes raisons que celles évoquées pour les victimes d'accidents du travail et de maladies professionnelles. Ces deux raisons – gravité du problème de santé et soutien de la FNATH, "association des accidentés de la vie" – sont d'ailleurs probablement liées.

C'est donc auprès d'une population d'accidentés de la vie particulièrement atteints dans leur corps et dans leur parcours et ayant fait la démarche d'une adhésion à la FNATH (doublée d'une participation volontaire à une enquête mise en ligne sur le site de l'association) qu'a porté cette enquête.

Les résultats mettent en avant ce que l'on peut considérer comme une "triple peine" vécue par la majorité des adhérents de la FNATH accidentés de la vie ayant répondu à l'enquête.

Une peine physique, en premier lieu, avec des accidents de la vie graves, qui laissent encore à la date d'enquête des séquelles douloureuses et quotidiennes à leurs victimes et dont le handicap constitué est reconnu institutionnellement dans 2 cas sur 3, via une RQTH.

Une peine financière ensuite, avec certes des accidents de la vie bien pris en charge au plan institutionnel, au titre des accidents du travail et maladies professionnelles pour les atteintes à la santé d'origine professionnelle, et via la reconnaissance d'une invalidité pour les atteintes à la santé dont l'origine n'est pas liée au travail, mais dont on sait que les prestations financières perçues alors sont loin de compenser la perte de salaire causée par la perte de l'emploi occupé auparavant.

Une peine sociale enfin, par la rupture professionnelle et le risque de désinsertion du marché de l'emploi consécutifs à la survenue d'un grave accident de santé survenu au fil du parcours professionnel.

Les nombreux commentaires apportés par les enquêtés en fin de questionnaire viennent illustrer la façon dont la rupture professionnelle s'est inscrite, pour bon nombre de répondants, dans des processus de précarisation dans le long terme. Ces processus de précarisation peuvent aussi se décliner aux trois niveaux de "peine" évoqués ci-dessus, dépassant l'analyse des données

statistiques pour ouvrir vers de nouvelles pistes d'étude : une précarisation financière, avec notamment la question des retraites et des discriminations ressenties par les accidentés de la vie ayant dû s'arrêter de travailler plusieurs années ; une précarisation sociale, avec des difficultés vécues au quotidien, les problèmes de logement, les divorces ...; et une précarisation de la santé, accentuée par le cumul au fil des années de rechutes, de nouveaux accidents, de complications médicales. Ces commentaires, dont seule une infime partie est présentée dans ce rapport compte tenu de leur nombre, sont autant de témoignages qui invitent à prendre en compte cette temporalité longue des parcours pour proposer des pistes d'action de santé publique, sans attendre trop longtemps après la survenue de l'accident de la vie.

Comme tout dispositif de recherche, l'enquête présentée ici comporte des limites. Les adhérents de la FNATH n'ayant pas accès à Internet sont ici hors champ. De même, le choix d'une mise en ligne a limité le nombre de questions. Au-delà de ses enseignements et de la nouveauté qu'elle apporte, l'enquête réalisée invite donc à aller voir plus loin. Deux directions se présentent. D'une part, il s'agit de situer cette enquête dans sa singularité, mais aussi comme complémentaire à d'autres études et enquêtes portant sur des populations victimes d'accidents de la vie et/ou sur les enjeux soulevés par la question du devenir professionnel après un grave problème de santé. D'autre part, on pourrait penser à des prolongements de cette enquête auprès de la même population des adhérents de la FNATH, tant dans le cadre de nouvelles enquêtes statistiques mises en ligne (le nombre de réponses, pour une première enquête de ce genre, est à ce titre encourageant) que dans le cadre d'entretiens approfondis à mener auprès d'adhérents de la FNATH à l'occasion d'une enquête sociologique qualitative portant sur différents résultats ou questionnements issus de cette première enquête.

Références bibliographiques

- Busnel M., Hennion T., Leguay D., Paparelle V., Pollez B. (2009), *L'emploi : un droit à faire vivre pour tous. Evaluer la situation des personnes handicapées au regard de l'emploi. Prévenir la désinsertion socio-professionnelle*. Rapport remis à M. Xavier Darcos, Ministre du travail, des relations sociales, de la famille, de la solidarité et de la ville et à Mme Nadine Morano, Secrétaire d'Etat chargée de la famille et de la solidarité. Décembre 2009
- Bulh-Lambert (1982), *Rapport travail, santé, prévention. Mission de la sécurité sociale*. Ministère des affaires sociales. Juillet.
- CNAMTS (2008), *Compte-rendu d'activité 2008 de la branche accidents du travail et maladies professionnelles*.
- Cour des comptes (2002), *La gestion du risque accident du travail et maladies professionnelles., Rapport au Président de la République suivi des réponses des administrations et des organismes intéressés*.
- Coutrot T. et Waltisperger D. (2010), « Les pathologies liées au travail vues par les travailleurs », *Dares Analyses*, ministère du Travail, de l'emploi et de la santé, novembre 2010, n°080.
- Dorion (1993), *Rapport sur la modernisation du système de réparation des maladies professionnelles*, Ministère de l'emploi et de la solidarité
- Daubas-Letourneux V. (2012), "Parcours d'accidentés du travail : parcours accidentés ? Inscription biographique des accidents du travail dans les parcours et (in)visibilités produites", in *Santé au travail. Approches critiques*, Thébaud-Mony A., Daubas-Letourneux V., Frigul N., Jobin P. (dir), La Découverte, coll Recherches, p. 185-203.
- Daubas-Letourneux T. (coord.), Amossé T., Meslin K., Le Roy F. et Baragan K. (2011), *Les accidents du travail et problèmes de santé liés au travail dans l'enquête SIP : (in)visibilités et inscription dans les trajectoires professionnelles*, Rapport final remis à la Dares-Drees en septembre 2011. Cette recherche donnera lieu à la publication d'un rapport du Centre d'études de l'emploi en 2012 (accessible en ligne).
- Daubas-Letourneux V. (2008), « Produire des connaissances en santé au travail à l'échelle régionale. Le signalement des maladies à caractère professionnel dans les Pays de la Loire », *Revue Française des Affaires Sociales*, n°2, 2008, p. 213-235.
- Daubas-Letourneux V. (2005), *Connaissance des accidents du travail et parcours d'accidentés. Regard sociologique sur les angles morts d'une question de santé publique*. Thèse de doctorat en sociologie, Université de Nantes.
- Dessors D., Schram J., Volkoff S. (1991), "Du "handicap de situation" à la sélection-exclusion : Une étude des conditions de travail antérieures aux licenciements économiques. ", *Travail et Emploi*, Ministère du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle, n°48. (p. 31-48.)
- Euzenat D. (2010), « L'exposition des salariés aux maladies professionnelles en 2007 », *DARES Analyses*, ministère de l'Économie, de l'industrie et de l'emploi et ministère du Travail, de la solidarité et de la Fonction publique, septembre 2010, n°56.
- Euzenat D. (2009), « L'exposition des salariés aux accidents du travail en 2007 », *DARES Premières Synthèses, Premières Informations*, Ministère de l'économie, de l'industrie et de l'emploi et Ministère du travail, de la solidarité et de la Fonction publique, décembre 2009, n°50.2.
- Goldberg M. (2001), "Les effets de sélection dans les cohortes épidémiologiques ; Nature, causes, conséquences", *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, Vol. 49, p. 477-492.
- Gollac M. et Volkoff S. (2006), "La santé au travail et ses masques", *Actes de la recherche en Sciences Sociales*, n°163, juin 2006.
- Gosselin H. (2007), *Aptitude et inaptitude médicale au travail : diagnostic et perspectives*, Rapport pour le ministre délégué à l'emploi, au travail et à l'insertion professionnelle des jeunes, janvier 2007.
- Ha C., Touranchet A., Pubert M., Roquelaure Y., Dubré J.-Y., Imbernon E., Goldberg M. (2005), « Les "Semaines des MCP" dans les Pays de la Loire, un observatoire des maladies à caractère professionnel », Institut de veille sanitaire, *Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire* n°44-45, 2005.
- Hamon-Cholet S. (2001), "Accidents et accidentés du travail : un nouvel outil statistique, l'enquête Conditions de Travail 1998", in *Travail et emploi* n°88, DARES, (p9 - 24).
- Hamon-Cholet S. et Sandret N. (2007), "Accidents et conditions de travail", *Premières synthèses*, Dares, août 2007, n°31.2.
- IGAS INSEE (2006), *Rapport d'audit de l'organisation du système d'information statistique relatif aux accidents du travail et maladies professionnelles*, Rapport présenté par Lejeune A. et Vienot A.

Jusot F., Khlal M., Rochereau T., Sermet C. (2006), "Une mauvaise santé augmente fortement les risques de perte d'emploi", *Données sociales*, p. 533-543.

Masse (2001), *Rapport sur la réparation intégrale des maladies professionnelles*, Ministère de l'Emploi et de la Solidarité.

Molinié et Volkoff (1985), "Accidents du travail : des maux et des chiffres", in CASSOU B., et coll. (dir.), *Les risques du travail - Pour ne pas perdre sa vie à la gagner*, La Découverte, (p. 31-36).

Réseau Régional Santé Travail Handicap Nord-Pas-de-Calais, *Lettre d'information*, septembre 2009, décembre 2010 et octobre 2011.

Wisniewski (1983), *Les accidents du travail : qui paie quoi ?*

Yahiel (2002), *Rapport au Premier Ministre sur la réparation intégrale des accidents du travail et maladies professionnelles*.

ANNEXES

I – Questionnaire d'enquête

II – Appel à répondre à l'enquête en ligne (article paru dans le journal de la FNATH)

III – Tris à plat pour l'ensemble des questions

IV – Répartition des répondants et des adhérents actuels de la FNATH par département et par région

V – Principes et conditions d'attribution des aides financières versées en compensation d'un handicap et mentionnées dans l'enquête

Annexe I – Questionnaire d'enquête

« Vivre et travailler après un accident de la vie » Enquête statistique sur le devenir des adhérents de la FNATH

Cette enquête, réalisée à la demande de la FNATH, vise à mieux connaître le devenir de ses adhérents à la suite de l'accident ou de la maladie qui a motivé leur adhésion à l'association. Elle porte sur les conditions de retour à l'emploi (ou du non retour), sur le devenir professionnel à moyen terme et sur les ressources après l'accident de santé, qu'il soit ou non d'origine professionnelle.

PRESENTATION PERSONNELLE

SEX

Q1

Etes-vous :

- 1) Un homme
 2) Une femme

AGE

Q2

Quelle est votre année de naissance ?

--	--	--	--	--

DEPT

Q3

Dans quel département résidez-vous ?

.....

ANFNATH

Q4

En quelle année avez-vous adhéré à la FNATH ?

--	--	--	--	--

SITACTU

Q5

Quelle est votre situation actuelle ?

- 1) Vous êtes salarié du secteur privé ou agent contractuel du secteur public
 2) Vous êtes fonctionnaire (fonction publique d'Etat, hospitalière ou territoriale)
 3) Vous êtes indépendant, installé à votre compte (artisan, commerçant, agriculteur, ...)
 4) Vous exercez une profession libérale
 5) Vous êtes au chômage (inscrit ou non à Pôle Emploi)
 6) Vous êtes en retraite ou en pré-retraite
 7) Vous êtes en cessation anticipée d'activité
 8) Vous êtes en arrêt de travail
 9) Vous êtes en formation
 10) Vous êtes dans une autre situation (au foyer, inactif, ...)

DIPL

Q6

Quel est le diplôme le plus élevé que vous avez obtenu ?

