

Rapport

**de la commission instituée
par l'article L. 176-2
du code de la sécurité sociale**

Juin 2014

SOMMAIRE

Introduction	8
PARTIE I Mise en œuvre des propositions de la dernière commission et autres mesures récentes relatives aux AT-MP	10
<u>1- Le rapport de la précédente commission et la mise en œuvre de ses préconisations</u>	
1-1- Le rapport de la précédente commission	11
1-2- Les préconisations de la précédente commission	12
1-3- Le bilan de la mise en œuvre des préconisations	13
1-3-1 <u>Préconisation n°1 et n°2</u> : Formation et information des médecins	14
1-3-1-1 Préconisation n°1 : Inciter les commissions nationales compétentes pour définir les maquettes d'enseignements obligatoires à imposer un enseignement sur la connaissance des pathologies professionnelles et leur déclaration	15
1-3-1-2 Préconisation n°2 : Sensibiliser les présidents d'université à l'instauration de cours sur les pathologies professionnelles (formation initiale et continue)	15
1-3-2 <u>Préconisation n°3</u> : Encourager les sociétés savantes médicales à réaliser des outils d'information et d'aide au repérage des MP	15
1-3-2-1 Les actions de la DGS	15
1-3-2-2 Les actions de la SFMT	16
1-3-3 <u>Préconisation n°4</u> : Examiner la possibilité de confier aux infirmières des entreprises et aux agents de prévention la déclaration de MP	16
1-3-4 <u>Préconisations n°5</u> : Eviter la confusion entre les circuits propres aux CRRMP et ceux propres à la déclaration de droit commun, lorsque les médecins du travail sont appelés par la CNAMTS à émettre un avis motivé sur la maladie et l'exposition au risque	17
1-3-5 <u>Préconisation n°6</u> : Communiquer à destination des victimes, des médecins du travail et des assistantes sociales sur les possibilités de cumul entre rente AT-MP et pension d'invalidité	17
1-3-6 <u>Préconisation n°7</u> : Conduire la CNAMTS à élaborer un guide concernant les droits et démarches à accomplir en cas d'accident du travail ou de maladie professionnelle	17
1-3-7 <u>Préconisation n°8</u> : Confier aux assistantes sociales des organismes de sécurité sociale une mission d'aide à la déclaration, aux démarches administratives et d'information des victimes sur leurs droits aux prestations et leur cumul	18

1-3-8	<u>Préconisation n°9</u> : Poursuivre les efforts de contrôle par les corps d'inspection et d'encourager l'accompagnement de la mise en œuvre de la réglementation	19
1-3-9	<u>Préconisation n°10</u> : Mieux informer les professionnels de santé sur les modalités d'enregistrement des soins et prescriptions en AT/MP	22
1-3-10	<u>Préconisation n°11</u> : Mettre en œuvre les recommandations antérieures de la commission relatives aux établissements de santé	23
1-3-11	<u>Préconisation n°12</u> : Poursuivre et accélérer l'actualisation des tableaux de maladies professionnelles	23
1-3-12	<u>Préconisation n°13</u> : Prolonger les actions d'harmonisation des taux de reconnaissance entre caisses et définir des critères communs pour la fixation de taux d'IP homogènes	23
1-3-13	<u>Préconisation n°14</u> : Remédier aux lourdes insuffisances dans les appareils de collecte de l'information et les données épidémiologiques	24
	<u>2- Les développements récents de la lutte contre les grands risques professionnels</u>	24
	2-1- Les COG AT/MP : avenant 2013 à la COG 2009-2012 et COG 2014-2017	25
	2-2- La réforme de la médecine du travail	27
	2-3- Le compte personnel de prévention de la pénibilité	28
	2-4- Amiante	29
	2-5- Les développements récents de la lutte contre les risques psycho-sociaux (RPS)	32
	2-5-1- L'amélioration de la prise en charge des pathologies psychiques	32
	2-5-2- La prévention des RPS	33
	2-6- Les suites de la décision du Conseil constitutionnel du 18 juin 2010	35
	2-6- La jurisprudence relative au préjudice d'anxiété	36

PARTIE II	
Éléments de comparaison européens	37

<u>1- Maladies professionnelles</u>	37
1-1- Observations préliminaires	37
1-2- Les demandes de reconnaissance (déclarations)	39
1-3- Les reconnaissances	41
1-3-1- Des taux de reconnaissance très variables	41
1-3-2- Le poids des différentes pathologies	42
<u>2-Accidents du travail</u>	45
2-1- Problèmes de définition	45
2-2- Les accidents du travail non mortels	46
2-3- Les accidents du travail mortels (hors trajet)	47

2-4- Les accidents de trajet (non mortels)	48
---	----

PARTIE III Principales causes de sous-déclaration et de sous-reconnaissance des risques professionnels	49
---	----

1- <u>Causes de sous-déclaration des risques professionnels</u>	49
1-1- Causes tenant aux employeurs	49
1-2- Causes tenant aux victimes	51
1-2-1- L'ignorance de la victime	52
1-2-2- La crainte de l'absence d'aboutissement de la démarche	52
1-2-3- L'arbitrage entre la réparation au titre des accidents du travail et maladies professionnelles et la pension d'invalidité	52
1-2-4- Les causes d'une réticence à la déclaration	55
1-3- Causes tenant aux professionnels de santé	56
1-3-1- Les médecins de soins	56
1-3-2- Les problèmes liés à l'enregistrement des soins et prestations en AT-MP	60
1-3-3- Les médecins du travail	60
1-3-4- Les établissements de santé	62
1-4- Les expérimentations susceptibles de participer à la réduction de sous-déclaration des risques professionnels	63
2- <u>La sous-reconnaissance</u>	65
2-1- Sur les taux de dispersion entre caisses	65
2-2- Le problème des tableaux de maladies professionnelles	67
2-2-1- La commission est revenue sur les modalités administratives de révision ou de création des tableaux de maladies professionnelles	67
2-2-2- La commission a souligné qu'un certain nombre de tableaux nécessitaient d'être révisés	69
2-3- Le problème particulier de la reconnaissance des pathologies psychiques	70

PARTIE IV Evaluation de la sous-déclaration des accidents du travail et des maladies professionnelles	73
--	----

<u>1- Evolution de la sinistralité de la branche accidents du travail – maladies professionnelles (AT/MP)</u>	74
--	----

1-1- Panorama global de la sinistralité	74
1-2- Répartition de la sinistralité par secteur d'activité	75
1-3- Répartition de la sinistralité par âge de la victime	79
1-4- Ventilation par pathologie des maladies professionnelles reconnues par les CPAM	80
<u>2- Données épidémiologiques permettant d'apprécier la sous-déclaration des pathologies professionnelles et des accidents du travail</u>	82
2-1- Troubles musculo-squelettiques	82
2-2- Affections du rachis lombaire, dorsalgies, lombalgies	83
2-3- Asthmes et broncho-pneumopathies chroniques obstructives (BPCO)	84
2-4- Dermatoses	86
2-5- Surdités	86
2-6- Les accidents du travail	87
2-7- Cancers	88
<u>3- Evaluation des coûts moyens des pathologies retenues</u>	93
3-1- Eléments de coût issus des données de la branche AT-MP	93
3-2- Cas particulier : l'estimation du coût des cancers	96
<u>4- Synthèse : évaluation de la sous-déclaration des accidents du travail et des maladies professionnelles</u>	101

PARTIE V Préconisations de la commission	102
---	-----

1°) <u>Les médecins</u>	102
2°) <u>Les victimes</u>	102
3°) <u>Les entreprises</u>	102
4°) <u>La prise en charge des soins et actes relevant de la branche AT-MP</u>	103
5°) <u>L'actualisation des tableaux des maladies professionnelles</u>	103

6°) L'amélioration de la collecte de l'information	103
ANNEXES	
- Annexe n°1 Suites données aux préconisations de la précédente commission (rapport de juillet 2011)	105
- Annexe n°2 Statistiques des visites de la rubrique « droits et démarches » du site Ameli.fr	110
- Annexe n°3 Tableau comparatif invalidité et rente AT/MP	111
- Annexe n°4 Estimation de l'InVS de la part et du nombre de syndromes du canal carpien opérés et de hernies discales opérées attribuables à l'activité professionnelle	117
- Annexe n°5 Estimation de l'InVS de la part de cancer attribuable à certains cancérogènes en France	122
- Annexe n°6 Comptes-rendus des auditions des partenaires sociaux :	125
- la FNATH	125
- la CFDT	127
- le MEDEF	130
- la CFE-CGC	132
- la CGT	134
- la CFTC	138
- la CGT-FO	143
- la CGPME	144
- Annexe n°7 Contributions des partenaires sociaux	147
- la CGT-FO	148
- la CFTC	152
- la CFE-CGC	157
- le MEDEF	161
- Annexe n°8 Lettre de mission du président	168
- Annexe n°9 Composition de la commission	170

INTRODUCTION

L'article L. 176-1 du code de la sécurité sociale (issu de l'article 30 de la loi du 27 décembre 1996 de financement de la sécurité sociale pour 1997, modifié par l'article 54-II de la loi du 21 décembre 2001 de financement de la sécurité sociale pour 2002) dispose qu'« *il est institué à la charge de la branche accidents du travail et maladies professionnelles, au profit de la branche maladie, maternité, invalidité, décès du régime général, un versement annuel pour tenir compte des dépenses supportées par cette dernière branche au titre des accidents et affections non pris en charge en application du livre IV* », c'est-à-dire au titre de la réglementation fixée par le code de la sécurité sociale sur les accidents du travail et les maladies professionnelles, et que « *le montant de ce versement est pris en compte dans la détermination des éléments de calcul de la cotisation due au titre des accidents du travail et des maladies professionnelles* ».

L'article L. 176-2 du code de la sécurité sociale prévoit par ailleurs que le montant du versement est fixé chaque année par la loi de financement de la sécurité sociale et qu'une commission présidée par un magistrat de la Cour des comptes remet tous les trois ans au Parlement et au gouvernement un rapport évaluant le coût réel pour la branche maladie de la sous-déclaration des accidents du travail et des maladies professionnelles. Cet article précise par ailleurs que la commission des accidents du travail et des maladies professionnelles rend un avis sur ce rapport qui est transmis au Parlement et au gouvernement avant le 1^{er} juillet de l'année considérée.

Un arrêté en date du 26 janvier 2005 (modifié par un arrêté en date du 21 janvier 2008) avait fixé, outre son président, à huit le nombre des membres de la commission.

Un arrêté en date du 11 février 2011 en a modifié la composition. Il prévoit qu'elle comprend, outre son président, dix membres :

- un médecin-conseil désigné par le directeur général de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) ;
- un représentant désigné par la directrice générale de l'Institut de veille sanitaire (InVS) ;
- un représentant désigné par le directeur de l'Institut de recherches et de documentation en économie de la santé (IRDES) ;
- un inspecteur du travail et un médecin inspecteur du travail désignés par le directeur général du travail au ministère du travail, de l'emploi et de la santé ;
- un représentant désigné par le directeur général de l'Agence nationale de sécurité sanitaire, de l'alimentation, de l'environnement et du travail (ANSES) ;
- le directeur du groupement d'intérêt public Eurogip ou son représentant ;
- deux praticiens désignés par les présidents de deux sociétés savantes ;
- deux praticiens exerçant dans un service de pathologie professionnelle désignés par le président de la Société française de médecine du travail.

Mise en place le 25 mars 2014, la présente commission a poursuivi ses travaux jusqu'au 27 mai 2014.

La lettre de mission adressée au président de la commission par la ministre des affaires sociales et de la santé précise que les travaux de la commission devront s'inscrire dans la continuité de ceux des précédentes commissions, s'attacher à examiner l'ensemble des raisons

qui induisent toujours une méconnaissance des risques déjà mis en lumière par la commission de 2011 (absence de déclaration de la maladie ou de l'accident, insuffisance des données statistiques et épidémiologiques, difficultés liées aux procédures de reconnaissance ou rencontrées par l'actualisation des tableaux des maladies professionnelles) et procéder à une comparaison avec la situation prévalant dans les pays européens.

La commission a en outre été invitée à remettre toute proposition qu'elle jugerait utile en vue d'améliorer les procédures de reconnaissance de ces risques, les études épidémiologiques, la législation applicable ainsi que les outils statistiques et comptables.

La présente commission s'est attachée à dresser un bilan de la mise en œuvre des propositions formulées par la précédente et des actions conduites pouvant avoir des effets sur la sous-déclaration des risques professionnels. Elle a examiné la situation prévalant dans d'autres pays européens. Elle a ensuite estimé le coût de la sous déclaration pour la branche maladie. Elle a enfin formulé un certain nombre de recommandations.

PARTIE I

Mise en œuvre des propositions de la dernière commission et autres mesures récentes relatives aux AT-MP

L'article L.176-1 du code de la sécurité sociale prévoit qu'il est institué à la charge de la branche accidents du travail et maladies professionnelles (AT-MP), au profit de la branche maladie, maternité, invalidité, décès du régime général, un versement annuel pour tenir compte des dépenses supportées par cette branche au titre des accidents et affections non pris en charge en application du livre IV du code de la sécurité sociale, mais qui auraient normalement dû l'être. Ce versement permet donc de compenser la prise en charge par la branche maladie des AT-MP sous-déclarés, quelle que soit la cause de cette sous-déclaration.

L'article L.176-2 du même code précise que le montant de ce versement est fixé chaque année par la loi de financement de la sécurité sociale et qu'une commission présidée par un magistrat de la Cour des comptes remet tous les trois ans au Parlement et au gouvernement avant le 1^{er} juillet de l'année considérée un rapport évaluant le coût réel pour la branche maladie de la sous-déclaration des AT-MP.

Depuis 1997, six commissions se sont attachées à l'estimation du versement annuel : celle présidée par M. DENIEL en 1997, celles présidées par M^{me} Marianne LEVY-ROSENWALD en 1999 et 2002 et celles présidées par M. Noël DIRICQ en 2005, 2008 et 2011. Ces commissions ont rendu des avis qui ont été suivis par le Parlement.

Le tableau ci-dessous retrace les montants reversés par la branche AT-MP depuis 1997 :

Versement de la branche AT à la branche maladie (L.176-1, code sécurité sociale)		
Objet	Année	Montant (en millions d'euros)
Maladies professionnelles	1997	137,20
Maladies professionnelles	1998	138,71
Maladies professionnelles	1999	140,38
Maladies professionnelles	2000	141,02
Maladies professionnelles	2001	144,06
Maladies professionnelles + accidents du travail	2002	299,62
Maladies professionnelles + accidents du travail	2003 à 2006	330,00
Maladies professionnelles + accidents du travail	2007 et 2008	410,00
Maladies professionnelles + accidents du travail	2009 à 2011	710,00
Maladies professionnelles + accidents du travail	2012 à 2014	790,00

1- Le rapport de la précédente commission et la mise en œuvre de ses préconisations

1-1- Le rapport de la précédente commission

Le rapport de la dernière commission qui s'est réunie en 2011 sous la présidence de M. DIRICQ, conseiller-maître à la Cour des comptes, dresse pour commencer un bilan globalement positif des suites données aux préconisations de la commission précédente réunie en 2008, en raison notamment de la mobilisation des pouvoirs publics, des partenaires sociaux et de la CNAMTS en matière de santé au travail. Il relève cependant des sujets de préoccupation : peu de progrès ont été accomplis dans la formation des médecins sur les pathologies d'origine professionnelle ; la commission n'a eu à connaître d'aucune amélioration substantielle dans les pratiques de signalement par les hôpitaux ; enfin, malgré les efforts déployés, la lenteur du travail d'actualisation des tableaux de maladies professionnelles persiste.

Les comparaisons avec plusieurs pays européens montrent que la France se distingue par le nombre de reconnaissances des maladies professionnelles, essentiellement sous l'effet des reconnaissances des troubles musculo-squelettiques (TMS). Les explications des disparités entre pays s'avèrent complexes, engageant les fondements mêmes des systèmes autant que les pratiques des autorités impliquées.

Le rapport revient par ailleurs sur les causes multiples – et qui évoluent peu – de la sous-déclaration : méconnaissance par la victime de ses droits ou de l'origine professionnelle de son affection, appréhensions du salarié au regard de l'emploi, de la complexité de la procédure ou du caractère forfaitaire de la prise en charge, pressions de certains employeurs sur les salariés afin d'éviter la déclaration, insuffisante formation et information des médecins, manque d'effectifs des médecins du travail, difficultés liées à l'enregistrement des soins et prestations en AT-MP par les professionnels de santé et non imputation des dépenses AT-MP par les établissements de santé.

Enfin, le rapport situe le coût de la sous-déclaration pour la branche maladie du régime général dans une fourchette comprise entre 587 et 1 110 M€, soit un ordre de grandeur légèrement supérieur à celui de 2008 (564 – 1 015 M€).

La méthodologie générale retenue par la commission a consisté à évaluer un nombre de sinistres sous-déclarés et le coût moyen attaché à ces accidents et maladies. Elle a ainsi rapproché, pour les principales pathologies identifiées, les diverses sources et études épidémiologiques existantes des statistiques des sinistres indemnisés par la branche AT-MP.

Deux éléments techniques ont contribué à la relative proximité de l'estimation 2011 avec la précédente estimation (2008) du coût de la sous-déclaration des maladies professionnelles.

D'une part, le périmètre du chiffrage est resté presque identique, couvrant les cancers d'origine professionnelle (cancers liés à l'amiante, au benzène, au goudron, au bois...), les TMS, les dermatoses allergiques et irritatives, l'asthme, les broncho-pneumopathies chroniques obstructives (BPCO) et les accidents du travail. Seule la surdité d'origine professionnelle est venue élargir ce champ, faute de données épidémiologiques assez solides

pour aborder d'autres pathologies, mais elle ne représente qu'un faible coût pour la branche maladie.

D'autre part, le coût de la sous-déclaration sur le poste le plus important, à savoir les cancers d'origine professionnelle, a été approché par une actualisation de celui de 2008, faute de données épidémiologiques nouvelles. Plusieurs méthodes d'évaluation des coûts moyens des cancers ont été testées par la commission qui a décidé, dans la mesure où aucune méthode ne l'emportait sur une autre et dans un souci de continuité, d'utiliser à nouveau les coûts moyens des cancers calculés par l'INCa.

A l'inverse, d'autres facteurs ont joué, bien que dans une moindre mesure, dans le sens d'une modification des chiffres de 2008. Le plus intéressant concerne les TMS, pour lesquels la commission a pu conclure à une diminution du taux de non déclaration, qui se déduit nécessairement de la forte croissance des déclarations due à l'impact des campagnes publiques d'information. Par ailleurs, des évolutions ont été notées concernant les dermatoses (augmentation des cas incidents, diminution des reconnaissances, augmentation des coûts moyens) et les asthmes (diminution des coûts moyens en IJ).

Le rapport formule enfin un certain nombre de préconisations visant, pour l'avenir, à limiter le phénomène de sous-déclaration, et dont l'essentiel porte sur l'amélioration de la formation des médecins et l'aide aux victimes tout au long de la procédure de déclaration. Elles concernent également le contrôle du respect par les entreprises de la réglementation, la prise en charge des soins et actes relevant de la branche AT-MP, l'accélération du rythme d'actualisation des tableaux de maladies professionnelles et l'amélioration de la collecte de l'information sur les AT-MP.

1-2- Les préconisations de la précédente commission

Pour remédier à cette sous-déclaration et sous-reconnaissance, la commission préconisait de :

1°) Faire en sorte que les ministères chargés de la santé et de l'enseignement supérieur parviennent à imposer un enseignement portant sur la connaissance des pathologies professionnelles (et la procédure de leur déclaration), dans les maquettes d'enseignements obligatoires ;

2°) Conduire des actions de sensibilisation auprès des présidents d'université pour que soient instaurés (ou valorisés) les cours sur les pathologies professionnelles durant la formation initiale et continue des médecins ;

3°) Encourager les sociétés savantes médicales à réaliser des outils d'information et d'aide au repérage des maladies professionnelles, pouvant être utilisés par les médecins traitants et dans les centres de consultation des pathologies professionnelles ;

4°) Examiner la possibilité de confier aux infirmières des entreprises et aux agents chargés de la mise en œuvre des règles d'hygiène et de sécurité la déclaration de maladies professionnelles ;

5°) Eviter la confusion entre les circuits propres aux comités régionaux de reconnaissance des maladies professionnelles (CRRMP) et les circuits propres à la déclaration de droit commun lorsque les médecins du travail sont appelés par la CNAMTS à émettre un avis motivé sur la maladie et l'exposition au risque ;

6°) Communiquer à destination des victimes, médecins du travail et assistantes sociales sur les possibilités de cumul entre rente AT-MP et pension d'invalidité ;

7°) Inciter la CNAMTS à élaborer un guide des droits et démarches en cas d'AT-MP, à destination des victimes ;

8°) Confier aux assistantes sociales des organismes de sécurité sociale une mission d'aide à la déclaration et aux démarches administratives, ainsi qu'une mission d'information sur les droits à prestation et sur les possibilités de cumul ;

9°) Poursuivre les efforts de contrôle par les corps d'inspection et encourager l'accompagnement de la mise en œuvre de la réglementation (notamment par l'élaboration de conventions d'objectifs avec les organisations professionnelles concernées) ;

10°) Mieux informer les professionnels de santé sur les modalités d'enregistrement des soins et prescriptions en AT/MP lors de l'établissement des flux électroniques Sesam-Vitale ;

11°) Mettre en œuvre les recommandations de la commission antérieure relatives aux établissements de santé, en visant concurremment leurs directions et les présidents de CME ;

12°) Poursuivre et accélérer l'actualisation des tableaux de MP pour tenir compte des connaissances épidémiologiques et scientifiques nouvelles ;

13°) Encourager la CNAMTS à prolonger les actions d'harmonisation des taux de reconnaissance entre caisses (au-delà des AT et du tableau n°57) et des taux d'IP attribués par les médecins conseils ;

14°) Améliorer la collecte de l'information par la CNAMTS en permettant de suivre les arrêts « maladie » indemnisés en relation avec l'activité professionnelle des assurés, ce qui requiert une évolution des systèmes d'information pour faire partie intégrante du SNIIRAM (système national d'information inter-régimes d'assurance maladie).