- 1) Aucun diplôme
 2) Certificat d'études primaires
 3) Brevet des collèges, BEPC
 4) CAP / BEP
 5) Baccalauréat
 6) Diplôme de niveau Bac + 2
 7) Diplôme de niveau supérieur à Bac + 2

ANDIPL

Q7

En quelle année avez-vous obtenu ce diplôme ? (= date de fin des études initiales)

--	--	--	--	--

PROBLEME DE SANTE LIE A VOTRE ADHESION A LA FNATH

Nous allons à présent vous poser quelques questions sur l'accident ou la maladie à l'origine de votre adhésion à la FNATH (cliquez sur suivant)

PBFNATH

Q8 Le problème de santé à la suite duquel vous avez adhéré à la FNATH était :

- 1) Un accident du travail (sauf accident de trajet)
- 2) Un accident du travail survenu lors du trajet domicile-travail (= accident de trajet)
- 3) Une maladie liée au travail (qu'elle soit ou non reconnue comme maladie professionnelle)
- 4) Un accident ou un handicap non lié au travail
- 5) Une maladie non liée au travail
- 6) Vous n'avez pas adhéré à la FNATH suite à un problème de santé personnel, mais pour une autre raison (par conviction, en soutien d'un proche, ...) → *fin de l'enquête*

ANPBFNAT

Q9 En quelle année est survenu ce problème de santé ?

--	--	--	--	--

Q10 à Q13 : Filtre → Pour les personnes ayant coché la modalité 1), 2) ou 3) de la question Q8

RECATMP

Q10 Cet accident ou cette maladie a-t-il (a-t-elle) été reconnu(e) comme un accident du travail ou une maladie professionnelle ?

- 1) Oui
- 2) Procédure en cours → *aller à Q16*
- 3) Non, car la demande de reconnaissance a été refusée → *aller à Q14*
- 4) Non, car il n'y a pas eu de demande de reconnaissance → *aller à Q14*
- 5) Ne sait pas → *aller à Q14*
- 6) Non concerné (travailleur indépendant non couvert pour le risque AT/MP) → *aller à Q14*

RECIPP

Q11 Y-a-t-il eu une reconnaissance d'une incapacité partielle permanente (IPP) suite à cet accident du travail ou cette maladie professionnelle ?

- 1) Oui
- 2) Procédure en cours → *aller à Q16*
- 3) Non → *aller à Q16*
- 4) Ne sait pas → *aller à Q16*

TXIPP

Q12 Le taux d'IPP reconnu est-il :

- 1) Inférieur à 10%
- 2) Compris entre 10% et 19%
- 3) Compris entre 20 et 49%
- 4) Compris entre 50% et 79%
- 5) Supérieur à 80%

RECFI

Q13 Y-a-t-il eu une reconnaissance de faute inexcusable suite à cet accident du travail ou cette maladie professionnelle ?

- 1) Oui
- 2) Procédure en cours
- 3) Non
- 4) Ne sait pas

→ *aller à Q16 après cette question*

Q14 et Q15 : Filtre → Pour les personnes ayant coché la modalité 4) ou 5) de la question Q8 (et les personnes ayant coché la modalité 3) 4) 5) ou 6) de Q10)

RECINVAL

Q14 Y-a-t-il eu une reconnaissance d'une invalidité suite à cet accident, ce handicap ou cette maladie ?

- 1) Oui
- 2) Non → aller à Q16
- 3) Procédure en cours → aller à Q16
- 4) Ne sait pas → aller à Q16

TXINVAL

Q15 Le taux d'invalidité reconnu est-il :

- 1) Inférieur à 50%
- 2) Compris entre 50% et 79%
- 3) Supérieur ou égal à 80%

→ Pour tous :

RECTH

Q16 Avez-vous obtenu le statut de travailleur handicapé à la suite de ce problème de santé ? (statut reconnu par la COTOREP ou par la MDPH)

- 1) Oui
- 2) Non

TYPEPB

Q17 Pouvez-vous décrire votre problème de santé. S'agit-il de : (plusieurs réponses possibles)

- 1) Problème(s) de dos (lumbago, hernie, sciatique, douleurs lombaires, ...)
- 2) Troubles musculo-squelettiques (TMS épaule / coude / poignet, canal carpien, tendinite, épicondylite, ...)
- 3) Cancer
Localisation : (en clair) **LOCANCER**.....
- 4) Problème dépressif
- 5) Plaques pleurales, affection liée à l'amiante
- 6) Fracture(s) causée(s) par un choc (accident)
- 7) Amputation(s) consécutives à un accident
- 8) Autre type de maladie (en clair) **AUTREMAL**.....
- 9) Autre type de blessure (en clair) **AUTREBLS**.....
- 10) Autre type de problème ou handicap (en clair) **AUTREPB**.....

ACCIRC

Q18 Pour les accidents (professionnels ou pas), s'agit-il d'un accident de la circulation ?

- 1) Oui
- 2) Non
- 3) Non concerné (le problème de santé est une maladie)

PBLIMIT

Q19 Après ce problème de santé, avez-vous éprouvé des difficultés dans la réalisation de vos activités quotidiennes ?

- 1) Oui, beaucoup
- 2) Oui, un peu
- 3) Non
- 4) Ne sait pas

SEQUELLE

Q20 Gardez-vous aujourd'hui des séquelles ou des gênes suite à cet accident ou cette maladie ?

- 1) Oui, tout le temps
- 2) Oui, de temps en temps
- 3) Oui, rarement
- 4) Non

SITPE

Q21 Au moment de la survenue de cet accident ou maladie, vous étiez

- 1) En emploi
- 2) A la recherche d'un emploi → aller à Q47
- 3) Sans emploi et sans en rechercher (inactif, retraité, pré-retraité, ...) → aller à Q47

CSP

Q22 Dans quelle catégorie socioprofessionnelle étiez vous ?

- 1) Agriculteur exploitant → aller à Q24
- 2) Chef d'entreprise de 10 salariés et plus → aller à Q24
- 3) Artisan, commerçant → aller à Q24
- 4) Profession libérale → aller à Q24
- 5) Ouvrier non qualifié, ouvrier agricole
- 6) Ouvrier qualifié, chauffeur
- 7) Agent de maîtrise, contremaître
- 8) Technicien, dessinateur, VRP
- 9) Maîtrise administrative ou commerciale des entreprises
- 10) Profession intermédiaire de la fonction publique, instituteur, assistante sociale, infirmière
- 11) Cadre d'entreprise, ingénieur
- 12) Cadre de la fonction publique, professeur, profession intellectuelle ou artistique
- 13) Employé(e) de bureau, secrétaire
- 14) Employé(e) de commerce, vendeur/vendeuse, personnel de service, agent d'entretien, femme/homme de ménage, assistante maternelle
- 15) Employé(e) de la fonction publique, aide soignante

CONTRATW

Q23 Sous quel type de contrat étiez-vous employé(e) ?

- 1) En emploi à durée non limitée (CDI, titulaire de la fonction publique) à temps plein
- 2) En emploi à durée non limitée (CDI, titulaire de la fonction publique) à temps partiel
- 3) En emploi à durée limitée (CDD, contrat court, saisonnier, vacataire, etc.) à temps plein
- 4) En emploi à durée limitée (CDD, contrat court, saisonnier, vacataire, etc.) à temps partiel
- 5) En intérim
- 6) En emploi aidé (contrat d'accompagnement dans l'emploi, contrat emploi solidarité, ...)
- 7) En contrat d'apprentissage / de professionnalisation ou en stage rémunéré en entreprise

SECTEUR

Q24 Dans quel secteur d'activité travailliez-vous ?

- 1) Agriculture
- 2) Industrie, énergie
- 3) Construction
- 4) Commerce, hôtel-café-restaurants, services aux particuliers
- 5) Autres services (aux entreprises, de santé, administration, etc.)

TAILLENT

Q25 Quelle était la taille de l'entreprise ?

- 1) Aucun salarié
- 2) Moins de 10 salariés
- 3) Entre 10 et 19 salariés
- 4) Entre 20 et 49 salariés
- 5) De 50 à 199 salariés
- 6) De 200 à 499 salariés
- 7) 500 salariés ou plus
- 8) Ne sait pas

ARRET DE TRAVAIL

ARRETW

Q26 L'accident ou la maladie a-t-il/elle été suivi(e) d'un arrêt de travail ?

- 1) Oui
- 2) Non → aller à Q32

DUREEARW

Q27 Au total (en intégrant les éventuelles prolongations), cet arrêt de travail a duré :

- 1) Moins de 1 mois
- 2) Entre 1 et 5 mois
- 3) Entre 6 mois et moins de 1 an
- 4) Entre 1 an et moins de 2 ans
- 5) Entre 2 ans et moins de 3 ans
- 6) Plus de 3 ans

VISITPRE

Q28 Avez-vous eu une visite chez le médecin du travail pendant l'arrêt de travail (visite de pré-reprise) ?

- 1) Oui
- 2) Non
- 3) Non concerné

VISITREP

Q29 Avez-vous eu une visite chez le médecin du travail à l'issue de l'arrêt de travail (visite de reprise) ?

- 1) Oui
- 2) Non
- 3) Non concerné

NEWSARWC

Q30 Pendant votre arrêt de travail, est-ce que vos collègues ont pris de vos nouvelles ?

- 1) Oui
- 2) Non, et je ne le souhaitais pas
- 3) Non, mais je l'aurais souhaité
- 4) Non concerné

NEWSARWE

Q31 Pendant votre arrêt de travail, est-ce que votre employeur a pris de vos nouvelles ?

- 1) Oui
- 2) Non, et je ne le souhaitais pas
- 3) Non, mais je l'aurais souhaité
- 4) Non concerné

RETOUR DANS L'EMPLOI

REPRENT

Q32 Avez-vous repris le travail dans la même entreprise ?

- 1) Oui, au même poste de travail, sans aménagement
- 2) Oui, au même poste de travail, avec aménagement du poste
- 3) Oui, à un autre poste de travail
- 4) Non, je n'ai pas repris mon travail → aller à Q38

REPRHOR

Q33 Était-ce avec des horaires identiques ?

- 1) Oui
- 2) Non, mes horaires ont diminué et je l'ai choisi
- 3) Non, mes horaires ont diminué et on me l'a imposé
- 4) Non, mes horaires ont augmenté et je l'ai choisi
- 5) Non, mes horaires ont augmenté et on me l'a imposé

REPRSAL

Q34 La reprise du travail s'est-elle accompagnée d'une perte de salaire ?

- 1) Oui
- 2) non

REPRCOLL

Q35 Lors de votre retour dans l'entreprise, diriez-vous que l'accueil que vous avez reçu a plutôt été :
... de la part de vos collègues

- 1) Très bon
- 2) Bon
- 3) Moyen / indifférent
- 4) Mauvais
- 5) Très mauvais
- 6) Non concerné

REPREMPL

Q36 ... de la part de votre employeur et de vos supérieurs hiérarchique

- 1) Très bon
- 2) Bon
- 3) Moyen / indifférent
- 4) Mauvais
- 5) Très mauvais
- 6) Non concerné

RECHUTE

Q37 Par la suite, avez-vous subi une rechute ou une aggravation de votre état de santé consécutive à l'accident ou à la maladie évoqué(e) dans cette enquête ?

- 1) Non → aller à Q42
- 2) Oui, et j'ai pu garder mon emploi par la suite → aller à Q42
- 3) Oui, et cela a conduit à la perte de mon emploi

PERTE D'EMPLOI ET DEVENIR PROFESSIONNEL

Si vous n'avez pas retrouvé votre emploi à la suite du problème de santé, ou si vous avez perdu votre emploi suite à une rechute ou une aggravation de votre état de santé, pouvez-vous nous apporter quelques précisions sur les circonstances de cette rupture et sur votre devenir professionnel à moyen terme ? (cliquez sur suivant)

NOREPRIS

Q38 Si vous n'avez pas repris votre travail à la suite de cet accident ou de cette maladie (ou d'une rechute de celui-ci/celle-ci), est-ce parce que :

- 1) Vous avez été licencié(e) pour inaptitude
- 2) Votre contrat n'a pas été renouvelé à l'issue de l'arrêt de travail
- 3) Vous avez démissionné
- 4) Vous êtes parti(e) en retraite anticipée ou en cessation anticipée d'activité → aller à Q 47
- 5) Vous êtes toujours en arrêt de travail → aller à Q 47
- 6) Autre raison (en clair) **NOREPRISAUT**

WSUITE

Q39 Par la suite, avez-vous retrouvé du travail ?

- 1) Oui, moins de 1 ans après
- 2) Oui, plus de 1 ans après (et moins de 2 ans)
- 3) Oui, plus de 2 ans après (et moins de 3 ans)
- 4) Oui, plus de 3 ans après
- 4) Non → aller à Q 47

PROFSUIT

Q40 Était-ce dans la même profession (le même métier) ?

- 1) Oui
- 2) Non

SALSUITE

Q41 Était-ce à un niveau de salaire comparable ?

- 1) Oui
- 2) Non, à un niveau inférieur pour un temps de travail identique
- 3) Non, à un niveau inférieur dû à un temps de travail plus court
- 4) Non, à un niveau supérieur pour un temps de travail identique
- 3) Non, à un niveau supérieur dû à un temps de travail plus long

AIDES POUR LE RETOUR AU TRAVAIL

AGEFIPH

Q42 Pour cette reprise du travail, l'AGEFIPH a-t-elle financé des aides pour vous ou votre employeur ?

- 1) Oui
- 2) Non, mais j'en aurais eu besoin
- 3) Non, je n'en ai pas eu besoin
- 4) Ne sait pas

SAMETH

Q43 Avez-vous bénéficié d'un suivi par un Service d'appui pour le maintien dans l'emploi des travailleurs handicapés (SAMETH) ou un CAP Emploi ?

- 1) Oui
- 2) Non, mais j'en aurais eu besoin
- 3) Non, je n'en ai pas eu besoin
- 4) Ne sait pas

RECONV

Q44 Avez-vous dû opérer une reconversion professionnelle après cet événement de santé ?

- 1) Oui
- 2) Non → aller à Q 47

FORMRECV

Q45 Avez-vous bénéficié d'une formation dans le cadre de cette reconversion ?

- 1) Oui
- 2) Non, mais j'en aurais eu besoin → aller à Q 47
- 3) Non, je n'en ai pas eu besoin → aller à Q 47

TYPFORMA

Q46 Si oui, pouvez-vous nous indiquer le type de formation dont vous avez bénéficié :

- 1) Une formation en centre de rééducation professionnelle (CRP)
- 2) Une formation financée par l'AGEFIPH
- 3) Une formation du Conseil régional
- 4) Un Congé individuel de Formation (CIF) ou du Droit Individuel à la Formation (DIF)
- 5) Un autre type de formation : (en clair)
- 6) Ne se souvient plus

RESSOURCES COMPENSATOIRES PERÇUES EN 2011

Pouvez-vous à présent nous indiquer si vous percevez aujourd'hui une ou plusieurs des aides financières suivantes (cliquer sur suivant) :

AAH

Q47 Allocation adulte handicapé (AAH)

- 1) Oui
- 2) Non, car je n'en ai pas fait la demande
- 3) Non, car cela m'a été refusé
- 4) Non concerné

PI

Q 48 Pension d'invalidité

- 1) Oui
- 2) Non, car je n'en ai pas fait la demande
- 3) Non, car cela m'a été refusé
- 4) Non concerné

IPP

Q 49 Rente pour IPP reconnue suite à un accident du travail ou à maladie professionnelle

- 1) Oui
- 2) Non, car je n'en ai pas fait la demande
- 3) Non, car cela m'a été refusé
- 4) Non concerné

ACTP

Q50 Allocation compensatrice tierce personne (ACTP) versée par la COTOREP ou la MDPH

- 1) Oui
- 2) Non, car je n'en ai pas fait la demande
- 3) Non, car cela m'a été refusé
- 4) Non concerné

PCH

Q51 Prestation de compensation du handicap (MDPH) (plusieurs réponses possibles)

- 1) Oui, pour une aide humaine/tierce personne
- 2) Oui, pour une aide technique (fauteuil roulant, matériel, appareillage, ...)
- 3) Oui, pour aménager votre logement et/ou votre véhicule
- 4) Non, car je n'en ai pas fait la demande
- 5) Non, car cela m'a été refusé
- 6) Non concerné

AIDEDOM

Q52 Aide ménagère à domicile

- 1) Oui
- 2) Non, car je n'en ai pas fait la demande
- 3) Non, car cela m'a été refusé
- 4) Non concerné

KALASSUR

Q 53 Rente ou capital versé par une compagnie d'assurance (en cas d'accident de la circulation) (plusieurs réponses possibles)

- 1) Oui, pour perte de salaires et de revenus
- 2) Oui, pour une aide humaine/tierce personne
- 3) Oui, pour aménager votre logement et/ou votre véhicule
- 4) Non, car je n'en ai pas fait la demande
- 5) Non, car cela m'a été refusé
- 6) Non concerné

APA

Q 54 Allocation personnalisée d'autonomie (Département/Conseil général)

- 1) Oui
- 2) Non, car je n'en ai pas fait la demande
- 3) Non, car cela m'a été refusé
- 4) Non concerné

ETAT DE SANTE EN 2011

POUR TERMINER CETTE ENQUETE, NOUS ALLONS A PRESENT REVENIR SUR VOTRE ETAT DE SANTE ACTUEL. (CLIQUEZ SUR SUIVANT)

SANTENOW

Q55 Aujourd'hui en 2011, diriez-vous que votre état de santé général est plutôt :

- 1) Très bon
- 2) Bon
- 3) Moyen
- 4) Mauvais
- 5) Très mauvais
- 6) Ne sait pas

CHRONOW

Q56 Aujourd'hui, avez-vous une maladie chronique ou un ou un problème de santé durable ? (qui a duré pendant au moins 6 mois)

- 1) Oui
- 2) Non
- 3) Ne sait pas

LIMITNOW

Q57 Aujourd'hui, êtes-vous limité(e) dans les activités que les gens font habituellement (à la maison, au travail, ...) à cause d'un problème de santé ou d'un handicap ?

- 1) Oui, fortement limité(e)
- 2) Oui, limité(e), mais pas fortement
- 3) Non, pas limité(e) du tout
- 4) Ne sait pas

SANTEVIE

Q58 Au cours de votre vie, avez-vous subi un ou plusieurs autres graves problèmes de santé, en plus de celui que vous avez décrit dans cette enquête ? (*plusieurs réponses possibles*)

- 1) Oui, un ou plusieurs graves problèmes de santé liés au travail (accidents, maladies, rechutes)
- 2) Oui, un ou plusieurs graves problèmes de santé non liés au travail (accidents, maladies, handicaps)
- 3) Non

QUESTION FINALE

QFINALE

Q59 Avez-vous des commentaires, précisions ou remarques à ajouter sur votre devenir (professionnel, social, familial, ...) depuis l'accident de la vie dont vous avez été victime ?

.....
.....
.....
.....
.....

Merci de votre participation.

ENQUÊTE

10 minutes de votre temps pour remplir un questionnaire

Pour ses 90 ans, la FNATH a décidé de lancer une enquête auprès de ses adhérents qui ont connu un accident ou une maladie dans leur vie, afin de mieux en connaître les conséquences sociales et professionnelles. *À part entière* compte sur vous pour y répondre.



Enquête. Et vous, comment vous êtes-vous réinséré dans votre travail ?

Dans le droit fil de la thématique choisie pour cette année (vivre et travailler après un accident de la vie), la FNATH a décidé de lancer une enquête par questionnaire auprès de ses adhérents. Le devenir des personnes accidentées de la vie, que l'accident, ou la maladie, soit lié ou non à une activité professionnelle, est en effet relativement méconnu. Pourtant cette question soulève des enjeux essentiels d'un point de vue personnel bien entendu, mais aussi plus généralement pour notre société, tant un accident de la vie se traduit trop souvent encore de nos jours par une exclusion

Objectifs

L'enquête menée revient sur quatre temps différents du devenir des accidentés de la vie et s'intéresse pour cela plus spécifiquement aux personnes qui étaient en emploi au moment de la maladie ou de l'accident. Le premier temps est celui de l'arrêt de travail,

afin de voir dans quelle mesure un accompagnement a eu lieu par la médecine du travail (visite de pré-reprise et visite de reprise), par les collègues et la hiérarchie. Le second temps est celui de la reprise du travail. Pour les personnes qui retrouvent leur emploi, il s'agira de voir dans quelle mesure les conditions du retour ont été vécues, tant au plan de l'accueil par les collègues et la hiérarchie qu'à celui du travail et de ses conditions. Pour celles qui ont perdu leur emploi à la suite de l'accident de santé, il s'agira de voir quel en a été le motif (licenciement, démission, mise en pré-retraite...).



Comment participer ?

Tous nos adhérents qui ont connu un accident de la vie, quelle que soit la date de cet accident ou de cette maladie et son origine, peuvent participer. Le questionnaire peut être rempli sur internet à compter du 25 avril et jusqu'au 30 juin sur le site de la FNATH : www.fnath.org. De 10 à 15 minutes suffiront pour répondre aux différentes questions. La FNATH et *À part entière* remercient tous ceux qui prendront un peu de leur temps pour y répondre. Les réponses seront analysées par Véronique Daubas-Letourneux, docteure en sociologie de l'université de Nantes et chercheuse au Centre nantais de sociologie. Les résultats de cette enquête seront bien entendu présentés dans notre journal ainsi que lors d'un colloque, ouvert à tous nos adhérents, qui se tiendra au Sénat le lundi 10 octobre dans le cadre de notre semaine nationale et de la commémoration des 90 ans de notre association.

Déclarés inaptes

Le troisième temps questionné dans l'enquête s'intéresse à ces personnes qui n'ont pu reprendre leur travail juste après leur accident. Nous les questionnerons alors sur leur devenir à moyen terme, en leur demandant si, par la suite, elles ont retrouvé un emploi, et sous quelles conditions, relativement à leur ancien emploi. Enfin, un dernier temps, qui concerne l'ensemble des adhérents enquêtés, est celui d'aujourd'hui. Il porte sur les ressources compensatoires éventuellement perçues par les enquêtés (rente pour accident du travail ou maladie professionnelle, aide à la personne, pension d'invalidité, allocation adulte handicapé...) ainsi que sur l'état de santé général perçu en 2011. <>

Haute

Scolarisation des élèves handicapés

83 % des collégiens en situation de handicap se disent « satisfaits » de l'organisation de leur scolarité selon un sondage CSA réalisé pour la Haute autorité de lutte contre les discriminations et pour l'égalité (Haude). Il suggère que la scolarisation des élèves handicapés a progressé depuis la loi de 2005. Selon ce sondage, les chefs d'établissement interrogés adhèrent très majoritairement au principe de privilégier la scolarisation des enfants handicapés en milieu ordinaire (88 % des directeurs d'école et 95 % des principaux de collège). De leur côté, 25 % des collégiens expriment néanmoins leur attente de pouvoir disposer de davantage d'accompagnement humain de la part d'un auxiliaire de vie scolaire.