1-3- Le bilan de la mise en œuvre des préconisations de la commission

(Voir en annexe la présentation sous forme de tableau synoptique).

1-3-1- Préconisation n°1 et n°2 : formation et information des médecins

Toutes les commissions chargées d'évaluer la sous-déclaration des AT-MP ont préconisé la mise en place de formations des médecins aux risques professionnels (formation initiale et continue).

A la suite du PST 2005-2009, le PST 2 (2010-2014) prévoit de sensibiliser les professionnels, dans le cadre de leur formation initiale et continue, à la santé au travail et à ses déterminants, ainsi qu'à une meilleure identification des pathologies d'origine professionnelle.

L'action 32 du PST 2 prévoit ainsi :

- de former les médecins de soins à l'identification des maladies professionnelles : engager une concertation avec le ministère chargé de la santé, de l'enseignement supérieur et les conseils nationaux de la formation médicale continue (CNMFC) sur un programme de formation initiale et continue des médecins généralistes et spécialistes (mesure également reprise par le PNSE 2 – action 59) ;

- de doter les médecins de recommandations de bonnes pratiques en santé au travail, notamment sur les cancers professionnels et de développer les formations (mesure reprise au 12.3 Plan cancer 2009-2013).

Le PST 2 prévoit aussi d'impulser la formation à la la santé et à la sécurité au travail :

- en introduisant cette thématique dans tous les types de formations, c'est-à-dire notamment celles des ingénieurs et cadres, architectes, celles dispensée dans les lycées professionnels et les centres de formation aux apprentis et aux demandeurs d'emploi (action n° 8) ;
- en structurant et développant une filière professionnelle en matière de santé et sécurité au travail (action n° 9).

1-3-1-1- Préconisation n°1 : les ministères chargés de la santé et de l'enseignement supérieur devraient s'attacher à ce que les commissions nationales compétentes pour définir les maquettes d'enseignements obligatoires (CNIPI et CPNES) imposent un enseignement portant sur la connaissance des pathologies professionnelles (et sur la procédure de déclaration de ces dernières), afin que soient mises en œuvre les mesures prévues par l'action 32 du PST2.

La Direction générale de l'offre de soins (DGOS) a communiqué deux éléments témoignant de l'effort de mise en œuvre de cette première préconisation.

D'une part, dans le cadre du deuxième cycle des études de médecine, un arrêté du 8 avril 2013 *relatif au régime des études en vue du premier et deuxième cycle des études médicales* prévoit une unité d'enseignement relative notamment à la santé au travail, dans le cadre du tronc commun des objectifs généraux de la formation. Elle porte sur l'environnement professionnel et la santé au travail, l'organisation de la médecine du travail et la prévention des risques professionnels, les accidents du travail et les maladies professionnelles.

Il s'agit de l'UE 6 « Maladies transmissibles - Risques sanitaires - Santé au travail » qui comprend notamment les items suivants :

- *N° 178. Environnement professionnel et santé au travail*
 - Évaluer l'impact du travail sur la santé et rapporter une pathologie aux contraintes professionnelles ;
 - Évaluer l'impact d'une pathologie chronique sur les capacités de travail ;
 - Donner des informations sur les conséquences médico-sociales d'une inaptitude au travail et les principes généraux de l'orientation et du reclassement.
- *N° 179. Organisation de la médecine du travail. Prévention des risques professionnels*
 - Expliquer les missions du médecin du travail et le cadre de son action ;
 - Expliquer les modalités de recours au médecin du travail ;
 - Expliquer les possibilités d'action préventive du médecin du travail, en termes de prévention primaire, secondaire et tertiaire.
- *N° 180. Accidents du travail et maladies professionnelles : définitions et enjeux*
 - Définir un accident du travail, une maladie professionnelle, une incapacité permanente, une consolidation ;
 - Rédiger un certificat médical initial ;

- Décrire les procédures de reconnaissance ;
- Expliquer les enjeux médicaux et sociaux de la reconnaissance et d'un suivi post-professionnel.

D'autre part, dans le cadre du troisième cycle des études de médecine, le contenu des diplômes de spécialité médicale est déterminé par des « maquettes » établies par arrêté conjoint des ministres chargés de l'enseignement supérieur et de la santé. La maquette de formation de médecine du travail, précisée au sein de l'arrêté du 22 septembre 2004 *relatif à la liste et réglementation des diplômes d'études supérieures de médecine*, prévoit parmi les enseignements théoriques un enseignement sur les pathologies professionnelles. Les autres maquettes de formation, et notamment celle de la médecine générale, ne contiennent pas à ce jour d'enseignement théorique relatif aux pathologies professionnelles.

D'après la DGOS, cette réflexion relative aux évolutions de maquettes de formation pourrait s'inscrire dans le cadre des travaux en cours sur une réforme du troisième cycle des études médicales qui devrait comporter un important travail pédagogique.

1-3-1-2- Préconisation n°2 : il conviendrait de conduire des actions de sensibilisation auprès des présidents d'université pour que soient instaurés (ou valorisés s'ils sont rendus obligatoires par les maquettes métiers) les cours sur les pathologies professionnelles durant la formation initiale des médecins, et conduire des actions similaires pour la formation continue des médecins.

La commission constate que l'absence d'avancée sur ce point peut trouver une explication dans l'autonomie croissante des universités. Elle a toutefois approfondi sa réflexion pour tenir compte de la mise en place d'une systématisation de la formation continue des médecins.

1-3-2- Préconisation n°3 : il conviendrait d'encourager les sociétés savantes médicales à réaliser des outils d'information et d'aide au repérage des maladies professionnelles pouvant être utilisés par les médecins traitants et dans les centres de consultation des pathologies professionnelles, à l'instar du questionnaire de repérage des expositions professionnelles chez les sujets atteints de cancer bronchique primitif réalisé par la Société de pneumologie de langue française (SPLF).

1-3-2-1- La Direction générale de la santé (DGS) a mentionné de nombreux éléments traduisant une mise en œuvre progressive de cette troisième préconisation.

En effet, des actions ont été conduites dans le cadre du plan cancer 2009-2013, dont notamment la mise en œuvre de la déclaration obligatoire des mésothéliomes dont l'objectif est de renforcer la connaissance des cancers liés à l'amiante.

En outre, la mise en place par l'Institut de veille sanitaire (InVS) d'un dispositif de recueil des signalements de cancers dans la population générale et en milieu professionnel s'est traduite par des conventions signées entre l'InVS et les médecins traitants.

De plus, les fiches repères de l'Institut national du cancer (INCa) s'adressent aux professionnels, y compris les généralistes. La fiche repère relative aux cancers professionnels mentionne les modalités de déclaration ; il en est de même pour celles traitant des différents

cancers liés à un risque professionnel. Ces fiches sont disponibles sur le site internet de l'INCa.

Sur le volet sanitaire des risques liés à l'environnement, l'information des professionnels de santé s'inscrit dans le cadre du deuxième plan national santé environnement (PNSE 2). L'action 55 de ce plan porte sur la formation en santé-environnement et santé-travail des professionnels de santé.

Dans ce cadre, la DGS a cofinancé avec le ministère chargé de l'environnement, en 2011, 2012 et 2013, à titre expérimental, une action de formation continue auprès de médecins généralistes. L'objectif de cette action résidait dans la formation d'une quarantaine de formateurs régionaux sur le thème « cancer et environnement ». Ce dispositif qui est appelé à se poursuivre dans le cadre de l'organisation du dispositif de développement professionnel continu (DPC) maintenant établi, fait aussi l'objet d'actions spécifiques soutenues par certaines agences régionales de santé (ARS).

La réalisation d'outils d'information en direction des médecins généralistes pourrait passer par des thèmes proposés dans le cadre du DPC. Pour rappel, l'élaboration des orientations nationales du DPC et le suivi des dispositifs d'analyse des pratiques professionnelles relèvent des attributions de la DGOS, de même que l'organisation des structures hospitalières dont font partie les centres de consultations de pathologies professionnelles.

1-3-2-2- La Société française de médecine du travail (SFMT) publie des recommandations (<http://www.chu-rouen.fr/sfmt/pages/Recommandations.php>) qui s'inscrivent notamment dans le cadre de la mesure 12.3 du Plan cancer (2009-2013) et des actions 5 et 7 du PST 2 :

- Recommandation relative à la surveillance médico-professionnelle des travailleurs exposés ou ayant été exposés à des agents cancérigènes chimiques : application aux cancérigènes pour la vessie. Cette recommandation de bonne pratique a reçu le label INCa-HAS en mars 2012 ;
- Recommandation relative à la surveillance des travailleurs postés et/ou de nuit (label HAS délivré le 24 mai 2012) ;
- Participation de la SFMT à la recommandation HAS « Syndrome du canal carpien : optimiser la pertinence du parcours patient », publiée le 27 mai 2013 ;
- Recommandation de bonne pratique sur la surveillance médico-professionnelle du risque lombaire pour les travailleurs exposés à des manipulations de charges (label HAS délivré le 21 octobre 2013).

La commission a souligné que, de manière générale, le rôle des sociétés savantes prenait de l'ampleur par l'édition de règles et de recommandations de bonne pratique, particulièrement lorsque celles-ci sont labellisées HAS. En effet, le rôle des sociétés savantes, ainsi que celui de la HAS, sont d'autant plus importants que l'Etat ne s'implique plus directement dans les préconisations médicales (arrêté NOR: ETST1202853A du 2 mai 2012).

1-3-3- Préconisation n°4 : il conviendrait d'examiner la possibilité de confier aux infirmières des entreprises et aux agents chargés de la mise en œuvre des règles d'hygiène et de sécurité (ACMO) la déclaration de maladies professionnelles, compte tenu notamment de la pénurie de médecins du travail.

Avant tout, il convient de préciser que les agents chargés de la mise en œuvre des règles d'hygiène et de sécurité (ACMO) se nomment désormais « agents de prévention ».

Aucune réforme n'a été menée précisément en ce sens. Cependant, le troisième Plan cancer (2014-2019) s'inscrit dans cette logique. En effet, le quatrième objectif du Plan cancer 3 prévoit la création d'un métier d'infirmier clinicien qui sera déployé prioritairement dans le champ de la cancérologie « pour faire face aux besoins nouveaux, notamment en matière de suivi des chimiothérapies orales ou de coordination des parcours ». Le déploiement des premières formations d'infirmier clinicien est prévu pour la rentrée universitaire 2016.

La commission a toutefois constaté une réalité nouvelle, par rapport à 2011, qui tient à la présence d'infirmières de santé au travail (aujourd'hui, plus de 1000).

1-3-4- Préconisation n°5 : lorsque les médecins du travail sont appelés par la CNAMTS à émettre un avis motivé sur la maladie et l'exposition au risque, il faudrait éviter la confusion entre les circuits propres aux CRRMP et ceux propres à la déclaration de droit commun (maladies mentionnées dans les tableaux). A cette fin, la CNAMTS devrait utiliser deux formulaires différents pour que le médecin du travail sache dans quel cadre son avis lui est demandé.

Cette préconisation a été mise en œuvre par la CNAMTS puisque le courrier-type adressé par les caisses au médecin du travail, en vigueur depuis 2009, mentionne dans son objet : « Système complémentaire de reconnaissance des maladies professionnelles – Demande d'avis motivé ». Elle précise également dans le corps de la lettre « pour me permettre d'adresser le dossier au secrétariat du CRRMP ».

1-3-5- Préconisation n°6 : il conviendrait de communiquer à destination des victimes, des médecins du travail (en entreprise comme en centre de consultation de pathologie professionnelle) et des assistantes sociales sur les possibilités de cumuls entre rente AT-MP et pension d'invalidité, la réglementation en la matière confinant à l'opacité.

Cette préconisation n'a pas donné lieu à concrétisation. La formulation retenue en 2011 permettait de comprendre que, plus qu'une amélioration de nature pédagogique, la commission suggérerait une simplification de la réglementation. Elle n'a pas changé d'avis. De son côté, la CNAMTS reconnaît que la réglementation nécessiterait de gagner en clarté.

1-3-6- Préconisation n°7 : un guide concernant les droits et les démarches à accomplir devrait être élaboré par la CNAMTS et remis aux victimes pour qu'elles connaissent, outre les démarches à accomplir pour déclarer une maladie professionnelle ou un accident du travail, l'ensemble des prestations auxquelles elles peuvent avoir droit.

Cette préconisation a été mise en œuvre. En effet, la CNAMTS a diffusé et mis en ligne, au début de l'année 2012, sur son site *Ameli*, des informations sur les droits et démarches de la personne victime d'un accident du travail, d'une maladie professionnelle ou d'un accident de trajet. Un tableau en annexe (annexe n°2) présente l'évolution du nombre de visites de la rubrique « droits et démarches » du site *Ameli.fr*.

De plus, il a été relevé au sein de la commission que la réforme de santé au travail impose désormais aux médecins du travail d'informer les salariés, tant sur les risques que sur les conséquences possibles de l'exposition à ces risques. Reste cependant le sujet du suivi post-exposition des salariés qui changent d'emploi et de structure, ainsi que de ceux qui sont simultanément présents dans plusieurs structures (métiers de la maintenance notamment).

1-3-7- Préconisation n°8 : une aide à la déclaration et aux démarches administratives pourrait être confiée aux assistantes sociales des organismes de sécurité sociale qui exercent déjà de telles démarches pour les personnes qui sollicitent une pension d'invalidité. Elles pourraient également informer les personnes sur leurs droits aux diverses prestations et leur cumul (notamment cumul possible d'une rente AT-MP et d'une pension d'invalidité ou avec l'allocation aux adultes handicapés).

Aucune disposition n'a été prise pour mettre en œuvre cette huitième préconisation, qui supposerait une augmentation du nombre des assistantes sociales des organismes chargés de l'assurance maladie et de la santé au travail.

Cependant, la commission a relevé que des avancées ont été réalisées au niveau local :

- il existe notamment un service social dans les caisses régionales et leurs antennes locales ; toutefois, il ne s'agit pas d'un accompagnement personnalisé, l'enquête sociale n'intervenant que lorsqu'une difficulté particulière apparaît ;
- de plus, des actions ponctuelles sont menées par des associations. Exemples : l'association ONCOMIP¹, ou encore le GIS COP 93² pour les cancers professionnels qui sont signalés à la caisse dans le but de faire procéder à une reconstitution de carrière par des non professionnels de la santé au travail, par exemple des assistantes sociales ;
- en outre, la CNAMTS a mené une expérimentation d'aide au repérage de l'origine professionnelle des tumeurs de la vessie. Menée par les médecins conseils, elle a consisté à prendre contact avec les assurés ayant envoyé un protocole de soins pour tumeur de la vessie dans le cadre d'une demande d'ALD exonérante. A partir d'un questionnaire d'exposition professionnelle rempli par l'assuré, le service médical informe, le cas échéant, la personne de ses droits à réparation au titre d'une MP. Il lui facilite la démarche de déclaration et prend contact avec son médecin traitant pour qu'il rédige un certificat médical initial (CMI). Le bilan de cette expérimentation a été présenté à la commission des accidents du travail et des maladies professionnelles (CAT-MP) en décembre 2013. Dans les six régions expérimentatrices le nombre de déclarations de MP pour tumeur de la vessie a été multiplié en moyenne par 4,5. Ce programme d'aide au repérage de l'origine professionnelle des tumeurs de la vessie va être généralisé en 2015.

1-3-8- Préconisation n°9 : il conviendrait de poursuivre les efforts de contrôle par les corps d'inspection et d'encourager l'accompagnement de la mise en œuvre de la

¹ ONCOMIP : Réseau de cancérologie de Midi-Pyrénées.

² Groupement d'intérêt scientifique sur les cancers d'origine professionnelle de Seine Saint-Denis

réglementation, notamment par l'élaboration de conventions d'objectifs avec les organisations professionnelles concernées.

A ce jour, cinq conventions ont été signées avec pour objectif commun d'accompagner les entreprises dans la mise en œuvre de la réglementation prévue par le code du travail en matière de prévention des risques professionnels et principalement du risque chimique.

1-3-8-1- Les conventions CMR (cancérogène, mutagène et toxique pour la reproduction) signées le 21 avril 2008 et leurs avenants du 14 juin 2011

Les avenants visent à poursuivre et à renforcer les actions engagées dans les conventions CMR signées le 21 avril 2008 avec l'Union des industries chimiques (UIC), l'Union des industries et des métiers de la métallurgie (UIMM) et la Fédération des Industries des peintures, encres, couleurs, colles et adhésifs, préservation du bois (FIPEC), sur plusieurs axes jugés prioritaires par les signataires.

Ces avenants ont volontairement privilégié une approche pragmatique à travers les actions suivantes :

- information et sensibilisation des entreprises notamment en faveur des TPE et PME (journées d'information, diversification des supports d'information,...) ;
- élaboration d'une méthode d'évaluation des risques répondant au cahier des charges définis par les signataires ;
- valorisation des actions de substitution des agents CMR ;
- rôle des fournisseurs et des donneurs d'ordre notamment sur la substitution des agents CMR ;
- formation à la prévention des risques chimiques des employeurs et de référents d'entreprises ;
- sensibilisation à la prévention du risque CMR dans le cadre particulier des interventions d'entreprises extérieures ;
- expérimentation relative à la mise en place d'un dispositif de traçabilité des expositions professionnelles ;
- organisation d'un concours afin d'encourager les bonnes pratiques dans l'application des dispositions réglementaires.

1-3-8-2- La convention « poussières de bois » signée le 27 mars 2012

Afin de prendre en compte les constats assez alarmants effectués dans le cadre de la campagne nationale de contrôle des services de l'inspection du travail effectuée en 2008 sur les poussières de bois, il a été décidé, entre les partenaires ayant participé à la campagne et les organisations professionnelles de la filière bois, d'élaborer une convention relative à la prévention du risque cancérogène lié à l'exposition aux poussières de bois.

Les actions conduites dans le cadre de cette convention répondent à quatre objectifs principaux :

- 1) Sensibiliser et informer :

- a. Mobiliser les employeurs en ce qui concerne leurs obligations réglementaires en matière de prévention du risque CMR et leurs responsabilités en matière de santé au travail ;
 - b. Améliorer l'information des travailleurs sur les risques cancérigènes liés à l'exposition aux poussières de bois en développant des outils adaptés (plaquettes, informations adaptées, outils numériques...) ;
 - c. Sensibiliser les responsables et décideurs d'entreprises à prendre en compte les critères essentiels en matière de conception des machines dans le cadre de l'élaboration des cahiers des charges lors de l'acquisition d'équipements ;
 - d. Promouvoir les réalisations techniques exemplaires en matière de conception des installations ;
- 2) Proposer aux employeurs et aux travailleurs une formation spécifique sur la prévention des risques liés à l'exposition aux poussières de bois ;
- 3) Mieux contrôler les niveaux d'empoussièrement et le respect de la valeur limite d'exposition professionnelle (VLEP) :
- a. Etudier, dans le cadre d'un groupe de travail, la faisabilité de méthodologies permettant d'améliorer les contrôles techniques de la VLEP aux poussières de bois ;
 - b. Concevoir un guide méthodologique destiné à faciliter la mise en œuvre du décret n°2009-1570 relatif au contrôle du risque chimique et à la mesure des expositions professionnelles aux poussières de bois ;
- 4) Proposer un appui technique :
- a. Aider les entreprises à la réalisation de l'évaluation des risques et du document unique prenant en compte le risque cancérigène lié à l'exposition aux poussières de bois ;
 - b. Contribuer à la mise en place d'installations assurant une protection efficace des travailleurs en apportant une aide technique aux responsables et décideurs des petites entreprises à toutes les étapes importantes concourant à cet objectif (conception, contrôle et maintenance) ;
 - c. Elaborer une méthodologie d'évaluation des émissions de poussières des machines portatives ;
 - d. Aider les responsables et décideurs d'entreprises sur les critères essentiels à prendre en compte en matière de conception des machines, dans le cadre de l'élaboration des cahiers des charges, lors de l'acquisition d'équipements.

1-3-8-3- La convention « garage » signée le 27 mars 2012

La campagne de contrôle initiée au niveau européen par le comité des hauts responsables de l'inspection du travail (CHRIT), qui a permis de contrôler 2 880 établissements en France entre le 15 septembre et le 15 décembre 2010, a révélé une insuffisante application de la réglementation relative à la prévention du risque chimique dans le secteur de la réparation de véhicules, malgré des résultats très contrastés.

Au vu de ces constats et face à un risque diffus et souvent banalisé, la convention réunissant deux fédérations professionnelles, à savoir le Conseil national des professions de l'automobile (CNPA) et la Fédération nationale de l'artisanat automobile (FNAA), prévoit la mise en place des actions suivantes :

- 1) Sensibiliser les employeurs et les travailleurs, y compris les apprentis et les salariés en formation en alternance, au risque chimique et à ses effets délétères sur la santé ;
- 2) Améliorer l'évaluation du risque chimique ;
- 3) Développer la substitution des agents CMR ;
- 4) Apporter un appui technique aux entreprises pour installer des moyens de protection collective adaptés et en assurer la maintenance et la vérification ;
- 5) Améliorer la formation des travailleurs à la prévention de ce risque.

1-3-8-4- La convention « formaldéhyde » signée le 27 mars 2012

A l'initiative de l'Union des industries de panneaux de process (UIPP) et de l'Union nationale des industries françaises de l'ameublement (UNIFA), une convention a été signée visant à améliorer l'application des dispositions de la réglementation CMR en ce qui concerne l'utilisation du formaldéhyde.

Les actions conduites dans le cadre de cette convention répondent à l'objectif général de facilitation du déploiement de la réglementation relative au risque chimique appliquée au formaldéhyde sur chacun des trois axes suivants :

- sensibiliser et informer les employeurs sur les obligations et les responsabilités en matière de prévention du risque CMR appliquées aux travaux exposant au formaldéhyde ;
- former et informer les travailleurs sur les risques liés aux travaux exposant au formaldéhyde (plaquettes, formations adaptées, ...) ;
- proposer un appui technique.

1-3-8-5- La convention pour la mise en œuvre de la santé au travail dans les travaux publics signée le 29 mars 2012

Dès juillet 2010, l'Union des syndicats de l'industrie routière française (USIRF), membre de la Fédération nationale des travaux publics (FNTP), a sollicité un entretien avec la direction générale du travail (DGT) pour faire part de sa volonté de conclure une convention d'objectifs avec la CNAMTS, l'Organisme professionnel de prévention du bâtiment et des travaux publics (OPPBTP) et l'Institut national de recherche et de sécurité (INRS), relative à l'application des dispositions de la réglementation sur les risques chimiques dans les entreprises de travaux publics.