Internet

E-administration

L'offre des services publics en ligne ne cesse de croître. Les pouvoirs publics espèrent que 80 % des démarches jugées prioritaires par les usagers seront disponibles en ligne d'ici la fin 2011. Il est désormais possible de demander en ligne son inscription sur les listes électorales pour 10 millions de Français. Cela sera étendu à toute la France d'ici fin 2011. À cette date, la vie des proches devrait être simplifiée en cas de décès : un service en ligne permettra de déclarer le décès en une seule fois. 1,5 million de comptes ont été créés en 2010 sur mon.service-public.fr

Annexe III– Tris à plat

Q1 SEXE_ sexe du répondant					
		Fréquence	Pour cent	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	homme	1492	65,8	67,1	67,1
	femme	730	32,2	32,9	100,0
	Total	2222	97,9	100,0	
Manquante	Système manquant	47	2,1		
Total		2269	100,0		

Q2 (recodée) AGE7_ age du répondant					
		Fréquence	Pour cent	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	< 25 ans	6	,3	,3	,3
	< 35 ans	73	3,2	3,4	3,6
	< 45 ans	309	13,6	14,2	17,8
	< 55 ans	719	31,7	33,1	50,9
	< 65 ans	828	36,5	38,1	89,0
	< 75 ans	192	8,5	8,8	97,8
	75 ans et+	48	2,1	2,2	100,0
	Total	2175	95,9	100,0	
Manquante	Système manquant	94	4,1		
Total		2269	100,0		

[Q3 département : voir annexe IV]					
Q4 ANCADH4_ ancienneté d'adhésion à la FNATH					
		Fréquence	Pour cent	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	il y a 5 ans ou moins	964	42,5	44,1	44,1
	il y a 6 à 10 ans	359	15,8	16,4	60,5
	il y a 11 à 20 ans	441	19,4	20,2	80,7
	il y a plus de 20 ans	421	18,6	19,3	100,0
	Total	2185	96,3	100,0	
Manquante	Système manquant	84	3,7		
Total		2269	100,0		

Q5 SITACTU_ situation actuelle					
		Fréquence	Pour cent	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	salarié secteur privé	545	24,0	24,3	24,3
	fonctionnaire	188	8,3	8,4	32,7
	indépendant	48	2,1	2,1	34,9
	profession libérale	15	,7	,7	35,5
	chômeur	353	15,6	15,8	51,3
	retraité/pré-retraité	541	23,8	24,2	75,4
	cessation anticipée d'activité	95	4,2	4,2	79,7
	arrêt de travail	196	8,6	8,8	88,4
	en formation	31	1,4	1,4	89,8
	inactif, autre situation	228	10,0	10,2	100,0
	Total	2240	98,7	100,0	
Manquante	Système manquant	29	1,3		

Total		2269	100,0		
Q6 DIPL_ diplôme le plus élevé					
		Fréquence	Pour cent	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	aucun	163	7,2	7,3	7,3
	CEP	264	11,6	11,9	19,2
	BEPC, brevet des collèges	197	8,7	8,9	28,1
	CAP-BEP	881	38,8	39,7	67,8
	Bac	271	11,9	12,2	80,0
	Bac+2	228	10,0	10,3	90,2
	> Bac +2	217	9,6	9,8	100,0
	Total	2221	97,9	100,0	
Manquante	Système manquant	48	2,1		
Total		2269	100,0		

Q7 (recodée) ANDIPL_ année d'obtention du diplôme					
		Fréquence	Pour cent	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	avant 1960	105	4,6	4,9	4,9
	année 60	454	20,0	21,3	26,2
	années 70	714	31,5	33,5	59,8
	années 80	459	20,2	21,5	81,3
	années 90	247	10,9	11,6	92,9
	années 2000	151	6,7	7,1	100,0
	Total	2130	93,9	100,0	
	Manquante	Système manquant	139	6,1	
Total		2269	100,0		

Q8 PBFNATH6 _ raison de l'adhésion à la FNATH					
		Fréquence	Pour cent	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	accident du travail (sauf trajet)	999	44,0	44,3	44,3
	accident de trajet	223	9,8	9,9	54,1
	maladie liée au travail	449	19,8	19,9	74,0
	accident ou handicap non lié au travail	263	11,6	11,7	85,7
	maladie non liée au travail	221	9,7	9,8	95,5
	adhérent sympathisant	102	4,5	4,5	100,0
	Total	2257	99,5	100,0	
	Manquante	Système manquant	12	,5	
Total		2269	100,0		

Q8 (recodée) PBFNATH_ problème de santé ayant généré l'adhésion à la FNATH					
		Fréquence	Pour cent	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	accident du travail	999	44,0	46,4	46,4
	accident de trajet	223	9,8	10,3	56,7
	maladie professionnelle / liée au travail	449	19,8	20,8	77,5
	accident ou handicap non professionnel	263	11,6	12,2	89,7
	maladie non professionnelle	221	9,7	10,3	100,0
	Total	2155	95,0	100,0	

Manquante	Système manquant	114	5,0		
Total		2269	100,0		

Q9 (recodée) ANCPB4_ ancienneté du problème de santé					
		Fréquence	Pour cent	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	il y a 5 ans ou moins	601	26,5	29,4	29,4
	il y a entre 6 et 10 ans	429	18,9	21,0	50,3
	il y a entre 11 et 20 ans	477	21,0	23,3	73,6
	il y a + de 20 ans	540	23,8	26,4	100,0
	Total	2047	90,2	100,0	
Manquante	Système manquant	222	9,8		
Total		2269	100,0		

Q10 RECATMP_ reconnaissance AT/MP (question filtrée)					
		Fréquence	Pour cent	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	oui	1412	62,2	86,1	86,1
	procédure en cours	70	3,1	4,3	90,4
	non car refus	87	3,8	5,3	95,7
	non car pas de demande	51	2,2	3,1	98,8
	ne sait pas	20	,9	1,2	100,0
	Total	1640	72,3	100,0	
Manquante	Système manquant	629	27,7		
Total		2269	100,0		

Q11 RECIPP_ reconnaissance d'une IPP (question filtrée)					
		Fréquence	Pour cent	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	oui	1185	52,2	84,0	84,0
	procédure en cours	114	5,0	8,1	92,1
	non	67	3,0	4,7	96,8
	nsp	45	2,0	3,2	100,0
	Total	1411	62,2	100,0	
Manquante	Système manquant	858	37,8		
Total		2269	100,0		

Q12 TXIPP_ taux d'IPP reconnu (question filtrée)					
		Fréquence	Pour cent	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	<10%	137	6,0	11,6	11,6
	< 20%	405	17,8	34,4	46,0
	< 50%	388	17,1	32,9	78,9
	< 80%	164	7,2	13,9	92,9
	> 80%	84	3,7	7,1	100,0
	Total	1178	51,9	100,0	
Manquante	Système manquant	1091	48,1		
Total		2269	100,0		

Q13 RECFI_ reconnaissance d'une faute inexcusable (question filtrée)					
		Fréquence	Pour cent	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	oui	177	7,8	12,7	12,7
	procédure en cours	74	3,3	5,3	18,1
	non	982	43,3	70,6	88,7
	nsp	157	6,9	11,3	100,0
	Total	1390	61,3	100,0	
Manquante	Système manquant	879	38,7		
Total		2269	100,0		

Q14 RECINVA_ reconnaissance d'une invalidité (question filtrée)					
		Fréquence	Pour cent	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	oui	440	19,4	66,7	66,7
	non	162	7,1	24,5	91,2
	procédure en cours	39	1,7	5,9	97,1
	nsp	19	,8	2,9	100,0
	Total	660	29,1	100,0	
Manquante	Système manquant	1609	70,9		
Total		2269	100,0		

Q15 TXINVAL_ taux d'invalidité reconnu (question filtrée)					
		Fréquence	Pour cent	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	< 50%	110	4,8	25,7	25,7
	< 80%	149	6,6	34,8	60,5
	>=80%	169	7,4	39,5	100,0
	Total	428	18,9	100,0	
Manquante	Système manquant	1841	81,1		
Total		2269	100,0		

Q16 RECTH_ reconnaissance statut de travailleur handicapé (TH)					
		Fréquence	Pour cent	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	oui	1350	59,5	64,9	64,9
	non	731	32,2	35,1	100,0
	Total	2081	91,7	100,0	
Manquante	Système manquant	188	8,3		
Total		2269	100,0		

Q17 TYPEPB1_description du problème de santé : problèmes de dos (QCM) ²³					
		Fréquence	Pour cent	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	modalité non choisie	1350	59,5	63,9	63,9
	oui, pb de dos	763	33,6	36,1	100,0
	Total	2113	93,1	100,0	
Manquante	Système manquant	156	6,9		

²³ QCM : question à choix multiple

Total		2269	100,0		
-------	--	------	-------	--	--

Q17 TYPEPB2_description du problème de santé : TMS (QCM)					
		Fréquence	Pour cent	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	modalité non choisie	1547	68,2	73,2	73,2
	oui, TMS	566	24,9	26,8	100,0
	Total	2113	93,1	100,0	
Manquante	Système manquant	156	6,9		
Total		2269	100,0		

Q17 TYPEPB3_description du problème de santé : cancer (QCM)					
		Fréquence	Pour cent	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	modalité non choisie	2034	89,6	96,3	96,3
	oui, cancer	79	3,5	3,7	100,0
	Total	2113	93,1	100,0	
Manquante	Système manquant	156	6,9		
Total		2269	100,0		

Q17 TYPEPB4_description du problème de santé : problème dépressif (QCM)					
		Fréquence	Pour cent	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	modalité non choisie	1810	79,8	85,7	85,7
	oui, pb dépressif	303	13,4	14,3	100,0
	Total	2113	93,1	100,0	
Manquante	Système manquant	156	6,9		
Total		2269	100,0		

Q17 TYPEPB5_description du problème de santé : maladies liées à l'amiante (QCM)					
		Fréquence	Pour cent	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	modalité non choisie	2060	90,8	97,5	97,5
	oui, affection liée à l'amiante	53	2,3	2,5	100,0
	Total	2113	93,1	100,0	
Manquante	Système manquant	156	6,9		
Total		2269	100,0		

Q17 TYPEPB6_description du problème de santé : fracture (QCM)					
		Fréquence	Pour cent	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	modalité non choisie	1585	69,9	75,0	75,0
	oui, fracture	528	23,3	25,0	100,0
	Total	2113	93,1	100,0	
Manquante	Système manquant	156	6,9		
Total		2269	100,0		

Q17 TYPEPB7_description du problème de santé : amputation (QCM)					
		Fréquence	Pour cent	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	modalité non choisie	1957	86,2	92,6	92,6
	amputation	156	6,9	7,4	100,0

	Total	2113	93,1	100,0	
Manquante	Système manquant	156	6,9		
Total		2269	100,0		

Q17 TYPEPB8_ description du problème de santé : autre maladie (QCM)					
		Fréquence	Pour cent	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	modalité non choisie	1788	78,8	84,6	84,6
	oui, autre maladie	325	14,3	15,4	100,0
	Total	2113	93,1	100,0	
Manquante	Système manquant	156	6,9		
Total		2269	100,0		

Q17 TYPEPB9_ description du problème de santé : autre blessure (QCM)					
		Fréquence	Pour cent	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	modalité non choisie	1894	83,5	89,6	89,6
	oui, autre blessure	219	9,7	10,4	100,0
	Total	2113	93,1	100,0	
Manquante	Système manquant	156	6,9		
Total		2269	100,0		

Q17 TYPEPB10_ description du problème de santé : autre problème ou handicap (QCM)					
		Fréquence	Pour cent	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	modalité non choisie	1631	71,9	77,2	77,2
	oui, autre problème ou handicap	482	21,2	22,8	100,0
	Total	2113	93,1	100,0	
Manquante	Système manquant	156	6,9		
Total		2269	100,0		

Q18 ACCIRC_ accident de la circulation					
		Fréquence	Pour cent	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	oui	358	15,8	17,7	17,7
	non	1381	60,9	68,2	85,9
	non concerné	286	12,6	14,1	100,0
	Total	2025	89,2	100,0	
Manquante	Système manquant	244	10,8		
Total		2269	100,0		

Q19 PBLIMIT_ difficultés quotidiennes suite au problème de santé					
		Fréquence	Pour cent	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	oui beaucoup	1422	62,7	68,8	68,8
	oui un peu	567	25,0	27,4	96,2
	non	66	2,9	3,2	99,4
	Nsp	12	,5	,6	100,0
	Total	2067	91,1	100,0	
Manquante	Système manquant	202	8,9		
Total		2269	100,0		

Q20 SEQUELL_ séquelles aujourd'hui suite au problème de santé					
		Fréquence	Pour cent	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	oui tout le temps	1735	76,5	84,1	84,1
	oui de temps en temps	263	11,6	12,7	96,8
	oui rarement	49	2,2	2,4	99,2
	non	17	,7	,8	100,0
	Total	2064	91,0	100,0	
Manquante	Système manquant	205	9,0		
Total		2269	100,0		

Q21 SITPB3_ situation au moment du problème de santé					
		Fréquence	Pour cent	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	en emploi	1873	82,5	91,1	91,1
	à la recherche d'un emploi	54	2,4	2,6	93,7
	sans emploi et sans en rechercher	129	5,7	6,3	100,0
	Total	2056	90,6	100,0	
Manquante	Système manquant	213	9,4		
Total		2269	100,0		