Le périmètre a été étendu, à la demande de la DGT, aux rayonnements UV, aux TMS et aux risques routiers ; puis, à l'initiative de la FNTP, aux risques psycho-sociaux. Concernant les activités visées, la convention couvre l'ensemble du champ des travaux publics afin de pouvoir être déclinée, dans un premier temps par l'USIRF pour les travaux routiers et, le cas échéant ultérieurement, par les autres syndicats de spécialités constituant la FNTP.

Les objectifs essentiels de cette convention conclue pour une période de cinq ans sont les suivants :

- développer la connaissance sur les risques chimiques, TMS, routier et UV ;
- identifier et promouvoir les bonnes pratiques de prévention adaptées ;
- mobiliser les entreprises de travaux publics pour réduire leur sinistralité ;
- renforcer la prévention des risques professionnels dans les formations initiales et continues aux métiers des travaux publics.

1-3-8-6- Les perspectives selon la DGT

Les bilans réalisés chaque année des actions menées dans le cadre de ces différentes conventions montrent une amélioration de la mise en œuvre de la réglementation relative à la santé et à la sécurité des travailleurs.

Néanmoins, il convient de rester vigilant et de continuer à mobiliser les acteurs de ces conventions.

Pour mieux répondre aux enjeux socio-économiques, une réforme de l'inspection du travail a été engagée. Après une période de concertation ayant débuté à l'été 2012, elle s'est dès à présent traduite par une réforme organisationnelle et un projet d'amélioration des pouvoirs du système d'inspection du travail.

Le décret n° 2014-359 du 20 mars 2014 relatif à l'organisation du système d'inspection du travail fait évoluer l'organisation de l'inspection du travail. Dans le cadre de cette évolution, le système d'inspection conserve une présence territoriale de proximité pour répondre aux demandes des salariés et des entreprises, mais des petites unités de contrôle plus spécialisées seront créées en région pour mieux lutter contre le travail illégal, ou encore mieux faire face à des risques particuliers en matière de santé au travail notamment en matière d'amiante. Un travail plus collectif et mieux coordonné des agents de contrôle, au sein des nouvelles Unités de Contrôle, permettra d'améliorer l'efficacité de leur action. La nouvelle organisation commencera à être mise en place à partir de l'été 2014 et sera effective dans toutes les régions avant la fin de l'année.

S'agissant de ses pouvoirs d'intervention, notamment en matière de prévention des risques professionnels, un texte devrait être examiné au Parlement à partir du second semestre de l'année 2014.

1-3-9- Préconisation n°10 : il conviendrait de mieux informer les professionnels de santé sur les modalités d'enregistrement des soins et prescriptions en AT-MP lors de l'établissement des flux électroniques Sesam-Vitale.

La commission précédente soulignait que les professionnels de santé ne connaissaient apparemment pas toutes les modalités à suivre pour enregistrer en tant qu'AT-MP, lors de l'établissement des flux électroniques, les soins et prescriptions pris en charge. La présente commission a constaté, de même que les organisations syndicales auditionnées, l'absence de progrès sur ce point.

1-3-10- Préconisation n°11 : il conviendrait de mettre en œuvre les recommandations antérieures de la commission relatives aux établissements de santé, en visant concurremment leurs directions et les présidents de CME.

D'après la CNAMTS, les établissements de santé poursuivent leurs efforts pour mettre en œuvre effectivement la circulaire N° DHOS/F4/2009/319 du 19 octobre 2009 relative aux règles de facturation des soins dispensés dans les établissements de santé, qui explicite les modalités de signalement des AT-MP lors de la facturation à destination des caisses.

Cependant, la commission a souligné la persistance de difficultés pratiques dans les hôpitaux. Selon la CNAMTS, il faut attendre le passage à la facturation individuelle, en 2018, pour pouvoir y remédier.

1-3-11- Préconisation n°12 : il conviendrait de poursuivre et d'accélérer l'actualisation des tableaux de maladies professionnelles pour tenir compte des connaissances épidémiologiques et scientifiques nouvelles.

Trois tableaux de maladies professionnelles ont été révisés depuis 2011 :

- *Le tableau n°57* relatif aux affections périarticulaires provoquées par certains gestes et postures de travail, en ses paragraphes A et B respectivement relatifs à l'épaule et au coude (décret n° 2011-1315 du 17 octobre 2011 et décret n° 2012-937 du 1^{er} août 2012). Le paragraphe C relatif au poignet, à la main et aux doigts est en cours de révision ;
- *Le tableau n°15 ter* relatif aux lésions prolifératives de la vessie provoquées par certaines amines aromatiques et leurs sels (décret n°2012-936 du 1^{er} août 2012) ;
- *Le tableau n° 40* relatif aux maladies dues aux bacilles tuberculeux et à certaines mycobactéries atypiques (décret n° 2014-605 du 6 juin 2014).

1-3-12- Préconisation n°13 : la CNAMTS doit prolonger les actions d'harmonisation des taux de reconnaissance entre caisses menées sur les accidents de trajet et le tableau n° 57 membres supérieurs et les étendre à d'autres pathologies. Par ailleurs, elle devrait poursuivre son effort de définition de critères communs pour la fixation de taux d'IP homogènes par les médecins conseils.

Un audit a été réalisé par la CNAMTS au premier semestre 2012 sur les disparités de pratiques en matière de reconnaissance des TMS. La mission s'est attachée plus particulièrement à :

- mesurer les progrès accomplis par rapport aux constats du rapport de la commission de 2008, qui montraient de fortes hétérogénéités dans les délais de traitement et les taux de reconnaissance ;
- identifier les progrès restant à réaliser ;
- s'assurer de l'existence et de la mise en œuvre de la coordination régionale à ce sujet.

Des plans d'action pour harmoniser les pratiques sont prévus dans la COG AT-MP 2014-2017 signée le 30 décembre 2013.

La CNAMTS a mis en place, depuis 2010, et en sus de la démarche qualité déjà existante, un dispositif de contrôle interne afin de vérifier la bonne application des procédures par le service médical. Les premières cibles ont été les procédures d'attribution et de révision du taux d'IP par les médecins conseils, à travers notamment des revues de dossiers au niveau régional (vérifications du traitement conforme aux procédures de certains dossiers tirés au sort). En outre, la direction du réseau a réalisé un audit de procédure portant sur la procédure d'attribution du taux d'IP en 2011 et un audit de suivi sur dossiers en 2012.

1-3-13- Préconisation n°14 : la CNAMTS a engagé un programme à destination des entreprises visant à repérer les atypismes des arrêts maladie. Toutefois, cette démarche repose sur des requêtes ponctuelles auprès des caisses et il est souhaitable de généraliser, comme l'envisage d'ailleurs la CNAMTS, une approche de ce type, permettant de suivre les arrêts « maladie » indemnisés en relation avec l'activité professionnelle des assurés, ce qui requiert une évolution des systèmes d'information pour faire partie intégrante du SNIIRAM (système national d'information inter-régimes d'assurance maladie). L'objectif serait d'obtenir une cartographie des arrêts maladie par bassin d'emploi, ouvrant ainsi des perspectives nouvelles en matière de prévention.

Pour l'année 2013, le programme d'actions retenu par la CNAMTS au titre de la maîtrise médicalisée en entreprise est orienté sur une approche médicalisée de gestion du risque portant sur une pathologie ciblée : le syndrome du canal carpien.

Par ailleurs, la CNAMTS lance en 2014 une action de gestion du risque qui cible les entreprises en fonction de l'absentéisme (nombre de jours d'arrêt de travail), de la sinistralité et des contentieux.

2. Les développements récents de la lutte contre les grands risques professionnels

En dehors de la mise en œuvre des préconisations de la commission, l'action des pouvoirs publics et des partenaires sociaux dans le domaine de la santé au travail fait évidemment partie des éléments de contexte qui peuvent influencer, directement ou non, sur le flux des déclarations. Par exemple, elle peut obtenir une réduction des risques et donc des pathologies à déclarer ; elle peut aussi pousser à la hausse des déclarations du fait d'une politique de sensibilisation. Les deux ne sont certes pas contradictoires puisque c'est par une meilleure transparence et une baisse de la non-déclaration qu'on améliorera aussi l'efficacité des actions préventives et curatives.

Les conventions d'objectifs et de gestion (COG) de la branche AT-MP représentent un puissant vecteur dans la mise en place et le renforcement de ces actions. S'y ajoute la réforme de la médecine du travail mise en œuvre depuis 2012. La mise en place du compte personnel de prévention de la pénibilité devrait par ailleurs contribuer à une meilleure traçabilité des expositions aux risques professionnels et a, quoi qu'il en soit, pour objet de réduire la durée de ces expositions (reconversions, temps partiels et départs anticipés). Il convient enfin de

recenser les actions menées spécifiquement à l'égard des risques psycho-sociaux et amiante, avant de présenter les conséquences pour les victimes de la décision du Conseil constitutionnel du 18 juin 2010 et l'évolution de la jurisprudence sur le préjudice d'anxiété.

2-1- Les COG AT/MP : avenant 2013 à la COG 2009-2012 et COG 2014-2017

La COG AT-MP constitue un important levier d'action des pouvoirs publics en matière de prévention. Celle courant de 2009 à 2012 consacrait l'accord de la branche et de l'Etat pour considérer que l'axe majeur d'évolution était le renforcement de la protection de la santé au travail et que la prévention des risques professionnels demeurait la priorité première de la branche. Elle avait pour objectif de renforcer le pilotage des actions de la branche, notamment par une politique de prévention ciblée portée par sept programmes nationaux d'actions coordonnées (PNAC) : TMS, risques routiers, risques cancérogènes, mutagènes et reprotoxiques (CMR), risques psycho-sociaux, BTP, intérimaires et grande distribution. Elle prévoyait également la mise en œuvre d'un projet national de formation en prévention des risques professionnels et une expérimentation d'un dispositif de traçabilité des expositions professionnelles.

L'avenant de 2013 a permis de poursuivre le développement de la prévention ciblée en renforçant les programmes touchant aux TMS, première cause de maladie professionnelle (85% des nouveaux cas) et au BTP, secteur d'activité présentant la plus forte et la plus grave sinistralité en matière d'accidents du travail, en ciblant les entreprises à forte sinistralité pour le premier et en se focalisant sur la prévention des chutes pour le second, tout en introduisant une démarche d'évaluation plus exigeante. Cet avenant a laissé à la branche le temps d'achever les chantiers ouverts (expérimentation CMR, reconnaissance en MP des cancers de la vessie...) et a permis de synchroniser la COG 2014-2017 avec celles des branches maladie, retraite et recouvrement, branches avec lesquelles la branche AT-MP partage des enjeux.

La nouvelle COG s'inscrit dans la lignée de la précédente et de son avenant pour 2013 : la prévention des risques demeure le premier axe stratégique, avec un accent fort mis sur le **ciblage** et l'**évaluation**. Il se dégage en effet de cette nouvelle convention la volonté de mobiliser les efforts de prévention sur un nombre restreint de cibles prioritaires, sélectionnées en suivant des critères de coût et de faisabilité, sur lesquelles il sera possible de démontrer les effets des actions engagées (*cf.* ci-après l'encadré relatif à la COG). L'exigence d'évaluation des actions de prévention, rappelée tant par la Cour des comptes que par l'IGAS³, se fera à partir de l'évolution de la sinistralité des grands risques ciblés et par l'évolution de l'exposition aux facteurs de risque. Les grands risques retenus sont : les TMS, le risque de chute dans le BTP, l'exposition à certains cancérogènes (par exemple, perchloroéthylène dans les pressings, émanations diesel dans les garages, styrène dans la plasturgie et fumée de soudage en chaudronnerie). Cette dimension inclut un ciblage au niveau local des établissements les plus à risque et un ciblage national de certaines population telles que les seniors, les nouveaux embauchés, les salariés des TPE et ceux exposés à l'amiante.

A cette orientation s'ajoute le souci de **renforcer le potentiel de la réhabilitation physico-professionnelle des victimes** (action 1.2 et 1.3). Les AT les plus graves occasionnent des difficultés physiques, psychiques, sociales et professionnelles qui, par une gestion attentionnée et individualisée peuvent être réduites. Ces AT, bien que peu fréquents,

³ Rapport annuel public de la Cour des comptes de février 2013 et rapport IGAS d'avril 2013 sur l'évaluation de la COG 2009-2012.

représentent l'essentiel des dépenses. Il est donc souhaitable, tant pour la victime que pour la branche, de chercher à rendre à l'assuré la part la plus importante possible de ses aptitudes physiques et professionnelles avant de l'indemniser. Cette démarche s'inscrit également dans le cadre de la lutte contre la désinsertion professionnelle.

Les approches précédentes sont complétées par une redéfinition plus incitative des incitations financières à la prévention (action 1.4) et par une meilleure coordination des actions de prévention, notamment en termes de ciblage et de ressources, entre les services de santé au travail et les DIRRECTE (action 3.3).

COG ATMP 2014-2019 : AXES STRATEGIQUES, OBJECTIFS OPERATIONNELS ET ACTIONS ASSOCIEES

AXE STRATEGIQUE N°1 : ASSURER UNE PREVENTION DES RISQUES FONDEE SUR LE CIBLAGE ET L'EVALUATION

Objectif opérationnel 1.1 : réduire les risques sur des cibles prioritaires (*action 1.1*)

Objectif opérationnel 1.2 : limiter les conséquences des expositions ou des sinistres sur des populations fragilisées

(*action 1.2* : Mettre en œuvre un parcours expérimental d'accompagnement des victimes AT graves ou complexes ; *action 1.3* : Agir pour prévenir la désinsertion professionnelle)

Objectif opérationnel 1.3 : définir une politique d'utilisation des incitations financières plus incitative à la prévention (*action 1.4*)

AXE STRATEGIQUE N°2 : GAGNER EN EFFICIENCE PAR UNE MEILLEURE HARMONISATION DES PRATIQUES ET DES MOYENS DU RESEAU

Objectif opérationnel 2.1 : mieux harmoniser les moyens des Caisses au regard de leur activité (*action 2.1*)

Objectif opérationnel 2.2 : mettre en place des organisations de travail plus efficaces au plan régional comme au plan local (*action 2.2*)

Objectif opérationnel 2.3 : rationaliser et développer le système d'information (*action 2.3*)

AXE STRATEGIQUE N°3 : RENFORCER LA COHERENCE DE LA BRANCHE EN TANT QU'ASSUREUR SOLIDAIRE DES RISQUES PROFESSIONNELS, EN DEVELOPPANT LES RELATIONS CONTRACTUELLES

Objectif opérationnel 3.1 : renforcer la cohérence de la branche en optimisant la contractualisation des relations internes (*action 3.1*)

Objectif opérationnel 3.2 : accompagner les évolutions des métiers dans les Caisses (*action 3.2*)

Objectif opérationnel 3.3 : renforcer le partenariat avec les services de santé au travail et les DIRECCTE (*action 3.3*)

AXE STRATEGIQUE N°4 : MAITRISER LES RISQUES ET POURSUIVRE L'ADAPTATION DES REGLES DE TARIFICATION

Objectif opérationnel 4.1 : poursuivre l'adaptation des règles de tarification à l'évolution de l'organisation de l'entreprise (*action 4.1*)

Objectif opérationnel 4.2 : sécuriser les processus de gestion (*action 4.2*)

Objectif opérationnel 4.3 : réduire le risque contentieux (*action 4.3*)

2-2- La réforme de la médecine du travail

L'émergence de risques professionnels nouveaux, les enjeux liés au vieillissement de la population et l'apparition de nouvelles formes d'emploi, combinés à la forte raréfaction de la ressource médicale en santé au travail, avaient rendu indispensable une réforme d'ampleur de la médecine du travail, inscrite à l'action « Renforcer le rôle des services de santé au travail comme acteurs de la prévention » du Plan santé au travail 2010-2014.

Prévue par la loi du 20 juillet 2011 relative à l'organisation de la médecine du travail, et précisée par les décrets n°2012-135 (30 janvier 2012) relatif à l'organisation de la médecine du travail et n°2012-137 relatif à l'organisation et au fonctionnement des services de santé au travail (tous deux du 30 janvier 2012) ainsi que par la circulaire DGT / n°13 du 9 novembre 2012, cette réforme est entrée en vigueur le 1^{er} juillet 2012.

Trois objectifs la sous-tendent : renforcer la qualité de la gouvernance et du pilotage stratégique des services de santé au travail (SST), renouveler leurs missions et moyens d'action au service de la santé au travail et améliorer le suivi individuel de l'état de santé des salariés.

→ Le renforcement de la gouvernance et du pilotage stratégique des services de santé au travail

En matière de gouvernance, la loi instaure le paritarisme de gestion des services de santé au travail interentreprises, le président du conseil d'administration étant élu parmi les représentants des employeurs et le trésorier parmi les représentants des salariés. La commission de contrôle est, quant à elle, désormais présidée par un représentant des salariés.

Le pilotage stratégique des services de santé au travail est en outre considérablement renforcé.

- Au niveau de chaque service

Un projet pluriannuel de service doit désormais encadrer l'activité de chaque service de santé au travail interentreprises, dans le double objectif de constituer pour le service un outil de programmation, support de la conception de sa stratégie, et de rendre visibles et lisibles les actions conduites, tant pour les entreprises adhérentes que pour tous les autres acteurs de la santé au travail.

- Au niveau régional

L'activité de chaque service de santé au travail s'inscrit dans la politique régionale définie par la DIRECCTE, qui agréé le service, et par la CARSAT, avec qui le service et la DIRECCTE concluent le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) qui formalise les priorités d'action du SST et retranscrit les engagements de chacune des parties pour favoriser l'atteinte des objectifs. Un débat est organisé avec les partenaires sociaux régionaux sur ces deux documents, dans le cadre du Comité régional de prévention des risques professionnels (CRPRP).

→ Le renouvellement des missions et moyens d'action des services de santé au travail

La loi du 20 juillet 2011 fixe la mission exclusive des services de santé au travail – éviter toute altération de la santé des travailleurs du fait de leur travail – et détaille leurs modalités d’action, là où le code du travail ne connaissait auparavant que les missions du médecin du travail. Elle précise que les missions des SST sont remplies par une équipe pluridisciplinaire de santé au travail. Animée et coordonnée par le médecin du travail, l’équipe pluridisciplinaire comprend des infirmiers du travail, des intervenants en prévention des risques professionnels et, le cas échéant des assistants de service de santé au travail et tout autre professionnel recruté après avis du médecin du travail.

→ Les nouvelles modalités du suivi individuel de l’état de santé du salarié

Outre la précision du contour des actions en milieu de travail (visite des lieux de travail, études de postes, mesures, etc.), la réforme modifie et actualise les modalités du suivi individuel de l’état de santé du salarié, qui reste une attribution exclusive du médecin du travail.

Pour favoriser le maintien en emploi des salariés et lutter contre la désinsertion professionnelle, des examens de pré-reprise et de reprise sont systématiquement organisés, respectivement après tout arrêt de travail de plus de trois mois et après un congé de maternité, une absence pour cause de maladie professionnelle ou un arrêt de travail d’au moins 30 jours pour cause d’accident du travail, de maladie ou d’accident non professionnel.

Le système de surveillance médicale renforcée a été modifié, tant en ce qui concerne les salariés qui y sont soumis que la fréquence et la nature des examens qu’il implique, afin de le mettre en cohérence avec l’évolution des connaissances scientifiques et médicales pour chaque risque, tout en assurant un suivi approprié pour les travailleurs exposés.

Enfin, pour assurer un suivi des salariés le plus pertinent possible au regard des risques auxquels ils sont exposés et de leurs caractéristiques propres, il peut être – avec l’agrément du service – dérogé à la périodicité de 24 mois pour les examens médicaux dont ils bénéficient, à condition que des contreparties à cet allègement soient organisées – entretiens infirmiers et actions pluridisciplinaires en milieu de travail.

2-3- Le compte personnel de prévention de la pénibilité

La création du compte personnel de prévention de la pénibilité par la loi n°2014-40 du 20 janvier 2014 garantissant l’avenir et la justice du système de retraites a pour ambition d’inciter les entreprises à réduire au maximum l’exposition de leurs salariés aux facteurs de pénibilité et de permettre aux salariés exposés d’accéder à des postes moins pénibles grâce à la formation, de réduire leur durée de travail ou de bénéficier de majorations de durée d’assurance vieillesse.

A partir de 2015, les salariés du secteur privé exposés à des facteurs de pénibilité bénéficieront d’un compte personnel de prévention de la pénibilité. Ainsi, le compte permettra de cumuler des points en fonction de l’exposition à un ou plusieurs facteurs de pénibilité.

Les dix facteurs de pénibilité définis par les partenaires sociaux en 2008 sont les suivants :

- les manutentions manuelles de charges lourdes ;
- les postures pénibles définies comme positions forcées des articulations ;

- les vibrations mécaniques ;
- les agents chimiques dangereux, y compris les poussières et les fumées ;
- les activités exercées en milieu hyperbare ;
- les températures extrêmes ;
- les bruits ;
- le travail de nuit ;
- le travail en équipes successives alternantes ;
- le travail répétitif.

Ainsi, la loi prévoit que l'employeur consigne l'exposition aux facteurs de pénibilité au-delà de seuils définis par décret pour chacun des facteurs, et non plus en fonction de sa seule appréciation. L'exposition effective du travailleur à un ou plusieurs facteurs de risques professionnels ainsi tracée et consignée, ouvre droit à l'accumulation de points sur le compte personnel de prévention de la pénibilité. En effet, des études épidémiologiques montrent notamment que les expositions à certaines conditions de travail pénibles peuvent susciter des pathologies, y compris de nombreuses années après l'exposition. C'est pourquoi, contrairement à la retraite pour pénibilité instituée en 2010, le Gouvernement a décidé de mettre en place un dispositif qui ouvre des droits à tous les salariés exposés à un ou plusieurs facteurs de pénibilité, indépendamment de leur état de santé.

Les points accumulés sur le compte pourront être utilisés pour :

- suivre des formations permettant de se réorienter vers un emploi moins pénible ;
- financer un maintien de rémunération lors d'un passage à temps partiel en fin de carrière ;
- bénéficier de trimestres de retraite.

Le dispositif sera financé par une cotisation des employeurs : une cotisation minimale de toutes les entreprises et une cotisation de chaque entreprise tenant compte de la pénibilité qui lui est propre.

2-4- Amiante

La mesure la plus marquante intervenue sur ce sujet depuis le rapport de la précédente commission est la mise en œuvre des avis de l'ANSES de 2009 et 2010 et des préconisations de l'INRS de septembre 2011 par le décret n° 2012-639 du 4 mai 2012 relatif aux risques d'exposition à l'amiante.

Ce décret, qui s'appuyait notamment sur l'analyse des résultats d'une campagne expérimentale de prélèvements et de mesures des fibres d'amiante par microscopie électronique à transmission analytique (META) en milieu professionnel menée par la DGT du 15 novembre 2009 au 15 octobre 2010 sur 80 chantiers, prévoit entre autres :

- l'abaissement de la valeur limite d'exposition professionnelle (VLEP) qui est actuellement de 100 fibres par litre, à 10 fibres par litre, au 1^{er} juillet 2015;
- le contrôle de l'empoussièrement en milieu professionnel selon la méthode META citée supra;

- la définition de trois niveaux d'empoussièrement qui sous-tendent la graduation des moyens de protection collective (MPC) et des équipements de protection individuelle (EPI) à mettre en place⁴.

La France est aujourd'hui le seul pays au monde à utiliser la méthode META pour le contrôle de l'empoussièrement professionnel, prenant ainsi en compte les fibres fines d'amiante (FFA) en plus des fibres longues (OMS) pour le contrôle de la VLEP.

Il doit également être souligné que l'Organisme professionnel de prévention du bâtiment et des travaux publics (OPPBTB), sous le haut patronage du ministère chargé du Travail et en partenariat avec la Confédération de l'artisanat et des petites entreprises du bâtiment (CAPEB), la Fédération française du bâtiment (FFB), la Fédération des sociétés coopératives du bâtiment et des travaux publics (SCOP BTP), la Fédération nationale des travaux publics (FNTP), la CNAMTS et l'INRS, a lancé le 16 avril 2012 une campagne nationale de sensibilisation en direction des professionnels du BTP, afin de leur faire prendre conscience des risques que l'amiante représente pour la santé mais aussi de l'obligation légale de formation en la matière.

Plusieurs supports ont été mobilisés :

- « Questions d'expert », une émission télévisée interactive enregistrée sur DVD et accessible sur Internet ;
- une lettre sur les dangers de l'amiante envoyée à toutes les entreprises du BTP ;
- un site dédié : www.amiantereponsesdexpert.fr.

L'OPPBTB met également à disposition tous les textes sur la nouvelle réglementation sur son site www.preventionbtp.fr et propose une formation, « Intervenir en sécurité sur matériaux contenant de l'amiante » destinée aux opérateurs.

Le respect de la réglementation relative à la protection des travailleurs exposés à l'amiante fait par ailleurs l'objet d'un suivi particulièrement attentif de la part des services d'inspection du travail : la DGT a ainsi organisé plusieurs campagnes nationales de contrôle sur les chantiers de désamiantage ; à titre d'exemple, en Nord-Pas-de-Calais, 879 contrôles de l'Inspection du travail sur le thème de l'amiante ont été comptabilisés en 2012, dont 120 contrôles de chantiers de retrait ou d'encapsulation et 58 contrôles de chantier comportant des travaux sur matériaux amiantés.

Des actions de sensibilisation ont par ailleurs été menées par les DIRECCTE en direction des entreprises et/ou secteurs concernés en région. Ainsi, en Bretagne, des réunions d'information ont eu lieu sur les évolutions réglementaires et les bonnes pratiques à mettre en place suite au décret du 4 mai 2012 précité : mises en place en concertation avec la FFB et la CAPEB, elles ciblaient l'ensemble des acteurs du bâtiment et des travaux publics (maîtres d'ouvrage et maîtres d'œuvre, entreprises, diagnostiqueurs...).

L'amiante est une priorité de la DGT et des DIRECCTE qui accompagnent la mise en œuvre de la réforme par :

⁴ Le bilan 2012 des conditions de travail détaille les mesures issues de ce décret.

- une information et une sensibilisation des acteurs de terrains lors de réunions ;
- la signature de convention en partenariat par l'OPPBTP, l'INRS et la CNAM-TS, afin d'accompagner un secteur d'activité donné :
 - o cela a été le cas des conventions signées avec l'Union des syndicats de l'industrie routière française (USIRF) sur les enrobés routiers, avec la Fédération des services énergie environnement (FEDENE) ;
 - o c'est aussi le cas avec la convention CARTO (« cartographie de l'empoussièremment amiante des processus de travail couramment utilisés dans le secteur du BTP ») qui vient d'être signée et permettra de mener une campagne de mesurage des empoussièremments d'amiante lors d'interventions de courte durée représentatives des activités du BTP ;
- l'accompagnement de certains secteurs tel l'habitat social, les travaux publics, à travers l'élaboration de guides de bonnes pratiques de prévention.

Dans l'objectif d'harmoniser les interprétations et la mise en œuvre de la réglementation sur le territoire national, la DGT conçoit et diffuse également des outils d'appropriation de cette réglementation, qui sont mis en ligne sur le site www.travailler-mieux.gouv.fr tels que :

- les deux logigrammes relatifs à la frontière sous-section 3 / sous-section 4 ;
- les Questions-Réponses ;
 - o sur le décret du 4 mai 2012 ;
 - o sur l'arrêté formation du 23 février 2012 ;
 - o sur la métrologie

Dans le même sens, la DGT a constitué un réseau de formateurs régionaux au sein des DIRECCTE, dont elle a assuré la formation de formateurs et qui ont déployé en 2013 un module de formation à la réglementation et un module de formation au port des équipements de protection individuelle auprès des 2 300 agents de l'inspection du travail. Cette action de formation interne se poursuit en 2014 et continuera en 2015 autour d'une formation complémentaire plus technique, également sous pilotage de la DGT appuyée de ses experts.

La DGT a en outre encouragé la production d'outils méthodologiques destinés à l'appui et la formation des agents de contrôle afin d'homogénéiser les interprétations et pratiques sur le territoire national (fiches juridiques, notes et guides méthodologiques, questions-réponses...).

La branche AT-MP est également très impliquée dans la prévention des risques présentés par l'amiante.

Ainsi, sur les dernières années, les caisses d'assurance retraite et de la santé au travail (CARSAT) ont concentré leurs interventions sur le secteur de la maintenance, en menant des actions massives de sensibilisation tant en direction des donneurs d'ordre que des entreprises susceptibles d'intervenir en présence d'amiante. Elles ont aussi déployé des aides financières simplifiées (AFS) pour aider les entreprises réalisant des interventions susceptibles de

provoquer l'émission de fibres d'amiante à s'équiper en matériels de prévention performants, à développer des actions de formation ou à améliorer l'organisation de l'entreprise.

La convention d'objectifs et de gestion conclue pour la période 2014-2017 prévoit un renforcement de l'action de la branche en la matière, lequel passera par exemple par l'aide aux entreprises dans les choix techniques à mettre en œuvre pour réduire les expositions au niveau le plus bas possible lors des travaux de retraite ou d'encapsulage des matériaux contenant de l'amiante et des travaux d'entretien et de maintenance.

2-5- Les développements récents de la lutte contre les risques psycho-sociaux (RPS)

Les pathologies psychiques telles que le *burn out* ne figurent actuellement dans aucun tableau de maladies professionnelles, qu'il serait d'ailleurs presque impossible d'établir. Toutefois, ces pathologies peuvent être reconnues d'origine professionnelle lorsqu'il est établi par un comité régional de reconnaissance des maladies professionnelles (CRRMP) qu'elles sont directement et essentiellement causées par le travail habituel du salarié, à condition qu'elles entraînent un taux d'incapacité permanente au moins égal à 25%, ou le décès (article L.461-1 alinéa 4 du code de la sécurité sociale). Le caractère professionnel d'un suicide ou d'une tentative de suicide peut aussi être reconnu au titre de la législation relative aux accidents du travail (AT), sur le fondement de l'article L.411-1 du code de la sécurité sociale. Le lien avec le travail est présumé si l'acte suicidaire est intervenu au temps et au lieu du travail, ou s'il fait suite à un sinistre professionnel déjà reconnu (AT ou MP antérieur) et non encore guéri ou consolidé. Après enquête, les caisses de sécurité sociale peuvent également reconnaître le caractère professionnel de suicides (ou tentatives de suicide) intervenus en dehors des situations de présomption.

2-5-1- L'amélioration de la prise en charge des pathologies psychiques

Dans le souci de mieux prendre en charge ces pathologies, la commission spécialisée relative aux pathologies professionnelles du comité d'orientation des conditions de travail a créé le 9 avril 2010 un groupe de travail sur le sujet. Ce groupe avait pour mandat :

- de réaliser une typologie descriptive des pathologies d'origine psychique susceptibles d'être examinées par les CRRMP;
- de préciser, pour ces pathologies, les critères de stabilisation permettant de fixer un taux d'incapacité permanente et de définir le niveau de gravité à partir duquel il est possible de fixer un taux d'incapacité permanente prévisible au moins égal à 25 % ;
- de formuler des recommandations afin d'aider les CRRMP à apprécier le lien entre ces pathologies et l'activité professionnelle ;
- et enfin, d'examiner d'autres voies d'amélioration de la prise en charge des pathologies psychiques liées à l'activité professionnelle.

Les conclusions du groupe de travail concernant les trois premiers points ont été réunies dans un rapport final présenté lors de la commission spécialisée relative aux pathologies professionnelles du 3 mai 2012. Les recommandations aux CRRMP qu'il comprend ont été intégrées au guide destiné aux membres des CRRMP.

Par ailleurs, une lettre ministérielle du 13 mars 2012 a demandé aux caisses, sur proposition du groupe de travail, de retenir, pour la prise en charge des pathologies psychiques, une interprétation souple de l'article L. 461-1 alinéa 4 permettant de fixer un taux d'incapacité « prévisible » à la date de la demande sans exiger que l'état de la victime soit stabilisé, afin d'ouvrir à un plus grand nombre de victimes la voie de la reconnaissance par les CRRMP et d'assurer le maintien des indemnités journalières jusqu'à la consolidation effective de la maladie. C'est ainsi que le nombre de reconnaissances du caractère professionnel de maladies psychiques est passé de moins d'une centaine (94 en 2011 et 90 en 2012) à 239 en 2013.

Le groupe de travail a poursuivi ses réflexions qui ont conduit à l'adoption, le 19 mai 2014, d'une série de « Recommandations sur les documents nécessaires pour l'évaluation du lien de causalité entre une affection psychique et les conditions de travail par les CRRMP ». Ces recommandations ont été diffusées par la CNAMTS à son réseau le 12 juin 2014.

La création d'un tableau de maladies professionnelles n'a pas été retenue jusqu'à présent, compte tenu de la difficulté de réunir pour ces pathologies des critères permettant la prise en charge par présomption d'origine (la liste des travaux notamment).

2-5-2- La prévention des RPS

En parallèle, dans le domaine de la prévention des risques psycho-sociaux (RPS), des actions sont menées tant par le ministère chargé du travail que par la caisse nationale de l'assurance maladie (CNAMTS).

2-5-2-1- Le plan santé au travail (2010-2014)

Les RPS ont en effet été intégrés dans le plan santé au travail 2010-2014 en tant que risque prioritaire, dans le prolongement du plan d'urgence contre le stress au travail lancé en octobre 2009. Il retient en effet, dans le cadre de l'action 13, les mesures suivantes :

Action 13 : Risques psychosociaux

- prendre en compte les recommandations de la mission Lachmann ;
- mieux connaître les risques psychosociaux et surveiller leur évolution grâce à la mise en place d'indicateurs statistiques nationaux ;
- développer la diffusion des outils d'aide à la prévention des RPS auprès des branches et des entreprises ;
- favoriser la mise en place, avec l'appui de l'ANACT, de l'INRS et des services de santé au travail, d'actions d'information, d'outils de diagnostic et d'indicateurs d'action ;
- construire une recommandation et un guide (à adapter en fonction des branches et des secteurs d'activité) ;
- élaborer un appel à projet national DGT, CNAMTS, ANACT à l'égard des branches professionnelles ;
- prendre en compte la prévention des RPS à l'occasion des processus de restructuration des entreprises ;
- veiller à l'ouverture et à la conclusion de négociations sur le stress dans toutes les entreprises de plus de 1000 salariés et inciter à l'engagement d'une démarche volontaire s'inspirant des mêmes principes dans les entreprises de plus faible taille et dans le secteur public ;

- développer la formation des acteurs de l'entreprise sur les RPS en rationalisant l'offre de formation et en constituant une offre nationale avec l'appui de tous les acteurs institutionnels (INRS, ANACT, CNAMTS, CARSAT, OPPBTP, ANSES, CCMSA).

2-5-2-2- Le développement d'outils opérationnels pour accompagner les entreprises

Les préventeurs institutionnels se sont attachés à proposer un modèle de compréhension et de prévention des RPS ainsi que des outils le plus possible opérationnels pour accompagner les entreprises. Le réseau des agences régionales pour l'amélioration des conditions de travail (ARACT) a notamment pu expérimenter un modèle pratique d'analyse des RPS en entreprise dit C2R (« Contraintes, régulations, ressources »), qui permet un diagnostic global des RPS grâce à des entretiens avec les salariés, puis la construction d'un plan d'action visant à réduire les facteurs de contraintes, développer les facteurs de ressources et favoriser les processus de régulation. De nombreux outils méthodologiques ont été élaborés par un groupe de travail comprenant des membres de la direction générale du travail (DGT) et des principaux organismes de prévention, et ont été mis à disposition des entreprises via le site « travailler-mieux.gouv.fr ».

En complément de ces outils destinés aux petites entreprises, l'agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail (ANACT) a mis à disposition des entreprises de plus grande taille le kit méthodologique « prendre en compte les risques psychosociaux dans le document unique », très largement téléchargé (30 000 fois en 2012).

L'institut national de recherche et de sécurité (INRS) a en outre développé une nouvelle brochure comprenant notamment un outil pratique pour repérer les facteurs de RPS et les intégrer dans le document unique d'évaluation des risques professionnels.

Enfin, la DGT a édité en 2012 le guide à destination des employeurs « RPS : comment choisir un consultant ».

Au-delà de l'accompagnement des entreprises, une campagne de contrôle a porté du 15 septembre au 15 décembre 2012 sur l'application de la réglementation relative à la prévention de l'exposition des salariés aux RPS, qui s'est inscrite dans le cadre des actions fixées en 2010 par le comité des hauts responsables de l'inspection du travail (CHRIT) de l'Union européenne. Le bilan des résultats de la campagne a été diffusé sur « www.travailler-mieux.gouv.fr ».

2-5-2-3- Les actions menées par la CNAMTS

Par ailleurs, la CNAMTS mène depuis cinq ans un programme de formation des agents des services de prévention des caisses régionales afin de les sensibiliser à la problématique des RPS et d'orienter la demande exprimée par les différents acteurs de l'entreprise (direction, comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail, salariés).

En outre, un référent RPS a été désigné dans chaque caisse régionale. Ces référents se réunissent régulièrement pour échanger sur les pratiques professionnelles au sein d'un réseau propre animé par l'INRS.

Parallèlement, des réseaux régionaux d'environ 200 consultants capables d'apporter une réponse de prévention primaire ou secondaire ont été constitués.

2-5-2-4- Les actions du ministère du travail en matière de prévention du *burn out*

La DGT a engagé, en février 2014, un travail sur la prévention du *burn out* en associant l'INRS, l'ANACT et des experts de terrain extérieurs.

De nombreux concepts sont regroupés sous le vocable de risques psychosociaux (RPS) et une clarification apparaît aujourd'hui nécessaire pour bien différencier stress, *burn out*, harcèlement ou facteurs de RPS.

Au-delà de cette clarification, la mission du groupe de travail est de proposer des recommandations pour mieux prévenir le *burn out* :

- en agissant sur les facteurs de RPS et en faisant preuve de vigilance à l'égard des personnes qui pourraient être surengagées ou surinvesties dans leur travail ;
- en sensibilisant managers, médecins du travail et professionnels de santé ;
- en préconisant des modalités de prise en charge du *burn out* qui, au-delà du soin médical, impliquent de préparer le retour au travail du salarié et donc des actions dans le milieu professionnel.

Les relais presse ont été importants lors de la création de ce groupe de travail. Les résultats sont attendus pour septembre 2014 avec la publication d'un article synthétique mettant l'accent sur la prévention et qui pourra être adapté selon le public visé (professionnels de santé, médecins du travail, autres acteurs de la prévention, etc.) et relayé par le réseau des Carsat, Aract, etc.

2-6- Les suites de la décision du Conseil constitutionnel du 18 juin 2010

Le salarié victime d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle est indemnisé à ce titre sans qu'il lui soit besoin de prouver, à rebours du droit commun de la responsabilité civile, que le sinistre résulte d'une faute de son employeur ; en contrepartie, l'indemnisation revêt un caractère dit « forfaitaire » et l'employeur est préservé de toute condamnation par les tribunaux, sauf s'il est établi que ce sinistre a pour origine une faute inexcusable ou intentionnelle de sa part.

Dans le cas d'une faute inexcusable de l'employeur (FIE), la loi prévoit que le salarié a droit à une indemnisation complémentaire : celle-ci consiste en une majoration du capital ou de la rente alloués en cas d'incapacité permanente et en la réparation des souffrances physiques et morales, des préjudices esthétiques et d'agrément et du préjudice résultant de la perte ou de la diminution des possibilités de promotion professionnelle⁵. L'ensemble des sommes correspondantes est versé au salarié par la caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) ou la caisse de mutualité sociale agricole (CMSA), qui les recouvre ensuite auprès de l'employeur, sans que ce dernier, pour les actions en reconnaissance de la FIE introduites depuis le 1^{er} janvier 2013, puisse désormais se prévaloir de l'absence de respect du principe du contradictoire par la caisse lorsqu'elle s'est prononcée sur l'origine professionnelle du sinistre pour s'exonérer du règlement de ces sommes⁶.

⁵ Voir articles L. 452-1 à L. 452-4 du code de la sécurité sociale.

⁶ Article 86 - I (2°) de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2013.

Le Conseil constitutionnel, saisi par une question prioritaire de constitutionnalité (QPC), a émis, le 18 juin 2010, une réserve d'interprétation sur ces dispositions relatives à la FIE : elles ne sauraient faire obstacle à ce que le salarié demande à l'employeur la réparation de « l'ensemble des dommages non couverts par le livre IV du code de la sécurité sociale ».

La Cour de cassation a précisé la portée de cette réserve d'interprétation dans plusieurs arrêts rendus notamment les 30 juin 2011 et 4 avril 2012 : les préjudices dont le salarié peut obtenir réparation devant le juge sont ceux qui n'ont pas déjà été réparés en tout ou partie au titre de la législation des accidents du travail et maladies professionnelles (ATMP) ; en revanche, il appartient aux caisses d'avancer auprès du salarié l'ensemble des sommes arrêtées par le juge, y compris lorsqu'elles correspondent à des préjudices non mentionnés à l'article L. 452-3 du code de la sécurité sociale.

2-7- La jurisprudence relative au préjudice d'anxiété

Le premier arrêt de la Cour de cassation en la matière remonte au 11 mai 2010 (affaire AHLSTROM LABELPACK). La Cour avait exigé à l'époque que deux conditions soient remplies pour qu'il y ait indemnisation : d'une part, avoir travaillé dans un établissement inscrit sur la liste des établissements ouvrant droit à l'allocation de cessation anticipée des travailleurs de l'amiante prévue par l'article 41 de la LFSS pour 1999 ; d'autre part, justifier, par la soumission à des contrôles médicaux et examens réguliers, d'une situation d'inquiétude permanente face au risque de déclaration à tout moment d'une maladie liée à l'amiante.

Sa doctrine a cependant évolué depuis lors : le 4 décembre 2012 (MOULINEX. c/ Chevalier), elle a considéré que le préjudice d'anxiété était constitué indépendamment du fait que le salarié se soumette ou non à des contrôles ou examens médicaux particuliers. Elle a par la suite confirmé cette évolution dans quatre autres arrêts : deux rendus le 25 septembre 2013, dans lesquels elle a précisé toutefois que l'indemnisation accordée au titre du préjudice d'anxiété répare l'ensemble des troubles psychologiques résultant du risque de déclaration à tout moment d'une maladie liée à l'amiante, y compris ceux liés au bouleversement dans les conditions d'existence ; deux rendus le 2 avril 2014.

PARTIE II

Eléments de comparaison européens

Observations préliminaires

S'il existe des statistiques sur les maladies professionnelles et les accidents du travail dans (presque) tous les pays de l'Union européenne, il ne s'ensuit pas que la comparaison de ces données soit aisée et permette toujours d'aboutir à des conclusions robustes. Nombre de résultats ne sont que la conséquence directe des dispositifs de déclaration, de reconnaissance ou d'indemnisation mis en œuvre, en sorte que la comparaison n'aboutit qu'à un constat : les systèmes ne sont pas identiques.

1- Les maladies professionnelles

1-1- Observations préliminaires

Les remarques qui précèdent s'appliquent particulièrement aux statistiques de maladies professionnelles⁷. C'est pourquoi Eurostat a renoncé jusqu'ici à publier sur ce sujet. Eurogip⁸, qui a fourni la plupart des données reproduites ci-dessous, n'a retenu pour les MP, au terme d'une analyse serrée, que cinq pays, dont un partiellement⁹.

Il y a à cela plusieurs raisons.