Q22 CSP15_ CSP au moment du problème de santé pour les personnes en emploi (question filtrée)					
		Fréquence	Pour cent	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	Agriculteur	39	1,7	2,1	2,1
	chef d'entreprise	8	,4	,4	2,5
	artisan commerçant	37	1,6	2,0	4,5
	profession libérale	24	1,1	1,3	5,8
	ouvrier non qualifié (ONQ)	185	8,2	10,0	15,8
	ouvrier qualifié (OQ)	668	29,4	35,9	51,7
	agent de maîtrise	143	6,3	7,7	59,4
	Technicien	124	5,5	6,7	66,1
	maîtrise administrative ou commerciale des entreprises	21	,9	1,1	67,2
	profession intermédiaire de la Fonction Publique	62	2,7	3,3	70,5
	cadre d'entreprise, ingénieur	113	5,0	6,1	76,6
	cadre de la Fonction Publique	31	1,4	1,7	78,3
	employé de bureau	97	4,3	5,2	83,5
	employé de commerce, vendeur, personnel de service, agent d'entretien	166	7,3	8,9	92,4
	employé de la Fonction Publique, aide soignante	141	6,2	7,6	100,0
	Total		1859	81,9	100,0
Manquante	Système manquant	410	18,1		
Total		2269	100,0		

Q23 CONTRAW_ contrat de travail au moment du problème de santé (question filtrée)					
		Fréquence	Pour cent	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	CDI temps plein	1309	57,7	81,5	81,5
	CDI temps partiel	102	4,5	6,4	87,9
	CDD temps plein	96	4,2	6,0	93,8
	CDD temps partiel	16	,7	1,0	94,8
	intérim	42	1,9	2,6	97,4
	contrat aidé	17	,7	1,1	98,5
	apprentissage	24	1,1	1,5	100,0
	Total	1606	70,8	100,0	
Manquante	Système manquant	663	29,2		
Total		2269	100,0		

Q23 (recodée) CONTRAW3 _contrat de travail au moment du problème de santé (question filtrée)					
		Fréquence	Pour cent	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	CDI temps plein	1309	57,7	81,5	81,5
	CDI temps partiel	102	4,5	6,4	87,9
	CDD, intérim, contrat aidé, ...	195	8,6	12,1	100,0
	Total	1606	70,8	100,0	
Manquante	Système manquant	663	29,2		
Total		2269	100,0		

Q24 SECTEUR5 _secteur d'activité au moment du problème de santé (question filtrée)					
		Fréquence	Pour cent	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	Agriculture	111	4,9	6,0	6,0
	industrie, énergie	616	27,1	33,4	39,5
	construction	227	10,0	12,3	51,8
	commerce, hôtel-café-restaurant, services aux particuliers	261	11,5	14,2	66,0
	autres services	627	27,6	34,0	100,0
	Total	1842	81,2	100,0	
Manquante	Système manquant	427	18,8		
Total		2269	100,0		

Q25 TAILLE7_ taille de l'entreprise où est survenu le problème de santé (question filtrée)					
		Fréquence	Pour cent	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	aucun salarié	74	3,3	4,0	4,0
	< 10 sala	301	13,3	16,1	20,1
	< 20 sala	179	7,9	9,6	29,6
	< 50 sala	253	11,2	13,5	43,2
	< 200 sala	360	15,9	19,3	62,4
	< 500 sala	183	8,1	9,8	72,2
	500 sala et+	449	19,8	24,0	96,2
	nsp	71	3,1	3,8	100,0
	Total	1870	82,4	100,0	
Manquante	Système manquant	399	17,6		

Total		2269	100,0		
-------	--	------	-------	--	--

Q26 ARRETW_ arrêt de travail après le problème de santé (question filtrée)					
		Fréquence	Pour cent	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	oui	1783	78,6	95,5	95,5
	non	84	3,7	4,5	100,0
	Total	1867	82,3	100,0	
Manquante	Système manquant	402	17,7		
Total		2269	100,0		

Q27 DURARR6_ durée de l'arrêt de travail (question filtrée)					
		Fréquence	Pour cent	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	< 1 mois	35	1,5	2,0	2,0
	< 6 mois	200	8,8	11,2	13,2
	< 1 an	359	15,8	20,1	33,2
	< 2 ans	437	19,3	24,5	57,7
	< 3 ans	351	15,5	19,6	77,3
	3 ans et plus	405	17,8	22,7	100,0
	Total	1787	78,8	100,0	
Manquante	Système manquant	482	21,2		
Total		2269	100,0		

Q28 VISIPRE_ visite de pré-reprise chez le médecin du travail (question filtrée)					
		Fréquence	Pour cent	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	oui	1191	52,5	66,7	66,7
	non	518	22,8	29,0	95,7
	non concerné	77	3,4	4,3	100,0
	Total	1786	78,7	100,0	
Manquante	Système manquant	483	21,3		
Total		2269	100,0		

Q29 VISIREP_ visite de reprise chez le médecin du travail (question filtrée)					
		Fréquence	Pour cent	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	oui	1235	54,4	70,3	70,3
	non	403	17,8	22,9	93,2
	non concerné	119	5,2	6,8	100,0
	Total	1757	77,4	100,0	
Manquante	Système manquant	512	22,6		
Total		2269	100,0		

Q30 NEWSCOL_ prise de nouvelles par les collègues durant l'arrêt de travail (question filtrée)					
		Fréquence	Pour cent	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	oui	999	44,0	56,1	56,1
	non et non souhaité	81	3,6	4,5	60,6
	non mais souhaité	567	25,0	31,8	92,4
	non concerné	135	5,9	7,6	100,0
	Total	1782	78,5	100,0	

Manquante	Système manquant	487	21,5		
Total		2269	100,0		
Q31 NEWSEMP_ prise de nouvelles par l'employeur durant l'arrêt de travail (question filtrée)					
		Fréquence	Pour cent	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	oui	652	28,7	36,7	36,7
	non et non souhaité	215	9,5	12,1	48,8
	non mais souhaité	708	31,2	39,9	88,7
	non concerné	201	8,9	11,3	100,0
	Total	1776	78,3	100,0	
Manquante	Système manquant	493	21,7		
Total		2269	100,0		

Q31 (recodée) NEWSEMP_ prise de nouvelles par l'employeur durant l'arrêt de travail (question filtrée)					
		Fréquence	Pour cent	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	Oui	652	28,7	41,4	41,4
	non, et je ne le souhaitais pas	215	9,5	13,7	55,0
	non, mais je l'aurais souhaité	708	31,2	45,0	100,0
	Total	1575	69,4	100,0	
Manquante	Système manquant	694	30,6		
Total		2269	100,0		

Q32 REPRIS4_ reprise du travail dans la même entreprise (question filtrée)						
			Fréquence	Pour cent	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	reprise au même poste de travail, sans aménagement		391	17,2	21,1	21,1
	reprise même poste de travail, avec aménagement du poste		183	8,1	9,9	31,0
	reprise à un autre poste de travail		254	11,2	13,7	44,7
	non reprise		1023	45,1	55,3	100,0
	Total		1851	81,6	100,0	
Manquante	Système manquant		418	18,4		
Total			2269	100,0		

Q33 REPHOR_ reprise avec des horaires identiques (question filtrée)					
		Fréquence	Pour cent	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	Oui	598	26,4	72,2	72,2
	non, horaires diminués et choisis	121	5,3	14,6	86,8
	non, horaires diminués et imposés	73	3,2	8,8	95,7
	non, horaires augmentés et choisis	11	,5	1,3	97,0
	non, horaires augmentés et imposés	25	1,1	3,0	100,0
	Total	828	36,5	100,0	
Manquante	Système manquant		1441	63,5	
Total		2269	100,0		

Q34 REPSAL_ la reprise s'est-elle accompagnée d'une perte de salaire ? (question filtrée)					
		Fréquence	Pour cent	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	oui	201	8,9	24,4	24,4
	non	622	27,4	75,6	100,0
	Total	823	36,3	100,0	
Manquante	Système manquant	1446	63,7		
Total		2269	100,0		

Q35 REPCOLL_ accueil au retour dans l'entreprise par les collègues (question filtrée)					
		Fréquence	Pour cent	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	très bon	215	9,5	27,6	27,6
	bon	270	11,9	34,6	62,2
	moyen / indifférent	208	9,2	26,7	88,8
	mauvais	45	2,0	5,8	94,6
	très mauvais	42	1,9	5,4	100,0
	Total	780	34,4	100,0	
Manquante	Système manquant	1489	65,6		
Total		2269	100,0		

Q36 REPEMPL_ accueil au retour dans l'entreprise par l'employeur et la hiérarchie (question filtrée)					
		Fréquence	Pour cent	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	très bon	144	6,3	18,8	18,8
	bon	211	9,3	27,5	46,2
	moyen / indifférent	250	11,0	32,6	78,8
	mauvais	72	3,2	9,4	88,2
	très mauvais	91	4,0	11,8	100,0
	Total	768	33,8	100,0	
Manquante	Système manquant	1501	66,2		
Total		2269	100,0		

Q37 RECHUTE_ rechute ou aggravation de la santé par la suite (question filtrée)					
		Fréquence	Pour cent	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	non	275	12,1	33,3	33,3
	oui et maintien dans l'emploi	374	16,5	45,3	78,7
	oui et rupture professionnelle consécutive	176	7,8	21,3	100,0
	Total	825	36,4	100,0	
Manquante	Système manquant	1444	63,6		
Total		2269	100,0		

Q38 NOREPRI_ raison de la non reprise du travail suite au problème de santé (question filtrée)					
		Fréquence	Pour cent	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	licencié pour inaptitude	625	27,5	51,9	51,9
	contrat non renouvelé	86	3,8	7,1	59,0
	démission	30	1,3	2,5	61,5
	retraite anticipée	71	3,1	5,9	67,4
	toujours en arrêt de travail	180	7,9	14,9	82,3
	autre raison	213	9,4	17,7	100,0
	Total	1205	53,1	100,0	
Manquante	Système manquant	1064	46,9		
Total		2269	100,0		

Q39 WSUITE_ par la suite, avez-vous retrouvé du travail ? (question filtrée)					
		Fréquence	Pour cent	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	oui, moins de 1 an après	106	4,7	11,3	11,3
	oui, plus de 1 ans après mais moins de 2 ans après	84	3,7	8,9	20,2
	oui, plus de 2 ans après mais moins de 3 ans après	63	2,8	6,7	26,9
	oui, plus de 3 ans après	102	4,5	10,9	37,8
	non	584	25,7	62,2	100,0
	Total	939	41,4	100,0	
Manquante	Système manquant	1330	58,6		
Total		2269	100,0		

Q40 PROSUIT_ était-ce dans la même profession ? (question filtrée)					
		Fréquence	Pour cent	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	oui	55	2,4	15,2	15,2
	non	307	13,5	84,8	100,0
	Total	362	16,0	100,0	
Manquante	Système manquant	1907	84,0		
Total		2269	100,0		

Q41 SALSUIT_ était-ce à un niveau de salaire comparable ? (question filtrée)					
		Fréquence	Pour cent	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	oui	61	2,7	17,5	17,5
	non, à un niveau inférieur pour un temps de travail identique	145	6,4	41,7	59,2
	non, à un niveau inférieur pour un temps de travail plus court	80	3,5	23,0	82,2
	non, à un niveau supérieur pour un temps de travail identique	42	1,9	12,1	94,3
	non, à un niveau supérieur pour un temps de travail plus long	20	,9	5,7	100,0
	Total	348	15,3	100,0	
Manquante	Système manquant	1921	84,7		
Total		2269	100,0		

Q42 AGEFIPH_ aide de l'AGEFIPH pour la reprise du travail (question filtrée)					
		Fréquence	Pour cent	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	oui	216	9,5	21,7	21,7
	non, mais j'en aurais eu besoin	243	10,7	24,4	46,1
	non, je n'en au pas eu besoin	283	12,5	28,4	74,5
	ne sait pas	254	11,2	25,5	100,0
	Total	996	43,9	100,0	
Manquante	Système manquant	1273	56,1		
Total		2269	100,0		