En premier lieu, les champs couverts sont loin d'être identiques. En France, la branche AT-MP de la CNAMTS couvre les salariés du secteur privé, mais pas les salariés agricoles, ni les élèves et étudiants, ni les agents publics et ceux des entreprises publiques ou naguère publiques ayant un régime spécial d'assurance maladie. En revanche, la DGUV¹⁰ allemande couvre l'ensemble des salariés des secteurs public et privé ainsi que les élèves et étudiants. Toutefois, ces derniers sont distingués dans les statistiques et ne sont jamais comptés ci-après. Au Danemark, on est en présence d'une couverture quasi universelle. L'incidence de ces différences de couverture n'est nullement négligeable, les risques de maladie professionnelle n'étant pas identiques dans toutes les corporations, mais elle est difficilement quantifiable. En outre, et peut-être surtout, en Allemagne, seuls les taux d'incapacité permanente supérieurs à 20 % relèvent de l'assurance obligatoire DGUV¹¹, les autres relèvent de l'assurance (théoriquement) facultative et ne sont donc pas pris en compte dans les statistiques DGUV alors qu'en France, comme au Danemark et en Italie, la couverture par l'organisme de sécurité sociale est très large.

⁷ Obtenues par la méthodologie SEMP (statistiques européennes de maladies professionnelles).

⁸ Le présent chapitre doit beaucoup aux précieux travaux d'Eurogip (représenté au sein de la commission). Eurogip est un groupement d'intérêt public constitué en 1991 par la CNAMTS et l'INRS (Voir son site : <http://www.eurogip.fr>).

⁹ Il s'agit de l'Espagne : on y a des statistiques solides de MP reconnues, mais elles ne comprennent pas les demandes de reconnaissance.

¹⁰ Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung : Assurance accidents obligatoire allemande.

¹¹ Pour donner une idée de la portée de cette remarque, il faut noter qu'en France, 30 % seulement des maladies professionnelles sont associées à un taux d'incapacité supérieur à 20 %.

En second lieu, les systèmes de comptage ne sont pas identiques. Par exemple, la branche AT-MP de la CNAMTS, en France, compte en nombre de personnes assurées, c'est-à-dire en nombre de personnes déclarées par les employeurs, après élimination des doubles comptes (pour les salariés ayant plusieurs employeurs). Il en va de même dans les autres pays. Cependant, en Allemagne, la DGUV compte en nombre de contrats de travail, même à temps partiel, si bien que le salarié qui a plusieurs emplois simultanément ou consécutivement au cours d'une même année – situation non rare en Allemagne – compte pour autant qu'il a de contrats. C'est pourquoi elle annonce, en 2011, 76 931 185 personnes assurées contre les accidents du travail (dans un pays de 82 millions d'habitants !) se décomposant en 48,5 millions dans l'industrie, le commerce et les services, 10,4 millions dans le secteur public (soit 58,9 millions, alors que la population active allemande est d'environ 42 millions de personnes – c'est ce chiffre de 58,9 millions qui est retenu dans les tableaux ci-après, colonne de gauche) et 17 millions d'étudiants et d'élèves, non compris dans les tableaux ci-après¹². Toutefois, si l'on réduit, faute de meilleure précision, les données relatives aux salariés en équivalents temps plein, les chiffres sont divisés par plus de deux : 32,34 millions d'ETP pour l'industrie, les commerces et les services, 5,13 million pour le secteur public, soit en tout 37,47 millions. C'est dire que les comparaisons entre la France et l'Allemagne doivent être maniées avec prudence. On verra néanmoins qu'elles permettent quelques constats fermement établis.

En troisième lieu, l'attractivité, si l'on ose dire, des chances de succès des demandes ne sont pas du tout identiques et pèsent sur le comportement des acteurs. En particulier, la présomption d'imputabilité qui s'attache en France aux tableaux de maladies professionnelles a pour effet d'inciter ceux qui remplissent les conditions à présenter une demande (s'ils sont informés et y trouvent un intérêt moral et/ou financier...) – les risques de refus sont réduits – alors que dans les pays où une telle présomption n'existe pas, l'issue est beaucoup moins prévisible.

Il en va de même, en quatrième lieu, des garanties offertes. Si les dispositifs ayant donné lieu aux éléments ci-après présentés s'inscrivent tous dans une logique de réparation (au sens du code civil), ils le font très différemment. En France par exemple, on a tendance à réparer moyennement beaucoup de pathologies. En Allemagne, on réparera plus fortement un nombre moindre de pathologies plus lourdes. C'est ainsi que les TMS n'y sont indemnisés sous forme de rente que si les victimes ont une incapacité permanente d'au moins 20 % et si les troubles sont « reconnus formellement », ce qui suppose que les patients aient été dans l'obligation de quitter leur emploi¹³. Ceux qui font l'objet d'une reconnaissance informelle bénéficient seulement de prestations de prévention (transformation et/ou aménagement du poste de travail, etc.)¹⁴.

Enfin, certains aspects culturels ou de politique sanitaire ne sont pas à négliger. Les dermatoses, peu déclarées et peu reconnues en France, ont fait l'objet en Allemagne, en 2007 et 2008, de campagnes très importantes et manifestement efficaces dans ce pays où la chimie pèse lourd (1,2 millions d'ETP en 2011). A l'inverse, les TMS ont fait en France l'objet de

¹² Y compris les enfants dans les crèches et jardins d'enfants ou chez des nourrices. L'assurance est à la charge des institutions d'accueil.

¹³ Ces deux conditions ne sont pas propres aux TMS.

¹⁴ Pour en savoir plus sur l'indemnisation des victimes d'AT-MP : « *Accidents du travail-Maladies professionnelles : réparation forfaitaire ou intégrale ? Enquête européenne sur les modalités d'indemnisation des victimes* » (juin 2005) EUROGIP. Voir aussi « *Réparation du préjudice permanent subi par les victimes d'AT/MP en Europe* », (décembre 2010) EUROGIP, disponible sur http://www.eurogip.fr/images/publications/Eurogip_NoteRPP_59F.pdf.

campagnes d'information qui ont porté leurs fruits, de même qu'au Danemark, où les professionnels de santé sont sensibilisés au dépistage des MP, alors qu'il n'y a rien d'équivalent en Allemagne. Ces derniers constats ont d'ailleurs un aspect rassurant : les campagnes d'information, dès lors qu'elles donnent lieu à un déploiement significatif, sont loin d'être inefficaces.

Au total, les conclusions qui peuvent être tirées des analyses qui suivent doivent être prises pour ce qu'elles sont : des indications instructives, non pas des conclusions péremptoires. Elles tiennent autant aux dispositifs mis en œuvre qu'au comportement des acteurs et aux traditions locales.

Les travaux du réseau européen Modernet

Modernet (« Monitoring trends in Occupational Diseases and new and Emerging occupational Risks Network »¹⁵) est un réseau de scientifiques européens dans le champ des pathologies professionnelles. Le réseau vise à développer la vigilance en santé au travail à un niveau européen, en s'appuyant sur les données de pathologies issues de centres experts et sur des réseaux de surveillance nationaux existants. Modernet a notamment pour mission d'améliorer les échanges rapides sur les signalements des pathologies professionnelles et les tendances des maladies professionnelles (ou en lien avec le travail).

Actuellement financé par la Communauté européenne (projet COST depuis le 9/11/2010), Modernet est formé d'experts en santé-travail, universitaires ou institutionnels de 19 pays. La délégation française comporte des membres du Réseau national de vigilance et de prévention des pathologies professionnelles (RNVPPP) et du département santé travail de l'Institut de veille sanitaire.

Plusieurs groupes de travail sont constitués au sein de Modernet. Parmi eux, un groupe travaille sur les tendances des incidences de certaines pathologies « professionnelles » au travers de quelques réseaux européens. Les résultats produits pourront être utiles aux travaux des prochaines commissions.

1-2- Les demandes de reconnaissance (déclarations)

Le tableau ci-dessous retrace le nombre de demandes de reconnaissance présentées au cours de l'année 2011 dans les quatre pays étudiés¹⁶. Il y a deux colonnes pour l'Allemagne, selon que l'on calcule les ratios par rapport au nombre de contrats d'assurance, ou par rapport au nombre d'ETP, qui donne un résultat sans doute plus significatif.

¹⁵ Réseau d'examen des tendances dans les maladies professionnelles et des risques professionnels nouveaux ou émergents.

¹⁶ Un rapport d'Eurogip de 2008 portant sur un échantillon plus large de pays montre qu'en 2006, la Belgique et la Finlande se situent autour de 220 déclarations pour 100 000 assurés (soit au niveau de l'Italie) et que les ratios du Portugal, de l'Autriche et de la Suisse tournent autour de 100 déclarations. Il s'agit du rapport *Les maladies professionnelles en Europe, statistiques 1990-2006 et actualité juridique*. Eurogip-34/F, janvier 2009, en collaboration avec le Forum européen de l'assurance Accident du travail-Maladies professionnelles.

**Nombre de demandes de reconnaissance de maladie professionnelle
par rapport à la population assurée et par groupes principaux de pathologies**

Pays	Allemagne		Danemark	Italie	France
	Nombre de contrats	Nombre d'ETP			
a) Population assurée	58 859 409	37 475 591	2 676 095	17 294 329	18 492 444
b) Nombre de déclarations	71 269		18 230	38 101	114 531
<i>Ratio b/a*</i>	121	190	681	220	619
Pathologies					
c) Hypoacusies	11 640		2 183	5 044	2 474
<i>Ratio c/a*</i>	20	31	82	29	13
d) Dermatoses	25 056		2 660	519	1 051
<i>Ratio d/a*</i>	43	67	99	3	6
e) Cancers	8 000		612	2 272	2 536
<i>Ratio e/a*</i>	14	21	23	13	14
f) Lombalgies	5 891		1 604	8 494	8 772
<i>Ratio f/a*</i>	10	16	60	49	47
g) TMS autres que lombalgies	4 213		5 419	15 398	82 276
<i>Ratio g/a*</i>	7	11	202	89	445
h) Autres MP	16 469		5 752	6 374	17 422
<i>Ratio h/a*</i>	28	44	215	37	94

* Ratio pour 100 000 assurés.

Nota : Voir les remarques préliminaires ci-dessus pour ne pas tirer des conclusions hâtives de ce tableau.

Un premier constat est frappant : la différence de taux de déclaration, quel que soit le chiffre d'assurés retenu pour l'Allemagne. Le Danemark se distingue avec 681 déclarations pour 100 000 assurés, suivi de près par la France. L'Italie et l'Allemagne ont des chiffres très inférieurs, mais comparables (si l'on retient, pour la seconde, le nombre d'ETP).

Le deuxième constat tient au poids des troubles musculo-squelettiques, qui expliquent l'essentiel des différences entre pays : 27 déclarations pour 100 000 ETP assurés en Allemagne, 138 pour 100 000 assurés en Italie contre 262 au Danemark et 492 en France. Si l'on déduit les TMS des déclarations, on aboutit aux ratios suivants : Allemagne : 163 déclarations pour 100 000 ETP assurés ; Italie : 82 pour 100 000 assurés ; France : 127. Seul le Danemark manifeste un comportement très différent, avec 419 pour 100 000 assurés. Et si l'on déduit du nombre des demandes les seuls TMS *autres que les lombalgies*, les résultats respectifs sont les suivants : 179, 131, 174 et 419. La différence danoise est encore plus marquée, les autres pays ayant des chiffres dans l'ensemble comparables.

Le troisième constat est relatif aux dermatoses. Si le Danemark vient en tête du nombre des demandes pour mille assurés – comme pour la totalité des pathologies –, on observe une grande différence entre l'Allemagne (67 demandes pour 100 000 ETP assurés) et la France et l'Italie (respectivement six et trois demandes pour 100 000 assurés). Le poids de l'industrie chimique n'explique pas tout, même si elle est très puissante outre-Rhin. Les dermatoses frappent en effet autant le BTP ou la réparation automobile que la seule chimie *stricto sensu*. Il est permis de penser qu'en ce domaine, il existe probablement en France une nette sous-déclaration, liée sans doute à une insuffisante prise de conscience générale.

Le dernier constat tient à la relativement faible proportion (très proche dans les différents pays) des demandes de reconnaissance du caractère professionnel des cancers. Sur ce point, l'ensemble des spécialistes conviennent qu'il y a sans doute sous-déclaration, dans une proportion inconnue. Le phénomène tient évidemment à la durée qui sépare l'exposition aux agents cancérigènes de la déclaration de la maladie (vingt, trente, voire quarante ans...), ainsi

qu'à la multiplicité des facteurs de risque, notamment pour les cancers broncho-pulmonaires¹⁷.

L'incidence du caractère plus ou moins ouvert de la procédure de demande de reconnaissance

Selon le pays, la déclaration est à l'initiative d'une seule personne (la victime en France, l'employeur en Italie, sur sollicitation de la victime), soit ouverte à de nombreux protagonistes (en Allemagne, au Danemark et en Espagne) – en fait, les professionnels de santé.

On pourrait supposer que la multiplicité des initiateurs soit un facteur d'amélioration du taux de déclarations, certains étant moins que d'autres entravés par le manque de connaissances ou la crainte des conséquences.

En réalité, il ne semble pas exister de corrélation entre le nombre de déclarations et le type de procédure. Les deux pays offrant une même procédure ouverte (Allemagne et le Danemark) se situent aux antipodes l'un de l'autre dans le rang des déclarations. Quant aux deux pays disposant d'une procédure limitée à une seule personne, la France affiche un ratio presque trois fois plus élevé que celui de l'Italie¹⁸.

1-3- Les reconnaissances

1-3-1- Des taux de reconnaissance très variables

Si le Danemark est, comme on l'a indiqué, le pays où il y a le plus de demandes pour 100 000 assurés, c'est aussi celui où la proportion de demandes donnant lieu à une reconnaissance est la plus faible, comme il résulte du tableau ci-dessous.

Taux de reconnaissance par rapport aux demandes

	Allemagne	Danemark	Italie	France
Taux global de reconnaissance	48,5 %	21,9 %	38,9 %	68,8 %

On aurait tort pour autant de faire du Danemark une exception absolue et, à l'opposé, de penser que la France est le pays où plus des deux tiers des demandes aboutiraient systématiquement – ce qui n'est nullement le cas en Allemagne et en Italie. Au Danemark, où il n'existe aucune présomption d'imputabilité, les médecins sont encouragés à signaler tous les cas où la cause professionnelle est vraisemblable, mais les cas sont examinés un à un, si bien qu'un peu plus du cinquième seulement des demandes aboutit.

Le cas de la France est, à bien des égards, atypique, comme le montre le tableau ci-dessous, qui détaille les taux de reconnaissance par groupes de pathologies.

¹⁷ Le fumeur chez qui l'on découvre un cancer du poumon ne pensera pas qu'il a aussi inhalé durant une partie de sa vie professionnelle les vapeurs de tel ou tel solvant, ou tel ou tel type de poussière, son médecin pas davantage. Et s'ils y pensent, le fait que le patient soit un fumeur l'incitera à ne pas déposer de demande, les chances de succès étant réduites du fait du caractère ubiquitaire des causes de la maladie en dehors des cas où toutes les conditions du tableau 30 bis (par exemple) sont remplies.

¹⁸ Le rapport précédemment cité (v. note 8) permet de confirmer sur un échantillon plus large de onze pays ce manque de corrélation : le Luxembourg, le Portugal et l'Autriche qui affichent en 2006 les ratios les plus bas de l'échantillon ne disposent pas du même type de procédure, de même que la Belgique et la Finlande qui affichent des ratios médians.

**Taux de reconnaissance par rapport aux demandes
par groupes de pathologies**

	Allemagne	Danemark	Italie	France
Hypoacusies	52,5 %	40,2 %	45,9 %	42,3 %
Dermatoses	77,4 %	52,2 %	50,1 %	72,5 %
Cancers	30,1 %	26,5 %	40,0 %	80,8 %
Lombalgies	9,1 %	13,5 %	35,4 %	45,9 %
Autres TMS	12,5 %	12,3 %	44,0 %	79,9 %
Autres MP	34,0 %	11,9 %	24,8 %	29,8 %

En effet, on constate que le taux de reconnaissance, en France, se situe soit à l'intérieur d'une fourchette dont d'autres pays constituent les bornes inférieure et supérieure (hypoacusies, dermatoses, maladies professionnelles autres que celles détaillées dans le tableau), soit au dessus de ces bornes (cas des TMS, en particulier les TMS autres que les lombalgies, et des cancers).

Si les cancers sont largement reconnus en France, ce phénomène est principalement imputable aux cancers broncho-pulmonaires liés à l'amiante. Cette pathologie représente en effet plus de la moitié des déclarations en cancers professionnels dans plusieurs pays (50% en Allemagne, 60% en France). Or les décisions positives sont en France beaucoup plus nombreuses que dans les autres pays, à niveau de déclaration comparable, en raison de la réglementation spéciale qui a été (tardivement) mise en place¹⁹. Le ratio de reconnaissance y est de 6,7 cas reconnus pour 100 000 assurés²⁰.

En outre, ces pourcentages ne doivent pas faire oublier les effectifs sur lesquels ils sont fondés. Certes, la CNAMTS reconnaît près des trois quarts des cas de dermatose qui lui sont soumis. Mais on ne lui en soumet qu'un peu plus de 1 000 par an, contre 25 000 en Allemagne. Il est permis de penser dès lors que les cas présentés en France laissent le plus souvent peu de place au doute.

1-3-2- Le poids des différentes pathologies

Le tableau ci-après retrace les maladies professionnelles reconnues dans cinq pays, l'Espagne s'ajoutant aux quatre précédemment observés, et indique surtout la proportion de ces maladies reconnues pour 100 000 assurés (l'Allemagne ayant deux chiffres comme précédemment).

¹⁹ La réglementation française (tableau 30 bis) exige une exposition de dix années à l'amiante, mais n'impose pas de critère d'intensité de l'exposition. En Allemagne, un cancer broncho-pulmonaire lié à l'amiante ne peut être reconnu que s'il est associé à une asbestose, ou à une autre pathologie pleurale, ou bien encore s'il résulte d'une exposition avérée aux poussières d'amiante à une dose cumulée d'au moins 25 fibres/année sur le lieu de travail. ; depuis 2009, cette pathologie peut y être également reconnue si elle est due à l'action conjointe de l'amiante et d'hydrocarbures aromatiques polycycliques.

²⁰ Des estimations réalisées sur la base des données disponibles permettent d'affirmer que les mésothéliomes ainsi que les cancers des fosses nasales et de la vessie sont déclarés et reconnus dans des proportions grossièrement comparables en Allemagne, au Danemark, en France et en Italie – à l'exception toutefois du cancer des fosses nasales au Danemark qui, parce qu'il fait l'objet, avec le mésothéliome, d'un repérage et d'une déclaration systématiques, est plus déclaré que dans les autres pays.

**Nombre de maladies professionnelles reconnues
par rapport à la population assurée et par groupes principaux de pathologies**

Pays	Allemagne		Danemark	Italie	France	Espagne
	Nombre de contrats	Nombre d'ETP				
a) Population assurée	58 859 409	37 475 591	2 676 095	17 294 329	18 492 444	15 756 800
b) Nombre de reconnaissances	34 573		3 944	14 837	78 805	30 262
Ratio b/a*	59	92	149	86	426	192
Pathologies						
c) Hypoacusies	6 107		877	2 317	1 046	2 067
Ratio c/a*	10	16	33	13	6	13
d) Dermatoses**	19 399		1 389	260	762	1 064
Ratio d/a*	33	52	52	2	4	7
e) Cancers	2 408		162	908	2 050	75
Ratio e/a*	14	21	23	13	14	ε
f) Lombalgies	535		217	3 003	4 028	3 999
Ratio f/a*	1	1	8	17	22	25
g) TMS autres que lombalgies	525		664	6 771	65 724	16 297
Ratio g/a*	1	1	25	39	355	103
h) Autres MP	5 599		685	1 578	5 195	8 760
Ratio h/a*	10	15	26	9	28	43

* Ratio pour 100 000 assurés.

** Le nombre indiqué pour l'Allemagne comprend les cas « reconnus formellement » et les cas « reconnus informellement » (voir remarques préliminaires).

Les écarts observés sur les demandes se retrouvent, mais avec de substantielles modifications en ce qui regarde le Danemark (voir *supra*). Avec 426 reconnaissances pour 100 000 assurés, la France devance largement tous les autres pays, loin devant l'Espagne, le Danemark et, bien sûr, l'Allemagne. Mais l'Italie vient, cette fois, en dernier rang.

Toutefois, si l'on élimine du tableau précédent les troubles musculo-squelettiques autres que les lombalgies, on arrive à des résultats sensiblement différents.

**Proportion d'assurés faisant l'objet d'une reconnaissance
toutes pathologies hors TMS (sauf lombalgies)**

Allemagne	Danemark	Italie	France	Espagne
91	124	47	71	89

Même s'il existe des différences marquées entre pays, on voit bien que les chiffres sont beaucoup plus proches les uns des autres et plus encore, que la spécificité française se dissipe entièrement : sur les cinq pays observés, la France est l'avant-dernier en termes de reconnaissances.

1-3-2-1- Les TMS

Il y a donc bien une particularité liée aux TMS. A cet égard, la comparaison entre la France et l'Allemagne est éclairante. L'explication se tient sans doute dans les modalités mêmes de la reconnaissance, qui ont des effets tant sur les demandes que sur leur aboutissement. Si de nombreux TMS sont présents dans toutes les listes nationales de maladies professionnelles, ils le sont sous des intitulés plus ou moins génériques et plus ou moins restrictifs.

En France, les TMS *stricto sensu* font l'objet des tableaux 57 (affections péri-articulaires provoquées par certains gestes et postures de travail), 69 (vibrations et choc transmis par certaines machines-outils, outils et objets tenus à la main), 79 (lésions chroniques du

ménisque), et les affections chroniques du rachis lombaires des tableaux 97 (vibrations de basses et moyennes fréquences transmises au corps entier) et 98 (manutention manuelle de charges lourdes). Comme c'est le cas pour tous les tableaux français de maladies professionnelles, les critères de reconnaissance (médicaux ou de conditions d'exposition au risque) y sont énumérés de manière relativement précise. Si ces conditions sont remplies, la maladie sera quasi automatiquement reconnue par l'organisme assureur. Cette présomption d'origine professionnelle attachée aux tableaux français est particulièrement favorable à la victime dans le cas des TMS, dans la mesure où même s'il s'agit par nature de pathologies souvent plurifactorielles, la part d'origine non professionnelle, quelle que soit son ampleur, sera sans incidence sur la décision de reconnaissance à partir du moment où les critères sont remplis.

En Allemagne, la liste de maladies professionnelles comprend une dizaine d'intitulés génériques correspondant à des TMS, mais seule l'arthrose du genou, récemment inscrite (1^{er} juillet 2009), contient des critères précis de reconnaissance. Pour tous les autres TMS, les demandes de reconnaissances sont instruites au cas par cas selon des critères internes (non publics) fondés sur l'état des connaissances scientifiques. Il n'existe pas de présomption d'origine professionnelle liée à l'inscription sur la liste, et l'aspect multifactoriel est scruté lors de la recherche du lien médical entre la pathologie et l'activité professionnelle. Comme en outre une moitié des TMS (essentiellement des lombalgies) ne sont indemnisés que s'ils sont « reconnus formellement » (Voir *supra*), on comprend qu'il y ait peu de candidats et encore moins d'élus.

1-3-2-2- Les hypoacusies

Sauf au Danemark, où on a vu le rôle décisif des médecins, les hypoacusies – en d'autres termes, les surdités – reconnues semblent relativement peu nombreuses. Il est vraisemblable que ce phénomène s'explique par le caractère progressif du trouble, qui n'induit une prise de conscience que quand il est déjà bien avancé et par le fait bien connu depuis la nuit des temps que les personnes vieillissantes savent bien qu'elles ne voient ni n'entendent plus aussi bien que dans leurs jeunes années. On impute donc au vieillissement ce qui n'est pas dû qu'à lui. Pour éviter une perte d'emploi, on ne se préoccupe du phénomène qu'une fois la retraite venue, et sans toujours faire le lien avec la profession, du moins dans le délai de prescription.

1-3-2-3- Les cancers

Si l'accord se fait généralement chez les spécialistes sur le fait que l'origine professionnelle de nombreux cancers est occultée, sans que la solution soit d'ailleurs évidente : on n'a pas d'explication sur le nombre infinitésimal de cas reconnus en Espagne. On observera qu'en France, le nombre de cas reconnus pour 100 000 assurés est moindre qu'en Allemagne et au Danemark, malgré un taux de reconnaissance nettement supérieur.

1-3-2-4- Les dermatoses

Les dermatoses paraissent diviser l'Europe : celle du Nord où elles sont nombreuses, celle du Sud, France incluse, où elles sont peu déclarées et, pour cette raison, peu reconnues (malgré, en France, un taux de reconnaissance de près de 75 %). Comme il n'y a aucune raison de penser que les professions exercées par les salariés de France soient significativement moins exposées que celles de l'Europe du Nord, le diagnostic se confirme d'une probable sous-

déclaration de ces maladies dans notre pays où, au contraire, les TMS, si l'on ose dire, « font le plein ».

2- Les accidents du travail

Plus simples à définir, du moins en principe, que les maladies professionnelles, et sans doute mieux déclarés, les accidents du travail n'en soulèvent pas moins des problèmes de champ, lesquels ont une incidence sur les statistiques.

2-1- Problèmes de définition

Si dans tous les pays mentionnés ci-après, sont considérés comme accidents du travail à la fois les accidents de trajet et ceux survenus sur le lieu de travail, d'autres éléments influent sur les données disponibles.

En premier lieu, le champ de la population couverte n'est pas le même (voir première partie, remarques préliminaires).

En outre, la durée des absences imputables aux AT n'est pas la même. En France, en Belgique et en Espagne, tout arrêt d'une journée au moins lié à un sinistre intervenu sur le lieu de travail ou lors du trajet pour y aller ou en revenir est compté comme accident du travail. Il en va différemment en Allemagne, où l'employeur n'est tenu de déclarer l'accident que s'il a entraîné une absence de quatre jours au moins. De plus, les cas de décès « naturel » sur le lieu de travail (crise cardiaque fatale, AVC mortel, etc.) ne sont pas comptés comme AT en Allemagne et en Belgique, mais le sont en France et en Espagne. On ne peut donc comparer la France et l'Allemagne que pour les AT de plus de trois jours (la statistique est disponible en France) et, en ce qui concerne les décès, on doit, pour obtenir une comparaison valable, retirer de la statistique française un certain nombre, forcément présumé à partir d'extrapolations statistiques, de décès « naturels ».

D'autre part la nature et la compétence des producteurs de données ne sont pas identiques. Si en France et en Allemagne, ce sont des organismes uniques (mais qui opèrent sur des champs différents), il n'en va pas de même en Belgique et en Espagne. Dans ces deux pays, ce sont les assureurs (privés en Belgique, mutualistes en Espagne) mandatés par les employeurs qui, d'une part, décident du caractère professionnel ou non des accidents qui leur ont été déclarés, et d'autre part fournissent leurs données à des organismes publics qui en assurent la révision et la publication²¹.

Enfin, le calcul de l'effectif même des salariés pris en compte n'est pas identique. Si, en Allemagne, en France et en Belgique, l'effectif des personnes couvertes est traduit en équivalents temps plein, il n'en va pas de même en Espagne, où le nombre de personnes assurées du secteur privé correspond à la moyenne annuelle du nombre mensuel d'assurés déclarés à la sécurité sociale.

Au total, on ne peut comparer les accidents du travail ayant entraîné au moins un jour d'arrêt qu'entre l'Espagne, la Belgique et la France, et les accidents de plus de trois jours qu'entre la

²¹ Il s'agit du Fonds des accidents du travail en Belgique et, en Espagne, dans chaque *autonomia*, les autorités régionales du travail, le ministère ne faisant que collationner et publier les statistiques.

France et l'Allemagne. Ce n'est que pour les accidents mortels que l'on peut comparer les quatre pays, sous la réserve due à la non prise en compte, en Allemagne et en Belgique, des décès « naturels ».

Dès lors, en ces différents domaines, plus qu'aux chiffres bruts, il y a lieu de s'intéresser aux taux (pour 100 000 assurés) ainsi qu'à leur évolution.

2-2- Les accidents du travail non mortels

Leur évolution en taux est indiquée dans les deux tableaux ci-dessous.

Evolution des AT (hors trajet) non mortels reconnus pour 100 000 assurés ayant entraîné un jour d'arrêt ou plus

	2008	2009	2010	2011	2012	Evolution
France	3 804	3 597	3 600	3 623	3 503	- 7,9 %
Belgique	4 287	3 867	3 896	3 766	3 409	- 20,5 %
Espagne	5 069	4 131	3 871	3 515	2 849	- 43,8%

On pourrait se réjouir de la chute vertigineuse de la proportion d'arrêts de travail en Espagne si elle n'était pas liée à la crise, ce qui est manifestement le cas. La même observation vaut probablement pour la Belgique et peut-être aussi pour la France. Il est toutefois difficile de mesurer l'impact propre de la crise. Une part de la diminution est certainement due aux mesures de précaution prises dans les entreprises, sans qu'il soit possible de la mesurer.

Evolution des AT (hors trajet) non mortels reconnus pour 100 000 assurés ayant entraîné quatre jours d'arrêt ou plus

	2008	2009	2010	2011	2012	Evolution
France	3 398	3 213	3 228	3 259	3 159	- 7,0 %
Allemagne	2 775	2 501	2 644	2 579	2 443	- 12,0 %

On constate un net différentiel en faveur de l'Allemagne, à la fois en termes de taux (716 accidents pour 100 000 assurés) et d'évolution. Il ne faut toutefois pas oublier que le dénominateur allemand (le nombre d'assurés traduit en ETP) comporte le secteur public, c'est-à-dire essentiellement des administrations normalement moins « accidentogènes » que les entreprises privées, et d'autant plus qu'il s'agit nécessairement d'accidents assez lourds puisque ils ont entraîné plus de trois jours d'absence.

On a d'ailleurs une preuve indirecte de cette assertion. Il est en effet possible de comparer les deux pays à travers les données financières, puisque l'un et l'autre fournissent des statistiques sur l'ensemble des accidents du travail ayant généré une dépense dans l'année considérée, quelle que soit la durée d'absence.

Taux d'accidents du travail pour 100 000 assurés en France et en Allemagne

	2009	2012	Evolution
France	5 625	5 154	- 8.4 %
Allemagne	5 570	5 449	- 2.2 %

On constate d'une part que les taux sont assez proches, mais aussi que l'évolution en France a été plus favorable qu'en Allemagne, peut-être à cause de la crise.

Au total, on peut conclure, avec les précautions qui s'imposent, que la France a connu une réduction nettement plus forte que l'Allemagne en fait d'accidents du travail, mais uniquement pour les accidents les moins graves.

Par ailleurs, il est difficile de tirer des conclusions en matière de sous-déclaration des accidents du travail.

2-3- Les accidents du travail mortels (hors trajet)

Leur évolution en taux est indiquée dans le tableau ci-dessous. L'impact de la crise est manifeste en Espagne et en Belgique : il y a relativement moins d'accidents du travail parce qu'il y a moins de travail.

**Evolution du nombre d'accidents du travail (hors trajet) mortels
pour 100 000 assurés**

	2008	2009	2010	2011	2012	Evolution
France	3,07	2,97	2,89	2,99	3,05	- 0,7 %
Belgique*	4,55	3,48	3,7	3,62	2,94	- 35,4 %
Espagne	5,1	4,23	3,87	3,78	3,15	- 38,2 %
Allemagne*	1,69	1,34	1,55	1,4	1,42	- 16,0 %

* Les décès « naturels » sur le lieu de travail ne sont pas comptés en Allemagne et en Belgique

Cependant, il ne faut pas oublier que les taux allemand et belge font abstraction des décès « naturels » sur le lieu de travail. Si on tente une comparaison en calculant ce que serait un taux français d'accidents mortels en n'y incluant pas les décès pour cause naturelle, et si on le compare avec les résultats allemands, on aboutit au tableau suivant :

Les accidents mortels (hors causes naturelles) en Allemagne et en France (2008-2012)

	Allemagne			France		
	Population assurée	AT mortels (hors causes naturelles)	Fréquence pour 100 000 assurés	Population assurée	AT mortels (hors causes naturelles)	Fréquence pour 100 000 assurés
2008	31 208 520	527	1,69	18 508 530	361	1,95
2009	31 302 211	421	1,34	18 108 823	317	1,75
2010	31 800 544	493	1,55	19 299 717	298	1,54
2011	32 338 580	452	1,40	18 492 444	343	1,85
2012	32 857 103	466	1,42	18 296 201	313	1,71
Evolution	5,28 %	- 11,6 %	- 16 %	- 1,1 %	- 13,3 %	- 12,3 %

On constate alors que, s'il subsiste une différence entre les deux pays, elle est relativement faible – beaucoup plus que ce que donnait à penser le tableau antérieur. En revanche, la diminution française, quoique sensible (plus de 10 % en cinq ans) est inférieure à la diminution allemande, tout simplement parce que la population assurée a augmenté en Allemagne et diminué en France, si bien que la diminution du nombre absolu des décès, plus importante en France qu'en Allemagne, est partiellement effacée par cette réduction de la population couverte.

En tout état de cause, l'évolution comparée de la France et de l'Allemagne montre les progrès qu'il reste à faire en France en matière de prévention des accidents mortels.

2-4- Les accidents de trajet (non mortels)

Ils donnent lieu aux deux tableaux ci-après, construits à l'identique de leurs homologues relatifs aux accidents sur le lieu de travail.

Evolution des accidents de trajet non mortels reconnus pour 100 000 assurés ayant entraîné un jour d'arrêt ou plus

	2008	2009	2010	2011	2012	Evolution
France	475	518	538	541	492	3,6 %
Belgique	618	651	750	617	607	- 1,8 %
Espagne	571	529	520	470	437	- 23,5%

Si la diminution observée en Espagne est de toute évidence liée à la réduction du nombre des trajets en raison de la crise économique, on ne peut que remarquer que la France se distingue par une augmentation non négligeable sur la période, avec un pic en 2011. La Belgique elle aussi a connu un pic peu explicable, mais en 2010, tout comme l'Allemagne comme le montre le tableau ci-dessous.

Evolution des accidents de trajet non mortels reconnus pour 100 000 assurés ayant entraîné quatre jours d'arrêt ou plus

	2008	2009	2010	2011	2012	Evolution
France	412	446	465	468	429	3,9 %
Allemagne	479	480	596	498	458	- 4,4 %

On assiste donc à une réduction de l'écart entre les deux pays – de 57 points à 29 –, malgré une progression relative du taux français et une diminution du taux allemand, en raison de l'évolution divergente des populations couvertes.

Evolution du nombre d'accidents de trajet mortels pour 100 000 assurés

	2008	2009	2010	2011	2012	Evolution 2008-2012
France	2,09	1,97	1,96	2,13	2,77	- 15,3 %
Belgique	2,96	2,34	2,53	2,52	2,06	- 30,4 %
Espagne	1,61	1,33	1,28	1,13	1,78	10,6 %
Allemagne	1,32	1,04	1,06	1,06	1,06	- 19,7 %

A la quasi stabilité allemande, s'oppose l'évolution favorable en France et, plus encore, en Belgique. En revanche, la crise économique semble n'avoir aucun impact sur les accidents de trajet espagnols.

PARTIE III

Principales causes de sous-déclaration et de sous-reconnaissance des risques professionnels

Il ressort des travaux et auditions que la commission a menés que les principales causes de sous-déclaration et de sous-reconnaissance des accidents du travail et maladies professionnelles demeurent.

Tant les victimes que les employeurs et les professionnels de santé semblent avoir leur part dans la première. La seconde résulte notamment des pratiques différentes des caisses.

1- Causes de sous-déclaration des risques professionnels

1-1- Causes tenant aux employeurs

Des comportements de dissimulation qui, selon les organisations syndicales, sont plutôt le fait de grands groupes, ont de nouveau été signalés à la commission :

- non-déclaration d'accidents ;
- pressions sur les salariés ;
- actions en direction des médecins de ville, souvent par courrier type, pour qu'ils n'accordent pas d'arrêt de travail ou en limitent la durée, au motif que le salarié va se voir proposer un poste aménagé, sans démarche concertée avec le médecin du travail.

Selon les organisations syndicales, la taille de l'entreprise semble influencer sur la nature du comportement : ce sont plutôt des grands groupes qui interviennent auprès du médecin ; l'absence totale de déclaration ou les pressions sur les salariés pour qu'ils renoncent à toute démarche serait au contraire plutôt le fait de petites entreprises. On manque cependant d'études pour pouvoir être plus affirmatif et précis.

En revanche, l'accompagnement du salarié chez le médecin par une personne de l'entreprise et la prise en charge des soins par cette dernière seraient devenus rares.

Cette dissimulation volontaire des sinistres servirait deux objectifs.

D'affichage, d'une part : des taux de sinistralité élevés ou en hausse peuvent nuire à l'image de l'entreprise, lui faire perdre un label ou encore dégrader des indicateurs de performance avec en contrepartie, pour les salariés, la perte de primes ; dans ce dernier cas, ce sont d'ailleurs ces salariés eux-mêmes qui, ayant intégré cette contrainte, renonceraient à la déclaration.

D'économie, de l'autre : avec la réforme de la tarification intervenue en 2010, qui a pris effet en 2012, le coût d'un sinistre, pour les entreprises en tarification mixte ou individuelle, est désormais imputé sur leur compte en une seule fois, sur la base d'un coût moyen, l'année qui suit la survenance du sinistre. Cette évolution avait pour objet de rendre la tarification plus lisible et incitative à la prévention ; mais, d'un autre côté, elle rend également plus immédiat

et lisible l'intérêt de ne pas déclarer un sinistre, ce qui appelle à renforcer la vigilance sur ces pratiques.

Certains membres de la commission ont par ailleurs insisté sur l'importance de l'établissement, par les entreprises, du document unique d'évaluation des risques professionnels (DUER). Des progrès ont certes été réalisés : ce document serait désormais disponible dans la majorité des entreprises (75% des entreprises en 2011, source INRS, Etat des lieux dressé avec la DGT) ; mais cette évolution positive serait contrebalancée par l'absence fréquente d'actualisation de ce document, alors qu'il devrait l'être tous les ans, prenant en compte les nouvelles expositions et les nouveaux risques. De plus, des salariés éprouveraient toujours des difficultés à pouvoir le consulter : seuls les responsables syndicaux y parviendraient facilement.

Or, le DUER est essentiel : il permet au salarié de connaître les risques auxquels il a été exposé et peut l'aider à faire le lien entre une pathologie et sa cause professionnelle. A l'inverse, son absence, ou tout au moins l'absence d'affichage, ne peut que renforcer le phénomène de sous-déclaration. La recommandation d'une remise annuelle d'un exemplaire du document à tous les salariés, afin de leur permettre d'avoir une profondeur historique sur leur exposition à des facteurs de risque, a été renouvelée à la commission.

Une autre problématique d'accessibilité a été signalée concernant le registre d'accidents bénins dans les grandes entreprises. Deux CARSAT ont mené des expériences sur la déclaration informatique, mais le CHSCT ne serait pas en mesure de la consulter.

La situation particulière des intérimaires a aussi été relevée par les membres de la commission, qui ont remarqué que cette population affichait une sinistralité plus lourde.

Le dispositif dit « *de l'étang de Berre* », dont la finalité première est d'aboutir à une cartographie des postes à risques à visée préventive, illustre toutefois bien la problématique de la sinistralité des intérimaires (*cf. encadré infra*).

**La construction du cadastre des postes de travail en cause dans les cas de cancers
du bassin Fos-Martigues (dispositif dit « de l'étang de Berre »)**

Il s'agit d'une expérimentation réalisée par l'Association pour la prise en charge des maladies éliminables (APCME) en collaboration avec la région PACA, la direction régionale du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle, l'Institut national du cancer et l'Association pour la recherche contre le cancer (devenue depuis Fondation ARC), entre 2003 et 2009 dans le bassin d'emploi du golfe de Fos et de l'ouest de l'étang de Berre, une des zones industrielles les plus importantes d'Europe pour l'industrie de base et qui comprenait notamment des chantiers de construction navale (Port-de-Bouc) et une usine Eternit. Environ 35.000 personnes y étaient salariées, auxquels s'ajoutaient les salariés de 35 sociétés d'intérim. Durant cette période, les médecins participants ont recueilli puis transmis les informations sur les cas de patients atteints de pathologies liées au travail et les postes de travail les ayant exposés. Des fiches « patients » (800 dont 126 cas de cancers) et des fiches de postes ont été progressivement établies grâce aux échanges répétés entre médecins, enquêteurs et experts.

Les résultats de l'expérimentation ont été présentés dans un rapport final en décembre 2009. Il en ressort des résultats très intéressants en termes de cartographie des postes de travail en cause dans les cas de cancers et de production de connaissances sur les risques spécifiques à la sidérurgie, à la pétrochimie et au raffinage.

Il en ressort aussi deux résultats éclairants dans le cadre de ce rapport :

- Il y a entre sept et dix fois plus de cancers causés par le milieu de travail parmi les sous-traitants affectés à la maintenance des sites industriels que parmi le personnel organique ;
- Près de 40% des cas de cancers recensés sont directement ou essentiellement imputables à la maintenance « transversale », par des sous-traitants, des fours industriels, probablement suite à l'exposition à de multiples cancérigènes (matériaux réfractaires, produits de combustion, chrome et nickel utilisés pour la soudure et fibres minérales ou céramiques) dans un environnement confiné.

1-2- Causes tenant aux victimes

La sous-déclaration par les victimes concerne au premier chef les maladies professionnelles, ce qui n'a rien de surprenant puisque la déclaration de ces dernières auprès de la caisse leur incombe²². Sa réalité est avérée par plusieurs études ou expérimentations.

Ainsi, dans l'expérience de repérage des cancers de la vessie d'origine professionnelle menée par la CNAMTS, près de la moitié des personnes atteintes d'un cancer dont l'origine professionnelle paraissait probable n'ont pas fait de déclaration de maladie professionnelle, alors même qu'elles étaient informées et, retraitées, à l'abri de toute pression possible d'un employeur.

De la même manière, malgré l'importante médiatisation des pathologies liées à l'amiante, 40% des patients atteints d'un mésothéliome ne le déclareraient pas comme maladie professionnelle alors qu'ils ont été exposés professionnellement²³. Curieusement, les patients au niveau de diplôme le moins élevé sont ceux qui déclaraient le plus, ce qui relativise le faible niveau d'instruction comme cause principale de sous-déclaration. La raison avancée par les auteurs de l'étude est que le médecin, dont ils jugent le rôle déterminant dans le déclenchement de la démarche déclarative, repérerait plus spontanément une maladie professionnelle chez les ouvriers.

Les causes de cette sous-déclaration ne diffèrent guère de celles qui avaient été répertoriées par les précédentes commissions : ignorance de la victime ; crainte de l'absence d'aboutissement de la démarche, à mettre en regard de la possibilité d'obtenir éventuellement la pension d'invalidité ; réticences liées à des considérations sociales ou financières.

Dans sa publication de juin 2013 sur la sous-déclaration des TMS²⁴, l'InVS constate ainsi que la raison première d'absence de déclaration des TMS est le refus du salarié (40% des raisons invoquées). L'insuffisance d'éléments pour la confirmation de la pathologie ou l'ignorance du salarié ne viennent qu'ensuite, en deuxième ou troisième place suivant la pathologie et représentent entre 20 et 30% des motifs invoqués.

Une cause supplémentaire, au demeurant bien compréhensible, de sous-déclaration tiendrait, selon certains membres de la commission, au peu de motivation des personnes à très mauvais pronostic pour engager une procédure de reconnaissance de MP.

²² Article L. 461-5 du code de la sécurité sociale. On rappellera que si la déclaration de l'accident du travail incombe à l'employeur et à ses préposés, elle peut cependant être faite par la victime ou ses représentants jusqu'à l'expiration de la deuxième année qui suit l'accident (article L. 441-2 du code de la sécurité sociale).

²³ Revue d'épidémiologie et de Santé Publique, volume 59, décembre 2011.

²⁴ *Approche de la sous-déclaration des TMS dans dix régions françaises en 2009*, InVS, juin 2013, Programme de surveillance des maladies à caractère professionnel, S. Rivière, E. Penven, H. Cadéac-Birman, Y. Roquelaure, M. Valenty.

1-2-1- L'ignorance de la victime

Elle est potentiellement double.