Q43 SAMETH_ aide d'un SAMETH ou CAP Emploi pour la reprise du travail (question filtrée)					
		Fréquence	Pour cent	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	oui	173	7,6	17,5	17,5
	non, mais j'en aurais eu besoin	274	12,1	27,7	45,2
	non, je n'en au pas eu besoin	419	18,5	42,3	87,5
	ne sait pas	124	5,5	12,5	100,0
	Total	990	43,6	100,0	
Manquante	Système manquant	1279	56,4		
Total		2269	100,0		

Q44 RECONV_ reconversion professionnelle dans le cadre de la reprise du travail (question filtrée)					
		Fréquence	Pour cent	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	oui	463	20,4	46,5	46,5
	non	533	23,5	53,5	100,0
	Total	996	43,9	100,0	
Manquante	Système manquant	1273	56,1		
Total		2269	100,0		

Q45 FORMREC_ formation reçue dans le cadre de cette reconversion (question filtrée)					
		Fréquence	Pour cent	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	oui	234	10,3	50,6	50,6
	non, mais j'en aurais eu besoin	134	5,9	29,0	79,7
	non, je n'en au pas eu besoin	94	4,1	20,3	100,0
	Total	462	20,4	100,0	
Manquante	Système manquant	1807	79,6		
Total		2269	100,0		

Q46 TYPFORM_ si oui, type de formation dont vous avez bénéficié (question filtrée)					
		Fréquence	Pour cent	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	Centre de rééducation professionnelle	86	3,8	35,7	35,7
	AGEFIPH	42	1,9	17,4	53,1
	Conseil régional	12	,5	5,0	58,1
	CIF / DIF	17	,7	7,1	65,1
	autre type de formation	74	3,3	30,7	95,9
	ne se souvient plus	10	,4	4,1	100,0
	Total	241	10,6	100,0	
Manquante	Système manquant	2028	89,4		

Total		2269	100,0	
-------	--	------	-------	--

Q47 AAH_ AAH perçue en 2011					
		Fréquence	Pour cent	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	oui	204	9,0	10,2	10,2
	non, car demande non faite	592	26,1	29,7	40,0
	non, car refusée	297	13,1	14,9	54,9
	non concerné	899	39,6	45,1	100,0
	Total	1992	87,8	100,0	
Manquante	Système manquant	277	12,2		
Total		2269	100,0		

Q48 PI_ pension d'invalidité perçue en 2011					
		Fréquence	Pour cent	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	oui	753	33,2	38,2	38,2
	non, car demande non faite	401	17,7	20,3	58,5
	non, car refusée	216	9,5	10,9	69,4
	non concerné	603	26,6	30,6	100,0
	Total	1973	87,0	100,0	
Manquante	Système manquant	296	13,0		
Total		2269	100,0		

Q49 IPP_ rente pour IPP perçue en 2011					
		Fréquence	Pour cent	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	oui	1075	47,4	54,3	54,3
	non, car demande non faite	269	11,9	13,6	67,9
	non, car refusée	156	6,9	7,9	75,8
	non concerné	478	21,1	24,2	100,0
	Total	1978	87,2	100,0	
Manquante	Système manquant	291	12,8		
Total		2269	100,0		

Q50 ACTP_ Allocation compensatrice tierce personne perçue en 2011					
		Fréquence	Pour cent	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	oui	95	4,2	4,8	4,8
	non, car demande non faite	643	28,3	32,6	37,4
	non, car refusée	187	8,2	9,5	46,9
	non concerné	1047	46,1	53,1	100,0
	Total	1972	86,9	100,0	
Manquante	Système manquant	297	13,1		
Total		2269	100,0		

Q51 PCH_1 _prestation de compensation du handicap en 2011 : oui, aide humaine (QCM)					
		Fréquence	Pour cent	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	modalité non choisie	1846	81,4	94,5	94,5
	oui, aide humaine	108	4,8	5,5	100,0
	Total	1954	86,1	100,0	

Manquante	Système manquant	315	13,9		
Total		2269	100,0		

Q51 PCH_2 _prestation de compensation du handicap en 2011 : oui, aide technique (QCM)					
		Fréquence	Pour cent	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	modalité non choisie	1858	81,9	95,1	95,1
	oui, aide technique	96	4,2	4,9	100,0
	Total	1954	86,1	100,0	
Manquante	Système manquant	315	13,9		
Total		2269	100,0		

Q51 PCH3_ prestation de compensation du handicap en 2011 : oui, aménagement du logement ou du véhicule (QCM)					
		Fréquence	Pour cent	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	modalité non choisie	1859	81,9	95,1	95,1
	oui, aménagement logement / véhicule	95	4,2	4,9	100,0
	Total	1954	86,1	100,0	
Manquante	Système manquant	315	13,9		
Total		2269	100,0		

Q51 PCH4_ prestation de compensation du handicap en 2011 : non car non demandée (QCM)					
		Fréquence	Pour cent	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	modalité non choisie	1302	57,4	66,6	66,6
	non, car non demandée	652	28,7	33,4	100,0
	Total	1954	86,1	100,0	
Manquante	Système manquant	315	13,9		
Total		2269	100,0		

Q51 PCH5_ prestation de compensation du handicap en 2011 : non car refusée (QCM)					
		Fréquence	Pour cent	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	modalité non choisie	1769	78,0	90,5	90,5
	non car refusée	185	8,2	9,5	100,0
	Total	1954	86,1	100,0	
Manquante	Système manquant	315	13,9		
Total		2269	100,0		

Q51 PCH6_ prestation de compensation du handicap en 2011 : non concerné (QCM)					
		Fréquence	Pour cent	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	modalité non choisie	987	43,5	50,5	50,5
	non concerné	967	42,6	49,5	100,0
	Total	1954	86,1	100,0	
Manquante	Système manquant	315	13,9		
Total		2269	100,0		

Q51 (recodée) PCHGLOB_ prestation de compensation du handicap perçue en 2011					
		Fréquence	Pour cent	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	oui, tout type d'aide	205	9,0	10,5	10,5
	non car pas de demande	648	28,6	33,2	43,7
	non car refus	174	7,7	8,9	52,6
	non concerné	926	40,8	47,4	100,0
	Total	1953	86,1	100,0	
Manquante	Système manquant	316	13,9		
Total		2269	100,0		

Q52 AIDEDOM_ aide ménagère à domicile perçue en 2011					
		Fréquence	Pour cent	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	oui	86	3,8	4,4	4,4
	non, car demande non faite	617	27,2	31,4	35,7
	non, car refusée	120	5,3	6,1	41,8
	non concerné	1145	50,5	58,2	100,0
	Total	1968	86,7	100,0	
Manquante	Système manquant	301	13,3		
Total		2269	100,0		

Q53 KALASS1_ rente versée par une compagnie d'assurance en 2011 : pour perte de salaire (QCM)					
		Fréquence	Pour cent	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	modalité non choisie	1770	78,0	92,0	92,0
	oui pour perte de salaire	153	6,7	8,0	100,0
	Total	1923	84,8	100,0	
Manquante	Système manquant	346	15,2		
Total		2269	100,0		

Q53 KALASS2_ rente versée par une compagnie d'assurance en 2011: pour aide humaine tierce personne (QCM)					
		Fréquence	Pour cent	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	modalité non choisie	1896	83,6	98,6	98,6
	oui pour aide humaine tierce personne	27	1,2	1,4	100,0
	Total	1923	84,8	100,0	
Manquante	Système manquant	346	15,2		
Total		2269	100,0		

Q53 KALASS3_ rente versée par compagnie d'assurance en 2011: pour aménagement logement et/ou véhicule (QCM)					
		Fréquence	Pour cent	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	modalité non choisie	1906	84,0	99,1	99,1
	oui pour aménagement logement/véhicule	17	,7	,9	100,0
	Total	1923	84,8	100,0	
Manquante	Système manquant	346	15,2		
Total		2269	100,0		

Q53 KALASS4_ rente versée par une compagnie d'assurance en 2011 : non car non demandée (QCM)					
		Fréquence	Pour cent	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	modalité non choisie	1689	74,4	87,8	87,8
	non car non demandée	234	10,3	12,2	100,0
	Total	1923	84,8	100,0	
Manquante	Système manquant	346	15,2		
Total		2269	100,0		

Q53 KALASS5_ rente versée par une compagnie d'assurance en 2011 : non car refusée (QCM)					
		Fréquence	Pour cent	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	modalité non choisie	1828	80,6	95,1	95,1
	non car refusée	95	4,2	4,9	100,0
	Total	1923	84,8	100,0	
Manquante	Système manquant	346	15,2		
Total		2269	100,0		

Q53 KALASS6_ rente versée par une compagnie d'assurance en 2011 : non concerné (QCM)					
		Fréquence	Pour cent	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	modalité non choisie	492	21,7	25,6	25,6
	non concerné	1431	63,1	74,4	100,0
	Total	1923	84,8	100,0	
Manquante	Système manquant	346	15,2		
Total		2269	100,0		

Q53 (recodée) KALGLOB_ rente versée par une compagnie d'assurance en 2011					
		Fréquence	Pour cent	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	oui, tout type d'aide	179	7,9	9,3	9,3
	non car pas de demande	229	10,1	11,9	21,2
	non car refusée	94	4,1	4,9	26,1
	non concerné	1421	62,6	73,9	100,0
	Total	1923	84,8	100,0	
Manquante	Système manquant	346	15,2		
Total		2269	100,0		

Q54 APA_ allocation personnalisée d'autonomie perçue en 2011					
		Fréquence	Pour cent	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	oui	28	1,2	1,4	1,4
	non, car demande non faite	517	22,8	26,5	27,9
	non, car refusée	64	2,8	3,3	31,2
	non concerné	1343	59,2	68,8	100,0
	Total	1952	86,0	100,0	
Manquante	Système manquant	317	14,0		
Total		2269	100,0		

Q55 SANTNOW_ état de santé général aujourd'hui (en 2011)					
		Fréquence	Pour cent	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	très bon	17	,7	,9	,9
	bon	266	11,7	13,4	14,3
	moyen	899	39,6	45,4	59,6
	mauvais	559	24,6	28,2	87,8
	très mauvais	241	10,6	12,2	100,0
	Total	1982	87,4	100,0	
Manquante	Système manquant	287	12,6		
Total		2269	100,0		

Q56 CHRONOW_ maladie chronique ou problème de santé durable (+ de 6 mois) aujourd'hui (2011)					
		Fréquence	Pour cent	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	oui	1525	67,2	77,5	77,5
	non	354	15,6	18,0	95,4
	ne sait pas	90	4,0	4,6	100,0
	Total	1969	86,8	100,0	
Manquante	Système manquant	300	13,2		
Total		2269	100,0		

Q57 LIMNOW_ être limité dans les activités quotidiennes à cause d'un problème de santé aujourd'hui (2011)					
		Fréquence	Pour cent	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	oui, fortement	899	39,6	45,2	45,2
	oui, mais pas fortement	963	42,4	48,4	93,5
	non, pas limité du tout	104	4,6	5,2	98,7
	ne sait pas	25	1,1	1,3	100,0
	Total	1991	87,7	100,0	
Manquante	Système manquant	278	12,3		
Total		2269	100,0		

Q58 SANTVI1_ un ou plusieurs autres graves problèmes de santé au cours de votre vie : oui, lié(s) au travail (QCM)					
		Fréquence	Pour cent	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	modalité non choisie	1407	62,0	70,9	70,9
	autre(s) grave(s) problème(s) lié(s) au travail	578	25,5	29,1	100,0
	Total	1985	87,5	100,0	
Manquante	Système manquant	284	12,5		
Total		2269	100,0		

Q58 SANTVI2_ un ou plusieurs autres graves problèmes de santé au cours de votre vie : oui, non lié(s) au travail (QCM)					
		Fréquence	Pour cent	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	modalité non choisie	1421	62,6	71,6	71,6
	autre(s) grave(s) problème(s) NON lié(s) au travail	564	24,9	28,4	100,0
	Total	1985	87,5	100,0	
Manquante	Système manquant	284	12,5		
Total		2269	100,0		