La victime d'une maladie professionnelle peut en effet, tout d'abord, ignorer la nocivité des substances qu'elle a manipulées ou auxquelles elle a été exposée et n'être ainsi pas en mesure de s'interroger sur le lien possible entre les troubles subis et une exposition professionnelle. C'est, selon l'un des membres de la commission, un point de blocage essentiel, démontré par l'étude Spirale²⁵ : ainsi, pour le cas de l'amiante, une exposition possible a été trouvée dans plus de quatre cas sur dix parmi des personnes qui déclaraient pourtant n'avoir pas été exposées à cette fibre.

Mais l'ignorance de la victime peut aussi, plus simplement, être celle soit de ses droits à réparation, de sorte qu'elle ne s'interroge même pas sur la procédure à suivre, indépendamment de la perception qu'elle peut avoir de la complexité, de cette procédure. La commission a toutefois unanimement salué la qualité de l'information mise en ligne par la CNAMTS sur Ameli.fr pour guider les assurés dans leurs démarches.

1-2-2- La crainte de l'absence d'aboutissement de la démarche

Sans aucunement soutenir que toute déclaration devait donner lieu à reconnaissance, les organisations syndicales et la FNATH ont souligné, unanimement, que la difficulté d'obtenir la reconnaissance de l'origine professionnelle de la maladie une fois la déclaration souscrite était de nature à décourager certains malades.

1-2-3- L'arbitrage entre la réparation au titre des accidents du travail et maladies professionnelles et la pension d'invalidité

La commission a eu confirmation que des **arbitrages entre l'invalidité et la réparation MP** étaient parfois effectués, au bénéfice de l'invalidité, alors même que les conséquences sociales sont difficiles à prévoir compte tenu de la complexité des dispositifs.

Cet arbitrage, comme l'avait relevé la précédente commission, est un effet pervers de la complexité, à la limite de l'opacité, de la réglementation. Les deux régimes n'ont ni la même logique ni les mêmes objets et conséquences²⁶. Par ailleurs, rentes AT-MP et pension d'invalidité ne sont pas toujours exclusives l'une de l'autre²⁷. La précédente commission avait également souligné le rôle des médecins et des assistantes sociales dans le choix pour l'un ou l'autre des dispositifs, sans que se dégage d'ailleurs une règle générale puisque en l'absence de barème indicatif d'attribution d'une pension d'invalidité, les pratiques des médecins-conseils sont hétérogènes et emportent donc des stratégies d'adaptation différentes.

²⁵ http://hal.archives-ouvertes.fr/docs/00/37/25/20/PDF/Article_RMAM-VF.pdf.

²⁶ Un tableau en annexe donne un aperçu de la complexité de la comparaison.

²⁷ Le cumul est possible lorsque la pathologie professionnelle intervient dans un état global d'invalidité, mais cette possibilité reste par trop méconnue.

Retraite anticipée et pénibilité

L'article 79 de la loi du 9 novembre 2010 sur la réforme des retraites a créé un dispositif de retraite anticipée (maintien de l'âge légal de départ à 60 ans **quelle que soit la durée d'assurance**) au bénéfice des salariés atteints d'une incapacité permanente reconnue au titre d'une maladie professionnelle ou, sous certaines conditions, d'un accident du travail, à l'exclusion de l'incapacité permanente due à un accident de trajet mise en place par (art. L 351-1-4 du code de la sécurité sociale). Il est applicable aux pensions prenant effet depuis le 1^{er} juillet 2011.

Pour bénéficier de ce droit à retraite anticipée lié à la pénibilité du travail, il faut justifier d'un taux d'incapacité permanente au moins égal à **10%**. Dans ce cas, les conditions d'accès varient en fonction de l'origine de cette incapacité (accident du travail ou maladie professionnelle) et de du taux d'incapacité permanente (soit 10% minimum, soit 20% minimum), de la façon suivante :

Tableau fixant les conditions ouvrant droit à la retraite anticipée pour incapacité permanente liée au travail

Taux d'incapacité permanente	IP reconnue au titre d'une MP	IP reconnue au titre d'une AT
Au moins égal à 20%	Droit à la retraite anticipée ouvert, sans autres conditions.	Droit à la retraite anticipée ouvert à condition que l'accident du travail ait entraîné des lésions identiques à celles indemnisées au titre d'une maladie professionnelle
Au moins égal à 10% et inférieur à 20%	Droit à la retraite anticipée ouvert, à condition de prouver : <ul style="list-style-type: none"> • que vous avez été exposé, pendant au moins 17 ans, à des facteurs de risques professionnels, • et que votre incapacité permanente ait un lien direct avec l'exposition à ces facteurs de risques 	Droit à la retraite anticipée ouvert à condition que l'accident du travail ait entraîné des lésions identiques à celles indemnisées au titre d'une maladie professionnelle. Si c'est le cas, il faut ensuite prouver : <ul style="list-style-type: none"> • que vous avez été exposé, pendant au moins 17 ans, à des facteurs de risques professionnels, • et que votre incapacité permanente ait un lien direct avec l'exposition à ces facteurs de risques.
Inférieur à 10%	Pas de droit ouvert au titre de la pénibilité	Pas de droit ouvert au titre de la pénibilité

Le taux d'incapacité permanente peut être atteint par l'addition de plusieurs taux, reconnus à la suite d'une maladie professionnelle ou d'un accident du travail ayant entraîné des lésions identiques à celles indemnisées au titre d'une maladie professionnelle. Toutefois, un taux d'incapacité permanente au moins égal à 10 % doit être reconnu au titre d'une seule maladie professionnelle ou d'un seul accident du travail.

On entend par facteur de risques professionnels les contraintes physiques marquées (manutentions manuelles de charge, postures pénibles...) et celles liées au rythme de travail (travail de nuit, travail répétitif...), ou encore la pénibilité au titre de "l'environnement agressif" (bruit, agents chimiques...).

La durée d'exposition de 17 ans peut être accomplie dans tous les régimes de base français et dans les états de l'Union européenne.

Attributions de retraite anticipée pour pénibilité selon le taux IP et la nature du sinistre

	AT	MP	AT et MP	Total	Poids
Taux d'IP inférieur à 20 %	1 051	1 301	33	2 385	27 %
Taux d'IP égal ou supérieur à 20 %	3 759	2 289	356	6 404	73 %
TOTAL	4 810	3 590	389	8 789	100 %

Source : CNAVTS, données juil. 2011 – mai 2014

Selon l'un des membres de la commission, toutefois, l'augmentation de l'âge de départ en retraite et la perspective de percevoir des pensions de retraite moins élevées pourraient inciter dans l'avenir les assurés à privilégier la déclaration de maladie professionnelle, surtout lorsqu'ils sont proches de l'âge de la retraite et victimes des pathologies qui affectent avant tout la partie âgée de la main d'œuvre (Cf. tableau page 53) :

– d'une part, en raison du dispositif de retraite anticipée pour cause d'incapacité permanente d'au moins 10 % consécutive à une maladie professionnelle ou, sous certaines conditions, un accident du travail, dispositif lié à la pénibilité du travail créé dans le cadre de la réforme des retraites de 2010, même si ses effets sur la déclaration vont sans doute être progressifs²⁸ en raison même du caractère progressif de l'augmentation de l'âge légal de départ en retraite ;

– d'autre part, en raison du caractère viager et exonéré d'impôt de la rente attribuée en cas d'incapacité permanente consécutive à un accident du travail ou une maladie professionnelle, rente qui peut donc constituer un complément appréciable à la pension de retraite alors que le service de la pension d'invalidité s'interrompt une fois que l'assuré perçoit sa pension de retraite.

1-2-4- Les causes d'une réticence à la déclaration

Les commissions précédentes avaient évoqué les craintes que pouvait inspirer la déclaration des maladies professionnelles aux salariés inquiets pour leur situation et leur avenir.

De fait, cette crainte peut avoir quelque fondement. Reprise dans le rapport de la dernière commission, une étude sur le « *devenir des salariés licenciés suite à une inaptitude au poste de travail en Vaucluse de 2002 à 2004* »²⁹ avait montré que les inaptitudes au poste sont le plus souvent suivies de grosses difficultés de réinsertion professionnelle : 90 % des salariés déclarés inaptes ont été licenciés ; pour 72 % d'entre eux le reclassement dans l'entreprise avait été considéré comme impossible, un tiers avait plus de 50 ans au moment de la déclaration de l'inaptitude avec une surreprésentation féminine et enfin, la fréquence de retour à l'emploi n'avait été que de 22,5 % malgré des formations professionnelles et avec perte de salaire deux fois sur trois. La commission avait conclu qu'un accompagnement social personnalisé et adapté devrait être envisagé. Une étude plus récente menée par des médecins du travail de l'Association lorraine en milieu de travail (ALSMT) sur « *l'avenir compromis des licenciés pour inaptitude* »³⁰ fournissait des résultats très semblables : les « inaptes » sont majoritairement des femmes (62 %) ; un an après leur licenciement, seuls 18 % travaillent (12 % des femmes, 30 % des hommes), 47 % sont demandeurs d'emploi et 27 % sont sortis du monde du travail (retraite, invalidité).

A titre d'illustration, un des membres de la commission a évoqué le cas de l'asthme : celui-ci emporte généralement un taux d'incapacité permanente moyen de l'ordre de 20 %, mais aussi une double conséquence pour le salarié qui en a fait reconnaître l'origine professionnelle : une rente qui ne représente qu'une fraction peu élevée de son salaire (10 %) et un licenciement

²⁸ Le nombre de retraités anticipés au titre de la pénibilité est resté modeste en 2012 et 2013, avec un effectif légèrement supérieur à 3.000 les deux années, témoignant d'un recours moins important qu'attendu au dispositif.

²⁹ C. Buchet, A.Col, B. de Labrusse H. Rigaut, M. Masse, M. Faivre-Dupaigre, in *Archives des maladies professionnelles et de l'environnement*, mai 2010. Cette enquête a impliqué 24 médecins du travail interentreprises de Vaucluse. Elle a reposé sur un questionnaire adressé aux salariés déclarés inaptes entre 2002 et 2004, complété à l'aide du dossier médical anonymisé des 393 personnes dont les réponses ont pu être exploitées.

³⁰ *Santé & Travail* n°73, janvier 2011.

quasi-certain. Le taux de réparation est faible alors que l'incidence sur le maintien en emploi est forte.

A cette crainte, comme indiqué au 1.2.3, peut s'ajouter un choix économique qui se traduit par un renoncement ou la préférence pour une démarche en invalidité jugée plus rémunératrice, au moins à court terme. Un autre membre de la commission a indiqué retirer de son expérience en centre de consultation des pathologies professionnelles le sentiment que le salarié hésite parfois à effectuer cette démarche tout simplement parce qu'elle ne présente aucun intérêt financier ou social.

Face à cette situation, la commission constate que le dispositif de reconnaissance n'est pas toujours à la hauteur des problèmes rencontrés et qu'il peut receler des éléments dissuasifs. Notamment, en ce qui concerne les rentes AT/MP, et en l'état de la réglementation, le taux d'incapacité fixé par le médecin-conseil ne prend pas toujours suffisamment en compte le préjudice attaché à la diminution ou à la perte probable du salaire.

En effet, il existe un risque d'être inapte à exercer l'activité professionnelle antérieure malgré des séquelles limitées, mais incompatibles avec la profession considérée. La CNAMTS relève par exemple qu'un maçon qui aurait une épaule dont l'amplitude serait réduite, avec une gêne fonctionnelle douloureuse associée à une nette diminution de la force, ne pourrait plus élever ni sceller un mur de parpaings. Il serait sans doute inapte au poste de travail et licencié faute de pouvoir être reclassé. Or son taux d'incapacité sera le plus souvent compris entre 15 et 20 % et le montant de sa rente sera inférieur ou égal à 10% de son salaire antérieur, et ne prendra pas suffisamment en compte la réalité de sa situation socioprofessionnelle. Cela montre l'importance d'une actualisation du barème indicatif d'invalidité utilisé pour déterminer le taux d'incapacité des victimes d'accidents du travail et maladies professionnelles. Aujourd'hui, le médecin-conseil signale le cas échéant à la CPAM les dossiers pour lesquels il pressent un fort déclassement professionnel ou une importante perte de salaire afin que celle-ci apprécie et fixe la valeur du coefficient professionnel³¹, procédure à laquelle ne recourent pas toutes les CPAM.

Comme le risque économique et/ou de désinsertion professionnelle face à une déclaration de MP est redouté, certains salariés renoncent à une telle déclaration (notamment s'ils travaillent dans une PME), s'ils anticipent, comme dans le cas d'un TMS, un taux d'IPP inférieur à 10%, surtout si l'employeur n'est pas en capacité d'aménager le poste de travail pour respecter l'objectif de maintien dans l'emploi.

Pour réduire le risque de désinsertion professionnelle, la CNAMTS a développé le programme de « prévention de la désinsertion professionnelle » (PDP). Dans son rapport sur l'évaluation de la COG AT-MP 2009-2012, l'IGAS a pointé les insuffisances du PDP qu'il juge complexe et non efficacement coordonné avec celui de la branche maladie, tout en encourageant la branche AT-MP à refondre le dispositif pour le rendre plus opérant. La CNAMTS AT-MP a donc intégré une action spécifique dédiée dans le 1^{er} axe de sa nouvelle COG (action 1.3, cf. *supra*).

³¹ Le coefficient professionnel vise à prendre en compte les conséquences de la lésion sur la perte de gain. Il aboutit à une majoration du taux d'incapacité, qui va généralement de 1 à 15 points en fonction de l'âge de l'assuré, de son taux dit « médical » et de sa situation au regard de l'emploi. Il permet donc des ajustements plus ou moins marginaux mais ne prend pas pleinement en compte l'étendue du préjudice professionnel réel.

1-3- Causes tenant aux professionnels de santé

1-3-1 - Les médecins de soins

Les commissions chargées d'évaluer la sous-déclaration des risques professionnels ont successivement souligné que l'une des causes de sous-déclaration des maladies professionnelles résidait dans l'absence de formation et d'information adéquate des médecins et dans la difficulté pour eux de faire le lien entre la pathologie et le travail, notamment lorsque la personne a occupé plusieurs emplois.

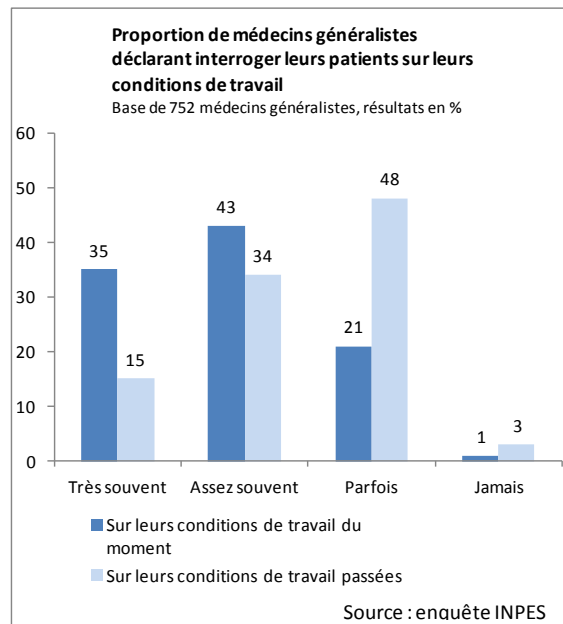
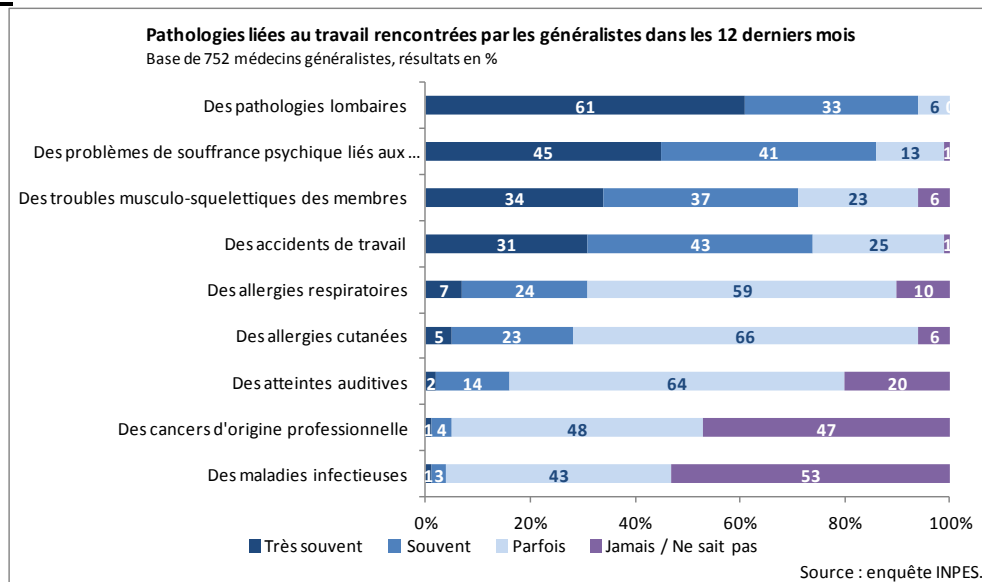
Ce constat reste partagé par l'actuelle commission.

Dans son rapport de janvier 2012 « Médecins du travail / médecins généralistes : regards croisés », l'INPES rapporte les résultats d'une enquête menée sur des médecins généralistes et des médecins du travail. Cette étude fournit notamment des statistiques sur les connaissances des médecins généralistes en santé au travail, sur les pathologies liées au travail qu'ils rencontrent et sur leurs relations avec la médecine du travail.

Dans le cadre de sa formation initiale, un médecin généraliste sur cinq (20 %) déclare avoir suivi une formation ou un diplôme universitaire (DU) en santé au travail ; dans le cadre de la formation continue, ils sont 24 % à déclarer s'être formés en santé au travail ; au total, toutes formations confondues, 36 % déclarent avoir suivi une formation en santé au travail, ceci indépendamment du sexe et de l'âge. Mais seuls 2 % d'entre eux s'estiment très bien informés, le quart (24 %) plutôt bien informés et 61 % plutôt mal informés. Près de huit médecins sur dix (78 %) ont déclaré interroger fréquemment leurs patients sur leurs conditions de travail actuelles mais ils sont moins de la moitié (48 %) à le faire fréquemment sur leurs conditions de travail passées (*cf.* figure 1), point sur lequel plusieurs membres de la commission ont insisté car déterminant par rapport aux maladies à effet différé qui se déclenchent après le départ en retraite.

Sans surprise, les quatre principales pathologies qu'ils déclarent avoir rencontrées au cours des douze derniers mois sont les pathologies lombaires, les problèmes de souffrance psychique liés aux conditions de travail, les TMS et les accidents du travail (*cf.* figure 2).

Figure 1

**Figure 2**

- **La formation et l'information des médecins**

La présente commission a relevé que la formation des médecins à ces pathologies, et notamment des médecins généralistes (pierre angulaire du dispositif de déclaration), apparaît indispensable. Les professionnels de santé connaissent très mal les tableaux de maladies professionnelles et les modalités de déclaration de la maladie (la reconnaissance d'une maladie professionnelle est conditionnée par l'établissement par le médecin d'un certificat médical initial qui, s'il est insuffisamment précis, peut conduire à un rejet du dossier).

La commission s'est donc interrogée sur les raisons de la persistance globale de l'absence de telles formations dans le cursus universitaire. Selon un membre de la commission, celle-ci s'explique en partie par l'autonomie des universités et le fait que le ministère chargé de la santé et le ministère chargé de l'enseignement supérieur peuvent certes imposer un enseignement obligatoire mais non les modalités de sa mise en œuvre. En effet, les maquettes par métiers (*cf.* encadré) définies au sein de la Commission nationale de l'internat et du post-internat (CNIPI) présidée par le ministère de la santé comportent certes les compétences à acquérir et les stages obligatoires, mais ne peuvent imposer des volumes horaires ou des modalités pédagogiques. La détermination de ces derniers relève de la compétence des universités, ce qui crée une forte hétérogénéité entre elles, notamment dans le cadre du doctorat. Dans certaines régions, comme le Languedoc Roussillon, il y a une quasi absence de tels enseignements. Dans un contexte de réduction de postes qui concerne en premier lieu les professeurs en médecine du travail et avec la perspective d'un prochain départ à la retraite de près d'un tiers des effectifs, l'hétérogénéité tendrait à s'accroître.

Pour la plupart des universités, les pathologies professionnelles ne constitueraient toujours pas une priorité³² et ces formations mobilisent peu les étudiants des premiers cycles. La commission a toutefois réaffirmé la nécessité d'une sensibilisation précoce en cycle master (2^o cycle). Les étudiants étant plus réceptifs en cycle doctoral (3^o cycle), **les formations devraient se concentrer sur ce cycle, l'accent devant être tout particulièrement mis sur la médecine générale où la carence serait manifeste.**

Des modules de formation adaptés à la pratique doivent être développés, tant pour les médecins généralistes avec les pathologies de premier rang (TMS, asthmes, premiers stades de BPCO), que pour les spécialistes, qu'il est nécessaire de sensibiliser aux possibles causes professionnelles. Les pneumologues sont les mieux formés, car l'histoire de la médecine du travail est très liée à cette discipline, mais il faudrait renforcer l'enseignement de toutes les autres spécialités, avec un ciblage prioritaire pour l'oncologie et les pathologies chroniques et systémiques. A cet égard, un des membres de la commission a confirmé qu'il n'y a pas d'enseignement sur les MP dans le cursus d'oncologie. Les modules doivent être adaptés aux publics et en particulier, l'enseignement de cancérologie doit aborder les cancers professionnels. Pour pallier aux manques de ressources, ces enseignements pourraient se faire par des moyens pédagogiques innovants, tels que les MOOC (massive open online courses – en français : cours en ligne ouverts et massifs – CLOM) avec le soutien des centres de ressources de pathologies professionnelles.

³² Le rapport sur *La santé au travail – Vision nouvelle et professions d'avenir* élaboré par MM. Christian Dellacherie, Paul Frimat et Gilles Leclercq et remis au ministre du travail en avril 2010 soulignait que sur les six années d'étude de médecine, seules neuf heures sont consacrées en moyenne à la médecine et santé au travail.

Définition des contenus des formations médicales

Le contenu des diplômes de spécialité médicale est établi par arrêté conjoint des ministres chargés de l'enseignement supérieur et de la santé, sous forme de « maquettes » indiquant les pré-requis réglementaires obligatoires en termes de stages cliniques et de formation théorique.