Q58 SANTVI3_ un ou plusieurs autres graves problèmes de santé au cours de votre vie : non (QCM)					
		Fréquence	Pour cent	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	modalité non choisie	1054	46,5	53,1	53,1
	non, pas d'autres graves problèmes de santé	931	41,0	46,9	100,0
	Total	1985	87,5	100,0	
Manquante	Système manquant	284	12,5		
Total		2269	100,0		

Q58 (recodée) SVIEGLOB _ un ou plusieurs autres graves problèmes de santé au cours de votre vie					
		Fréquence	Pour cent	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	autre(s) problème(s) liés au travail	493	21,7	24,9	24,9
	autre(s) problème(s) non liés au travail	479	21,1	24,2	49,0
	autres problèmes liés et non liés au travail	85	3,7	4,3	53,3
	pas d'autre grave problème de santé	926	40,8	46,7	100,0
	Total	1983	87,4	100,0	
Manquante	Système manquant	286	12,6		
Total		2269	100,0		

Annexe IV – Répartition des répondants et des adhérents actuels de la FNATH par département et par région

Région	Répondants à l'enquête en ligne :				Fichier des adhérents FNATH actuels :			
	Département	N	%	poids région	Groupement	N	%	poids région
Alsace	67	6	0,3%	0,5%	67	-		0%
	68	6	0,3%		68	4	0,003%	
Aquitaine	24	40	1,8%	6,0%	24	1 925	1,6%	5,4%
	33	37	1,7%		33	1 924	1,6%	
	40	20	0,9%		40	950	0,8%	
	47	11	0,5%		47	583	0,5%	
	64	25	1,1%		64	925	0,8%	
Auvergne	03	43	1,9%	3,6%	3	2 489	2,1%	4,3%
	15	2	0,1%		15	-		
	43	5	0,2%		43	-		
	63	30	1,3%		63	2 519	2,1%	
Basse-Normandie	14	13	0,6%	1,5%	14	1 401	1,2%	2,2%
	50	12	0,5%		50	633	0,5%	
	61	9	0,4%		61	551	0,5%	
Bourgogne	21	20	0,9%	4,0%	21	543	0,5%	3,9%
	58	5	0,2%		58	661	0,6%	
	71	48	2,2%		71	2 638	2,2%	
	89	15	0,7%		89	773	0,7%	
Bretagne	22	12	0,5%	4,8%	22	-		5,8%
	29	20	0,9%		29	918	0,8%	
	35	46	2,1%		35	3 244	2,8%	
	56	28	1,3%		56	2 650	2,3%	
Centre	18	23	1,0%	4,2%	18	2 193	1,9%	6,7%
	28	23	1,0%		28	1 240	1,1%	
	36	12	0,5%		36	1 750	1,5%	
	37	11	0,5%		37	704	0,6%	
	41	8	0,4%		41	818	0,7%	
	45	17	0,8%		45	1 117	1,0%	
Champagne-Ardenne	08	3	0,1%	0,9%	8	-		1,1%
	10	6	0,3%		10	584	0,5%	
	51	9	0,4%		51	727	0,6%	
	52	3	0,1%		52	-		
Corse	20	1	0,0%		20	0,017%		
Franche-Comté	25	16	0,7%	2,7%	25	1 361	1,2%	3,0%
	39	9	0,4%		39	614	0,5%	
	70	28	1,3%		70	1 274	1,1%	
	90	8	0,4%		90	255	0,2%	
Haute-Normandie	27	8	0,4%	2,0%	27	-		2,0%
	76	36	1,6%		76	2 368	2,0%	
Ile-de-France	75	22	1,0%	8,6%	75	7 463	6,4%	7,5%
	77	24	1,1%		77	1 337	1,1%	
	78	27	1,2%		78	-		
	91	27	1,2%		91	-		
	92	22	1,0%		92	-		
	93	23	1,0%		93	-		
	94	19	0,9%		94	-		
	95	28	1,3%		95	-		

Région	Répondants à l'enquête en ligne :				Fichier des adhérents FNATH actuels :			
	Département	N	%	poids région	Groupement	N	%	poids région
Languedoc-Rousillon	11	62	2,8%	7,6%	11	927	0,8%	5,5%
	30	34	1,5%		30	1 699	1,4%	
	34	50	2,2%		34	2 620	2,2%	
	48	3	0,1%		48	79	0,1%	
	66	20	0,9%		66	1 160	1,0%	
Limousin	19	19	0,9%	3,8%	19	336	0,3%	7,1%
	23	4	0,2%		23	754	0,6%	
	87	62	2,8%		87	7 209	6,1%	
Lorraine	54	14	0,6%	2,4%	54	1 129	1,0%	2,5%
	55	10	0,4%		55	124	0,1%	
	57	11	0,5%		57	716	0,6%	
	88	18	0,8%		88	1 014	0,9%	
Midi-Pyrénées	09	11	0,5%	6,6%	9	324	0,3%	4,6%
	12	28	1,3%		12	1 714	1,5%	
	31	66	3,0%		31	1 772	1,5%	
	32	12	0,5%		32	258	0,2%	
	46	8	0,4%		46	-		
	65	6	0,3%		65	295	0,3%	
	81	4	0,2%		81	511	0,4%	
	82	12	0,5%		82	556	0,5%	
Nord-Pas-de-Calais	59	61	2,7%	5,1%	59	3 075	2,6%	4,2%
	62	53	2,4%		62	1 904	1,6%	
Pays de la Loire	44	41	1,8%	6,9%	44	2 203	1,9%	12,0%
	49	25	1,1%		49	3 642	3,1%	
	53	21	0,9%		53	1 201	1,0%	
	72	15	0,7%		72	2 736	2,3%	
	85	52	2,3%		85	4 253	3,6%	
Picardie	02	17	0,8%	2,6%	2	631	0,5%	2,0%
	60	14	0,6%		60	641	0,5%	
	80	26	1,2%		80	1 061	0,9%	
Poitou-Charentes	16	18	0,8%	9,3%	16	639	0,5%	8,2%
	17	29	1,3%		17	2 159	1,8%	
	79	141	6,3%		79	5 148	4,4%	
	86	20	0,9%		86	1 645	1,4%	
Provence-Alpes-Côte d'Azur	04	3	0,1%	6,1%	4	-		2,5%
	05	5	0,2%		5	-		
	06	22	1,0%		6	914	0,8%	
	13	55	2,5%		13	1 136	1,0%	
	83	25	1,1%		83	230	0,2%	
	84	25	1,1%		84	629	0,5%	
Rhône-Alpes	01	23	1,0%	10,7%	1	965	0,8%	9,5%
	07	20	0,9%		7	-		
	26	31	1,4%		26	1 787	1,5%	
	38	24	1,1%		38	1 062	0,9%	
	42	36	1,6%		42	2 876	2,4%	
	69	71	3,2%		69	2 148	1,8%	
	73	14	0,6%		73	1 458	1,2%	
	74	19	0,9%		74	897	0,8%	

Annexe V – Principes et conditions d'attribution des aides financières versées en compensation d'un handicap mentionnées dans l'enquête

Source : <http://vosdroits.service-public.fr>

Allocation pour adulte handicapé (AAH)

L'allocation pour adulte handicapé (AAH) permet de garantir un revenu minimum aux personnes handicapées. Ce droit est ouvert dès lors que la personne handicapée ne peut prétendre à un avantage vieillesse, invalidité ou rente d'accident du travail d'un montant au moins égal à celui de l'AAH.

Pour pouvoir bénéficier de l'AAH, la personne handicapée doit remplir un certain nombre de conditions d'âge, d'incapacité, de résidence et de nationalité ainsi que de ressources.

Conditions d'âge :

- Age minimum : Le demandeur doit être âgé de plus de 20 ans ou de plus de 16 ans, si il n'est plus considéré comme étant à charge pour le bénéfice des prestations familiales.
- Age maximum : Le versement de l'AAH prend fin à partir de l'âge minimum légal de départ à la retraite en cas d'incapacité de 50 % à 79 %. À cet âge, le bénéficiaire bascule dans le régime de retraite pour inaptitude.

En cas d'incapacité d'au moins 80 %, une AAH différentielle (c'est-à-dire une allocation mensuelle réduite) peut être versée au-delà de l'âge minimum légal de départ à la retraite en complément d'une retraite inférieure au minimum vieillesse.

Conditions liées au handicap :

Le demandeur doit être atteint d'un taux d'incapacité permanente :

- d'au moins 80 %
- ou compris entre 50 et 79 % et avoir une restriction substantielle et durable d'accès à un emploi du fait de son handicap.

Ce taux d'incapacité est apprécié par la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) en fonction d'un guide-barème.

La restriction *substantielle* d'accès à un emploi est caractérisée par d'importantes difficultés à accéder à un emploi qui sont liées exclusivement aux effets du handicap et qui ne peuvent pas être compensées par des mesures permettant de faciliter l'accès à un emploi, l'aménagement d'un poste de travail...

La restriction est *durable* dès lors qu'elle est d'une durée prévisible d'au moins 1 an à compter du dépôt de la demande d'AAH, même si la situation médicale du demandeur n'est pas stabilisée. Elle est reconnue pour une durée de 1 à 2 ans.

Conditions de résidence et de nationalité :

Le demandeur doit résider de façon permanente (c'est-à-dire avoir son domicile habituel) en France métropolitaine ou dans les départements d'outre-mer et Mayotte.

Les étrangers, à l'exception des ressortissants des États de l'Espace économique européen (EEE), doivent posséder un titre de séjour régulier ou être titulaire d'un récépissé de demande de renouvellement de titre de séjour.

Conditions de ressources :

Les ressources prises en compte pour l'attribution de l'AAH sont l'ensemble des revenus nets catégoriels du demandeur et de son conjoint, concubin ou pacsé, retenus pour l'établissement de l'impôt sur le revenu. Ces ressources ne doivent pas dépasser un plafond annuel fixé à : 8.923,44 € pour une personne seule, 17.846,88 € pour une personne vivant en couple. Ce plafond est majoré de 4.461,72 € par enfant à charge.

Pension d'invalidité (PI)

Vous pouvez être reconnu invalide si votre capacité de travail est réduite d'au moins deux tiers à la suite d'un *accident non professionnel ou d'une maladie d'origine non professionnelle*. Sous réserve de remplir certaines conditions, vous recevez alors une pension d'invalidité afin de compenser votre perte de salaire. En cas de faibles revenus, vous pouvez également avoir droit à l'allocation supplémentaire d'invalidité (ASI).

En cas d'incapacité permanente résultant d'un accident de travail ou d'une maladie professionnelle, vous pouvez avoir droit à une rente.

Condition d'âge : Vous pouvez percevoir la pension d'invalidité tant que vous n'avez pas atteint l'âge légal de départ à la retraite (soit entre 60 ans et 62 ans selon votre date de naissance).

Conditions médicales : L'invalidité doit réduire d'au moins deux tiers votre capacité de travail ou de gain : cela signifie qu'en raison de votre état de santé, vous ne pouvez percevoir qu'un tiers de la rémunération normale perçue par des travailleurs de même catégorie et travaillant dans la même région que vous.

Date de l'examen du droit à pension :

- s'il s'agit d'un accident d'origine non professionnelle : après la *consolidation* de votre blessure,

- si vous avez bénéficié des indemnités journalières de l'assurance maladie (3 ans au maximum) :
 - o soit à l'expiration de la période maximale de 3 ans,
 - o soit après stabilisation de votre état de santé, dans le cas où elle est constatée avant l'expiration de la période des 3 ans.
- si votre invalidité provient de l'usure prématurée de votre organisme : au moment de la constatation médicale de votre invalidité.

Conditions administratives : Vous devez être immatriculé à la sécurité sociale depuis au moins 12 mois au 1er jour du mois au cours duquel est survenue soit l'interruption de travail suivie d'invalidité, soit la constatation de l'état d'invalidité résultant de l'usure prématurée de l'organisme.

Vous devez soit avoir cotisé sur un salaire au moins égal à 2030 fois le SMIC horaire au cours des 12 mois civils précédant l'interruption de travail, dont 1015 fois au cours des 6 premiers mois, soit avoir effectué 800 heures de travail salarié au cours des 12 mois précédant l'interruption de travail ou la constatation de l'état d'invalidité, dont 200 heures au moins au cours des 3 premiers mois.

Indemnisation en cas d'incapacité permanente de travail (IPP)

À sa guérison, à l'issue d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle, si le salarié conserve des séquelles et souffre d'une diminution durable de ses capacités physiques ou mentales, la caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) détermine un taux d'incapacité permanente (IPP).

En fonction de ce taux, le salarié bénéficie, de la part de la CPAM, d'une indemnisation sous forme d'indemnité en capital ou de rente viagère.

Fixation du taux d'IPP : L'évaluation du taux d'IPP peut être effectuée à 2 moments :

- en cours d'instruction (on parle alors d'IPP prévisionnelle), lorsque la reconnaissance du caractère professionnel de sa maladie s'effectue hors du cadre des tableaux des maladies professionnelles et est subordonnée à une IPP d'au moins 25 %,
- à la fin de l'instruction, lorsque le caractère professionnel de la maladie a été reconnu.

Le taux d'IPP prévisionnelle est fixé à titre provisoire.

Le taux en fonction duquel le salarié est indemnisé est celui fixé à l'issue de l'instruction de la demande de reconnaissance de la maladie professionnelle, après la décision favorable de la CPAM.

Incapacité permanente définitive : La CPAM fixe le taux d'IPP définitive après avis de son médecin-conseil et dans certains cas, du médecin du travail (notamment lorsque l'incapacité permanente présentée par le salarié est susceptible de le rendre inapte à l'exercice de sa profession).

Elle en informe le salarié et son employeur qui peuvent demander communication de l'avis du médecin conseil dans les 10 jours suivant la notification de la décision.

Recours : La décision de la CPAM peut être contestée par le salarié et l'employeur devant le tribunal du contentieux de l'incapacité dans les 2 mois suivant sa notification.

À noter : le taux d'IPP définitive n'a pas un caractère absolument définitif et peut faire l'objet d'une révision en cas d'aggravation de l'état de santé du salarié.

Indemnisation de l'IPP : L'indemnisation dépend du taux d'IPP :

- si le taux d'IPP est inférieur à 10 %, le salarié bénéficie, de la part de sa CPAM, d'une indemnité forfaitaire en capital versée en une seule fois,
- si le taux d'IPP est égal ou supérieur à 10 %, le salarié bénéficie, de la part de sa CPAM, d'une rente viagère jusqu'à son décès.

La rente est calculée sur la base du salaire annuel de la victime multiplié par le taux d'incapacité réduit ou augmenté en fonction de la gravité de l'incapacité. Le salaire annuel pris en compte est la rémunération effective totale perçue au cours des 12 mois qui ont précédé l'arrêt de travail consécutif à l'accident ou la maladie. Il ne peut pas être inférieur à 17.553,03 € et supérieur à 140.424,24 € .

Indemnisation complémentaire en cas de faute inexcusable de l'employeur : Lorsque l'accident du travail ou la maladie professionnelle est dû à la faute inexcusable de l'employeur, le salarié peut prétendre à une indemnisation complémentaire et à la réparation des préjudices qu'il a subis, notamment :

- du préjudice causé par les souffrances physiques et morales,
- des préjudices esthétiques et d'agrément,
- du préjudice résultant de la perte ou de la diminution de ses possibilités de promotion professionnelle.

Il y a faute inexcusable de l'employeur lorsqu'il avait ou aurait dû avoir conscience du danger auquel était exposé le salarié et qu'il n'a pas pris les mesures nécessaires pour l'en préserver.

C'est au salarié victime de prouver la faute inexcusable de son employeur.

La demande d'indemnisation et de réparation des préjudices doit être faite auprès de la CPAM.

Allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP)

L'allocation compensatrice pour tierce personne est une prestation d'aide sociale versée par le conseil général. Elle s'adresse aux personnes handicapées dont le taux d'incapacité est au moins de 80 % et qui ont besoin de l'aide d'une autre personne pour les actes essentiels de la vie.

Cette allocation, qui a été remplacée en 2006 par la **prestation de compensation du handicap**, ne concerne plus que les personnes qui la percevaient déjà et qui ont choisi de la conserver.

Fin du dispositif : Le dispositif de l'allocation compensatrice est remplacé par celui de la prestation de compensation, en vigueur au 1er janvier 2006. Cependant, les personnes admises au bénéfice de l'ACTP avant cette date continuent à la percevoir, tant qu'elles remplissent les conditions d'attribution et qu'elles le choisissent, à chaque renouvellement des droits. Ce droit d'option est assorti d'une information préalable sur les montants respectifs de l'allocation et de la prestation auxquels elle peut avoir droit. À défaut d'avoir exprimé leur choix, les bénéficiaires de l'ACTP sont présumés avoir opté pour la prestation de compensation.

Précision liée au handicap : Le demandeur de l'allocation doit être en mesure de justifier de la nécessité de l'aide d'une tierce personne pour les actes essentiels de la vie (par exemple : se laver, marcher, s'habiller).

Condition de résidence : résider en France métropolitaine, être de nationalité française, ou disposer d'un titre de séjour régulier pour les personnes étrangères.

Condition d'âge : La personne handicapée doit être âgée :

- d'au moins 20 ans (ou d'au moins 16 ans si elle n'est plus considérée à la charge de ses parents au sens des prestations familiales),
- et de moins de 60 ans, âge à partir duquel elle peut bénéficier de l' allocation personnalisée d'autonomie (APA).

Conditions de ressources : Le plafond annuel de ressources correspondant au revenu net catégoriel du demandeur ne doit pas dépasser celui de l'allocation pour adulte handicapé (AAH), à savoir : 8.923,44 € pour une personne seule, 17.846,88 € pour une personne vivant en couple, majoré de 4.461,72 € par enfant à charge, et augmenté du montant de l'ACTP accordée.

Toutefois, seul le quart des ressources provenant du travail de la personne handicapée est pris en compte dans cette évaluation. Les rémunérations versées aux stagiaires de la formation professionnelle sont assimilées à des revenus du travail.

Exclusion des bénéficiaires d'avantages analogues : L'ACTP ne peut pas être attribuée aux personnes qui bénéficient :

- de l'allocation pour assistance d'une tierce personne éventuellement versée en complément d'une rente d'accident du travail,
- ou de la majoration pour tierce personne (MTP) éventuellement liée à une pension d'invalidité ou de vieillesse.

Prestation de compensation du handicap (PCH)

La prestation de compensation est une aide personnalisée destinée à financer les besoins liés à la perte d'autonomie des personnes handicapées. Ces besoins doivent être inscrits dans un plan personnalisé défini par l'équipe pluridisciplinaire de la Maison départementale des personnes handicapées (MDPH), sur la base du projet de vie exprimé par la personne. Il est possible de bénéficier de la prestation de compensation du handicap (PCH) à domicile, ou en établissement. Cette prestation couvre les aides humaines, aides matérielles (aménagement du logement et du véhicule) aides animalières.

La prestation de compensation du handicap (PCH) est une aide financière, versée par le Conseil général, destinée à financer les besoins liés à la perte d'autonomie des personnes handicapées. Son attribution est personnalisée.

Bénéficiaires : toute personne handicapée

- âgée d'au maximum 75 ans
- qui n'exerce pas d'activité et
- dont le handicap est survenu avant l'âge de 60 ans

peut bénéficier de la PCH.

Conditions d'attribution :

- **Conditions de handicap :** Pour bénéficier de la PCH, il faut que le handicap de la personne concernée génère, de façon définitive ou une pour durée prévisible d'au moins 1 an :
 - une difficulté absolue pour réaliser au moins 1 activité essentielle. La difficulté à accomplir ces activités est qualifiée d'absolue lorsqu'elles ne peuvent pas du tout être réalisées par la personne elle-même
 - ou une difficulté grave pour réaliser au moins 2 activités essentielles. La difficulté à accomplir ces activités est qualifiée de grave lorsqu'elles sont réalisées difficilement et de

façon altérée par rapport à l'activité habituellement réalisée par une personne du même âge et en bonne santé.

La liste des activités concernées est répartie en 4 grands domaines : la mobilité (exemples : les déplacements à l'intérieur et à l'extérieur du logement), l'entretien personnel (exemples : la toilette, l'habillage, l'alimentation), la communication (exemples : la parole, l'ouïe, la capacité à utiliser des moyens de communication), la capacité générale à se repérer dans l'environnement et à protéger ses intérêts (exemples : savoir se repérer dans le temps et dans l'espace, assurer sa sécurité).

- **Conditions de résidence** : L'intéressé doit résider de façon stable et régulière sur le territoire national. Les personnes étrangères, à l'exception des citoyens des États membres de l'Union européenne ou de l'Espace économique européen, doivent en outre détenir une carte de résident, ou un titre de séjour valide. Le demandeur peut être hébergé ou accompagné en établissement social ou médico-social, ou être hospitalisé en établissement de santé ou à domicile et demander la PCH. Les personnes handicapées hébergées en établissement dans un pays ayant une frontière commune avec la France (Belgique, Luxembourg, Allemagne, Suisse, Italie ou Espagne), faute de possibilité d'accueil adapté plus proche, peuvent bénéficier de la PCH en établissement. Dans ce cas, le séjour doit s'inscrire dans le cadre d'une décision d'orientation de la commission pour les droits et l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH), d'une durée comprise entre 1 et 5 ans et donner lieu, en plus, à une prise en charge par l'assurance maladie ou par l'aide sociale.

Aide ménagère à domicile

Une aide sociale, sous forme d'aide ménagère, peut vous être attribuée si vous êtes âgé et que votre état de santé le justifie. Vous devez en faire la demande.

Des *conditions d'âge et de ressources* sont notamment exigées.

Le recours à l'aide ménagère peut vous être accordé si vous remplissez les 3 conditions suivantes :

- vous êtes âgé d'au moins 65 ans (60 ans en cas d'inaptitude au travail),
- vous avez besoin d'une aide matérielle en raison de votre état de santé pour accomplir les travaux domestiques de 1^{ère} nécessité et vous permettre de rester à votre domicile ou dans un foyer logement,
- vous ne disposez pas déjà de l'allocation personnalisée d'autonomie (Apa).

Le nombre d'heures attribué est fonction de vos besoins.

Prise en charge financière : En fonction de vos ressources, la prestation d'aide ménagère à domicile est prise en charge :

- soit par votre département au titre de l'aide sociale. Vos ressources mensuelles doivent être inférieures à 742,27 € si vous vivez seul et à 1.181,77 € si vous vivez en couple,
- soit par votre caisse de retraite, si vos ressources mensuelles sont supérieures aux montants ci-dessus.

Dans chacun des cas, une participation financière peut vous être demandée. Elle est déterminée en fonction de vos revenus.

Vous pouvez bénéficier d'une exonération de cotisations sociales si vous remplissez les conditions.

Allocation personnalisée d'autonomie (APA)

L'allocation personnalisée d'autonomie (APA) est une allocation destinée aux **personnes âgées**.

Elle est ouverte aux personnes hébergées à domicile ou dans un établissement.

Le demandeur doit remplir un certain nombre de conditions pour pouvoir en bénéficier.

Une fois attribuée, la personne âgée doit respecter certaines obligations envers le conseil général.

L'ensemble des conditions ci-dessous doit être rempli :

- être âgé de 60 ans ou plus
- être en manque ou en perte d'autonomie en raison de son état physique ou mental
- avoir besoin d'une aide pour l'accomplissement des actes essentiels de la vie ou être dans un état nécessitant une surveillance régulière (groupe 1 à 4 de la grille AGGIR)
- résider de façon stable et régulière en France et pour les étrangers, être en séjour légal en France.

À savoir : l'attribution de l'APA n'est pas soumise à conditions de ressources. Toutefois, une somme (le "ticket modérateur") reste à la charge du bénéficiaire, sauf si ses revenus sont inférieurs à 710,31 € par mois.