Les unités de formation et de recherche médicales organisent ainsi comme elles le souhaitent et en fonction de leurs capacités de formation théorique et clinique le déroulement de chaque maquette dans le respect des textes réglementaires.

La partie clinique de la formation est définie par le parcours de stages (un semestre dans un service hospitalier de telle spécialité, un semestre chez un praticien libéral de telle spécialité, etc...) sans plus de précision à ce jour.

La partie théorique est définie en nombre d'heures d'enseignement et en items à aborder dans le cadre de cette formation. La maquette de pneumologie inclut ainsi un enseignement sur les pathologies professionnelles.

Le partage des rôles dessiné fin 2009 avec la création de la Commission nationale de l'internat et du port-internat (CNIPI), présidée par le ministre chargé de la santé est le suivant :

- chaque spécialité fait l'objet d'un travail de définition d'un référentiel métier et compétences de la spécialité, débattu et validé par la CNIPI.
- les projets de maquettes sont ensuite élaborés sous l'égide de la CPNES, commission pédagogique nationale des études de santé (présidée par le ministre chargé de l'enseignement supérieur) ;
- le CNESER, Conseil national de l'enseignement supérieur et de la recherche (présidence MESR) fait ensuite l'objet d'une saisine obligatoire (avis non conforme).

Par ailleurs, certains membres de la commission ont identifié un renouveau d'intérêt des médecins en exercice pour les pathologies professionnelles. Le prochain congrès de la Société de pneumologie de langue française portera ainsi sur l'environnement et toutes les problématiques d'exposition professionnelle. Cet intérêt a été confirmé par l'un des membres de la commission qui remarque que de plus en plus de spécialistes (hors médecine du travail) souhaitent développer des discussions sur les aspects professionnels des maladies. Il est important de nourrir cet intérêt par la formation continue et notamment dans le cadre du développement professionnel continu (DPC), avec les mêmes priorités que pour la formation initiale, à savoir une adaptation du contenu au contexte pathologique en se focalisant, pour la médecine générale, sur les pathologies les plus fréquemment rencontrées par les généralistes (TMS, RPS, lombalgies, asthmes...).

Les questions relatives aux procédures administratives et à la gestion pratique de la déclaration des pathologies professionnelles ont toute leur place dans le cadre de la formation continue, ces sujets intéressant en premier chef les médecins en activité.

Concernant la formation continue, il a été souligné le manque d'organismes « validants » pour le DPC : il n'en existe que cinq sur le plan national. Cette situation nécessiterait une action proactive et volontaire des DIRECCTE et de leurs réseaux. La création de formations type pourrait également s'envisager pour alimenter les organismes de formation.

La précédente commission avait noté que les travaux en cours dans le cadre de la CNIPI présidée par la DGOS devraient permettre de revoir à terme chaque maquette de formation, pour y intégrer un enseignement portant sur la connaissance des pathologies professionnelles et sur la procédure de déclaration de ces dernières, en accord avec les mesures prévues dans

l'action 32 du PST2 (*cf.* bilan de la mise en œuvre des préconisations de la commission). La mise en œuvre de cette préconisation est à ce jour partielle, le tronc commun (premier et deuxième cycle) comporte désormais un enseignement sur l'environnement professionnel et la santé au travail, l'organisation de la médecine du travail, la prévention des risques professionnels, les accidents du travail et les maladies professionnelles (arrêté du 8 avril 2013). La modification des programmes du 3^{ème} cycle reste donc à faire.

1-3-2 - Les problèmes liés à l'enregistrement des soins et prestations en AT-MP

Les organisations syndicales ont de nouveau soulevé la question de la carte Vitale. Elle permet, le remboursement rapide soit du prestataire de soins ou de produits, en cas de tiers payant, soit du bénéficiaire s'il n'y a pas de tiers payant. Au contraire, le formulaire CERFA pour la MP ou l'AT entraînerait *ipso facto* un traitement manuel, beaucoup plus long et, parfois, aléatoire. Le recours à la carte Vitale, et donc l'imputation de dépenses qui devraient relever de la branche des AT-MP sur la branche maladie, serait ainsi implicitement, mais effectivement encouragé. Elles estiment qu'il devrait être possible de recourir à la carte Vitale tant pour la branche maladie que pour la branche AT-MP. Tout au moins, il faudrait faire en sorte que ce qui est enregistré d'abord en maladie puisse, une fois les démarches effectuées, être reclassé en AT-MP.

La précédente commission avait rappelé que les professionnels de santé disposent de deux possibilités pour enregistrer les soins et prescriptions pris en charge dans le cadre des risques professionnels, soit par le numéro de sinistre, soit par la date de l'accident. Des instructions ont été données aux caisses et depuis 2008, l'absence du numéro de sinistre ne se traduit plus par un rejet du règlement, les caisses utilisant un numéro de sinistre fictif (il s'agit alors d'une création anticipée d'AT). La méconnaissance de cette procédure par les professionnels de santé, si elle persiste, serait par ailleurs préjudiciable aux assurés qui ne bénéficient pas dans ce cas de leur prise en charge à 100 % dans le cadre de la réglementation des AT/MP. La commission n'a pas recueilli d'information nouvelle sur le sujet.

Les membres de la commission ont convenu qu'il faudrait parvenir à intégrer la feuille d'accident du travail ou de maladie professionnelle (Cerfa n° 11383*02) dans un processus automatique. Concernant la carte Vitale, se poserait cependant le problème de sa mise à jour automatique. Faute de pouvoir être synchronisée, elle ne constitue pas forcément le meilleur vecteur.

Enfin, la problématique de l'incidence des pratiques de dépassement d'honoraires sur le comportement du corps médical à l'égard des patients consultant au titre d'une MP ou d'un AT a été soulevée par les syndicats.

1-3-3- Les médecins du travail

L'importance du médecin du travail, tant dans la prévention des risques professionnels que dans le système de déclaration des maladies professionnelles a été amplement soulignée par les précédentes commissions. Le médecin du travail est l'un des facteurs essentiels du système de déclaration, il connaît le poste de travail, ses contraintes, les produits manipulés, il peut donc renseigner sur ces points le médecin de ville et l'éclairer sur l'origine professionnelle probable de la pathologie rencontrée.

Le rapport précité « *Médecins généralistes et santé au travail* » de l'INPES (voir *supra* 1.3.1) a croisé pour la première fois en France les regards que se portent les uns sur les autres les médecins généralistes et les médecins du travail. Des deux côtés, il ressort une bonne perception des relations de dialogue et de coopération. En revanche, si les généralistes ont le sentiment de plutôt bien comprendre le métier des médecins du travail (62 %), les médecins du travail pensent majoritairement le contraire (65 %). Plus de la moitié des médecins généralistes (57 %) doutent de l'indépendance des médecins du travail, ce que ressent la moitié des médecins du travail.

La problématique du manque d'attractivité de la spécialité, avec en toile de fond un manque d'effectifs a été relayée par les organisations syndicales. La question du manque d'indépendance de la médecine du travail vis-à-vis de l'employeur dans certaines entreprises dotées de services de santé « autonomes » a également été soulevée avec proposition d'une organisation sous forme d'établissements publics.

La réforme de la médecine du travail, prévue par la loi du 20 juillet 2011 relative à l'organisation de la médecine du travail est entrée en vigueur le 1^{er} juillet 2012 (*cf. supra*). Elle a renouvelé les missions et les moyens d'action des services de santé au travail, en mettant notamment en place des équipes pluridisciplinaires. Ces équipes, animées et coordonnées par le médecin du travail, comprennent des infirmiers du travail, des intervenants en prévention des risques professionnels et, le cas échéant des assistants de service de santé au travail et tout autre professionnel recruté après avis du médecin du travail.

La commission a observé que le déficit en termes d'effectif de médecins du travail devrait conduire logiquement à confier certaines missions à d'autres personnels de santé, comme les infirmières, d'autant que la loi a récemment institutionnalisé leur présence dans le parcours de soins. Elle prend l'exemple des TMS pour lesquels il existe un protocole de dépistage qui pourrait être appliqué par des infirmières, le diagnostic restant naturellement à confirmer par le médecin.

La commission a souligné que, par rapport à 2011, la présence de plus de 1000 infirmières de santé au travail constitue un réel changement. Ces professionnelles pourraient notamment renforcer les capacités d'information de la médecine de travail.

La mise en place du compte personnel de prévention de la pénibilité (C3P) induit pour la médecine du travail un nouvel enjeu. La commission appelle donc à un renforcement des échanges avec le médecin traitant par le transfert à celui-ci du dossier détenu par le médecin du travail³³ et, éventuellement, par un renvoi à la fiche de prévention de la pénibilité, sachant que ces différentes pièces pourront aussi être utiles au médecin traitant pour le suivi post-professionnel du salarié.

La précédente commission avait constaté par ailleurs que dans le cadre du système complémentaire de reconnaissance des maladies professionnelles, l'avis du médecin du travail est nécessaire ; or il manquait dans près de 50 % des dossiers. Cette situation s'expliquait pour partie par une utilisation inadéquate par les CPAM du formulaire destiné spécifiquement à la constitution du dossier pour le CRRMP. Ce problème étant résolu (*cf. réponse de la*

³³ Qui est possible aujourd'hui, mais sous réserve d'une demande en ce sens du salarié, sachant que ne sont toutefois communicables que les informations dites objectives, c'est-à-dire les informations médicales, les éléments contribuant à l'action de prévention (postes de travail, risques associés, résultats d'examen, aptitude, conseils en prévention ...).

CNAMTS dans le bilan des recommandations), il conviendra néanmoins de rester vigilant, l'absence d'avis pouvant compromettre l'indemnisation dans le cadre du système complémentaire.

1-3-4- Les établissements de santé

La précédente commission relevait que l'absence d'imputation des dépenses d'accidents de travail et de maladies professionnelles par les établissements de santé avait vraisemblablement pour raisons :

- le comportement des victimes elles-mêmes, qui ne déclarent pas à l'établissement de santé que les soins ou l'hospitalisation sont consécutifs à un AT ou à une MP ;

- l'absence de connexion entre le circuit de valorisation d'activité (d'où découle le versement à l'établissement de santé, par la caisse pivot, de la recette correspondante) et le circuit d'informations de séjours valorisés sur la base des tarifs journaliers (support de la répartition entre régimes et risques) ;

- que la prise en charge des risques professionnels nécessitant une confirmation *a priori*, par la CPAM, de l'ouverture des droits à ce régime pour le patient, le défaut de réponse de la CPAM dans le délai prévu de 50 jours fait que l'établissement peut, selon les cas, facturer le dossier soit en AT-MP, soit en maladie.

Comme précédemment, la commission considère que la solution définitive résidera à terme dans la mise en place de la facturation individuelle directe (par patient) généralisée à l'ensemble de la facturation. Le passage en facturation individuelle, prévu de longue date, devrait arriver à son terme au 1^{er} mars 2016 (*cf.* encadré) ; sa mise en place progressive devrait entre temps atténuer sensiblement le problème en offrant aux caisses la possibilité de faire des recoupements et des redressements.

La DGOS a rappelé à la commission que deux dernières LFSS ont décidé la fin de la facturation de l'ancien BDG (source de données qui établit les dépenses à partir du nombre de journées d'hospitalisation, en voie d'obsolescence depuis la mise en place de la T2A). Dès lors, les dossiers seront envoyés sous le risque AT-MP. La mise en place de la facturation individuelle sur la partie ACE (actes et consultations externes) devrait pousser les établissements publics à s'impliquer dans le processus et garantir le respect des délais. Par ailleurs, il est prévu d'ici fin 2015 la mise en place de nouveaux outils qui vont permettre de synchroniser automatiquement les bases de données des établissements avec les données de la CNAMTS. La question se pose toutefois de la phase transitoire qui va de la fin de BDG jusqu'à la fin de la généralisation. Dans ce contexte, sur la partie AT-MP, un certain nombre de concertations sont en cours, notamment entre le ministère et la CNAMTS. Des problèmes délicats se poseront certainement concernant la branche AT-MP et la commission appelle à la vigilance sur ce point.

<p>L'article 63 de la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2013, modifiant l'article 33 de la LFSS pour 2004, a fixé l'achèvement de la généralisation de la facturation individuelle (FIDES) au 1^{er} mars 2016 pour tous les établissements de santé publics et privés non lucratifs et pour tout le périmètre d'activité MCO (activité externe, séjours, urgences, HAD, dialyse...). Initialement prévue pour 2005, cette généralisation avait été reportée à plusieurs reprises. Dans l'intervalle, la loi avait prévu que les établissements de santé anciennement sous dotation globale ne</p>
--

factureraient pas directement les séjours et l'activité externe à l'Assurance maladie obligatoire (AMO) mais transmettraient leur données d'activité à l'Agence régionale de l'hospitalisation (remplacée depuis lors par l'ARS), pour valorisation, l'ARS adressant ensuite la facture globale aux caisses-pivot.

La première phase de cette généralisation concerne les actes et consultations externes (ACE).

Un rapport de l'IGAS/IGF de 2008 avait préconisé d'expérimenter la mise en place effective de la facturation directe à l'AMO pour mieux définir les conditions de sa généralisation. C'est l'objet du projet FIDES.

Les établissements de santé (publics et privés non lucratifs anciennement sous dotation globale) en T2A (MCO) vont ainsi passer d'une déclaration d'activité mensuelle et anonymisée via le PMSI et adressée à l'ARS à une facturation individualisée au fil de l'eau vers l'ensemble des caisses AMO, soit quelque 70 millions de factures par an. Les établissements devront être vigilants car toute facture présentant une anomalie sera rejetée et non payée par l'AMO. La qualité des données et la complétude des dossiers sont donc des enjeux forts pour les établissements.

Au 1^{er} février 2014, pour les actes et consultations externes (ACE), quarante établissements sont déjà en facturation directe au fil de l'eau.

Pour donner suite au rapport de la Cour des comptes de juin 2007 sur la certification des comptes du régime général pour l'exercice 2006, la CNAMTS procède chaque année à une correction pour les établissements qui n'ont déclaré aucune charge au titre du risque AT-MP, en portant le taux d'AT-MP prodigué au niveau de la moyenne nationale constatée dans les autres établissements. De l'ordre de 100 M€ chaque année depuis 2007, la correction définitive de la sous-évaluation s'est élevée en 2012 à 141,4 M€.

Cette imputation à la branche AT-MP reste estimative et ne permet pas d'apprécier l'ampleur exacte du phénomène.

	2007	2008	2009	2010	2011	2012
imputation à la branche AT-MP au titre de la correction définitive de la sous-évaluation des dépenses en établissements sanitaires (M€)	121,8	102,4	43,6	97,9	116,9	141,4

source : CNAMTS

1-4- Les expérimentations susceptibles de participer à la réduction de sous-déclaration des risques professionnels

L'attention de la commission s'est portée sur certaines initiatives et expérimentations qui contribuent à la lutte contre la sous-déclaration et illustrent les retombées significatives que l'on peut attendre de telles démarches en termes de prévention.

Comme déjà évoqué, la CNAMTS a ainsi mené une expérimentation d'aide au repérage de l'origine professionnelle des tumeurs de la vessie. Menée par les médecins conseils, elle a consisté à prendre contact avec les assurés ayant envoyé un protocole de soins pour tumeur de la vessie dans le cadre d'une demande d'ALD exonérante. A partir d'un questionnaire d'exposition professionnelle rempli par l'assuré, le service médical informe, le cas échéant, la personne de ses droits en matière de réparation MP. Il lui facilite la démarche de déclaration

et prend contact avec son médecin traitant pour qu'il rédige un certificat médical initial (CMI). Le bilan de cette expérimentation est très positif : dans les six régions expérimentatrices, le nombre de déclarations de MP pour tumeur de la vessie a été multiplié en moyenne par 4,5. Ce programme d'aide au repérage de l'origine professionnelle des tumeurs de vessie va être généralisé en 2015.

En 2012, dans son analyse de la COG AT-MP 2009-2012, l'IGAS a souligné l'utilité de cette expérimentation et a souhaité qu'une fois son bilan dressé, sa généralisation à d'autres pathologies soit envisagée.

L'un des membres de la commission a tenu à signaler également l'initiative du Groupement d'intérêt scientifique sur les cancers d'origine professionnelle de Seine-Saint-Denis (GISCOP 93³⁴). Cette étude de longue durée, initiée en 2002, est innovante, dans le sens qu'elle vise à une meilleure connaissance des risques cancérigènes liés à l'environnement de travail et à leur prévention mais aussi à favoriser la déclaration en maladie professionnelle des personnes qui ont été exposées à des cancérigènes dans leur travail et à identifier les obstacles à la reconnaissance et leurs conséquences. Cette expérimentation a permis la déclaration et la reconnaissance d'un certain nombre de cancers professionnels : sur la période de l'étude, 60% des reconnaissances de cancers en Seine-Saint-Denis sont liées au GISCOP (300 CMI établis, 150 déclarations effectives et 100 reconnaissances).

On évoquera ensuite l'intérêt de deux autres expérimentations présentées à la commission par un de ses membres :

- *Le dispositif dit « de l'étang de Berre »* déjà présenté plus avant dans ce rapport : Les médecins insérés dans ce dispositif, qui représentent le quart des médecins de la zone considérée ont procédé à environ 60 % des déclarations attendues (estimation à partir du nombre moyen de déclarations par médecin de l'INCa).
- *Dispositif en Midi-Pyrénées* : étude de la sous-déclaration et de la sous-reconnaissance (même s'il n'existe pas de sur-risque de cancer dans cette région). Cette expérience avait pour objet une amélioration du taux de déclaration à des conditions non prohibitives. La voie retenue a consisté à former des enquêteurs d'une qualification initiale moins poussée, donc moins coûteux et moins rares, sans qu'on puisse conclure que cela a mené à une prestation de qualité moindre.

Les travaux du groupement d'intérêt scientifique sur les cancers d'origine professionnelle de Seine-Saint-Denis (GISCOP 93) consistent en la mise à place d'un dispositif permanent de surveillance des cancers d'origine professionnelle, sous une forme appelée « recherche action », dont l'objet est :

– de faire progresser la connaissance des cancers liés au travail par l'identification des expositions cancérigènes professionnelles,

– mais aussi de favoriser leur réparation par un appui à leur déclaration en maladie professionnelle, et de viser, à terme, la réduction de ces « maladies éliminables ».

La méthodologie retenue est innovante : elle s'inscrit dans une recherche de longue durée et se dote d'outils et d'approches en rapport avec la singularité du cancer d'origine professionnelle qui se distingue par une chronique d'expositions dont la reconstitution *a posteriori* est souvent complexe.

³⁴ Sources : Leconte B., Thébaud-Mony A. (2010) *Mémoire du travail et traçabilité des expositions professionnelles aux cancérigènes. Enquête en Seine-Saint-Denis (France)*, PISTES ; et enquête GISCOP, 1^{er} mars 2002 – 11 mai 2012 présentée dans le rapport *Conditions de travail 2012* de la DGT.

Plutôt que de mettre l'accent sur un secteur d'activité particulier ou un type de risque cancérigène, la recherche s'appuie sur la constitution et le suivi d'une cohorte de patients atteints de cancer. En collaboration étroite avec des médecins de trois hôpitaux de Seine-Saint-Denis, l'enquête est proposée à tous les patients hospitalisés, résidant dans le département, dont le cancer vient d'être diagnostiqué et dont les localisations cancéreuses primitives sont les plus susceptibles d'être d'origine professionnelle : le poumon, la plèvre, la trachée, la vessie, les voies urinaires, le rein ou la sphère ORL (sinus de la face, larynx).

Elle propose à chaque patient qui y consent un entretien de reconstitution de son parcours professionnel. Le questionnaire n'est pas orienté vers les produits et les risques – des études préalables ayant démontré qu'ils étaient souvent ignorés – mais vers une description la plus fine possible des gestes, des procédés de travail, de l'environnement, des protections, etc. Ces informations sont ensuite soumises à des experts en mesure d'identifier les expositions à des agents reconnus cancérigènes par le Centre international de recherche sur le cancer (CIRC), l'Union européenne ou la littérature scientifique.

Les analyses quantitatives classiques sont dans ce projet accompagnées d'approches plus qualitatives qui permettent de documenter certaines situations de travail exposantes, souvent mouvantes, ainsi que les phénomènes de sous-traitance ou d'intérim, difficilement observables autrement.

L'approche mise en œuvre, au croisement de plusieurs disciplines (sociologie, épidémiologie, ergo-toxicologie), revêt au final deux dimensions, l'une rétrospective (reconstitution du parcours professionnel de la personne pour identifier et qualifier les éventuelles expositions à des cancérigènes) et l'autre prospective (accompagnement du malade dans ses démarches de déclaration en maladie professionnelle pour analyser les logiques du système de réparation).

Le dispositif fonctionne ainsi comme un dispositif de rattrapage permettant la mise en visibilité et l'accompagnement de patients qui n'auraient, dans leur grande majorité, pas été orientés par leur médecin traitant vers une déclaration de maladie professionnelle, le médecin n'ayant pas connaissance des activités de travail, parfois anciennes, exposant à des cancérigènes.

2- La sous-reconnaissance

La sous-reconnaissance des maladies professionnelles, qui peut au demeurant peser dans le choix des assurés d'engager la démarche de déclaration, a deux sources possibles. D'une part, l'existence de divergences dans l'application de la réglementation par les caisses, qui induit des taux de reconnaissance disparates. D'autre part, l'insuffisante prise en compte par les tableaux des maladies professionnelles des avancées scientifiques, ce qui aboutit à une non-indemnisation des personnes sur la base de la présomption d'origine alors même que la pathologie dont elles souffrent trouve son origine dans le travail.

Comme la précédente, cette commission a par ailleurs examiné le problème particulier de la reconnaissance des risques psycho-sociaux, qui apparaissent comme les pathologies émergentes et cristallisent l'attention car ils remettent en question l'organisation du monde du travail, sans pour autant pouvoir encore se prêter à un exercice de chiffrage de la sous-déclaration.

2-1- Sur les taux de dispersion entre caisses

La commission a renouvelé le constat d'une forte disparité entre les caisses dans leur pratique de reconnaissance et de fixation de taux d'IP³⁵, parfois même au sein d'une même région comme l'a relevé l'un de ses membres. La commission recommande donc la poursuite des

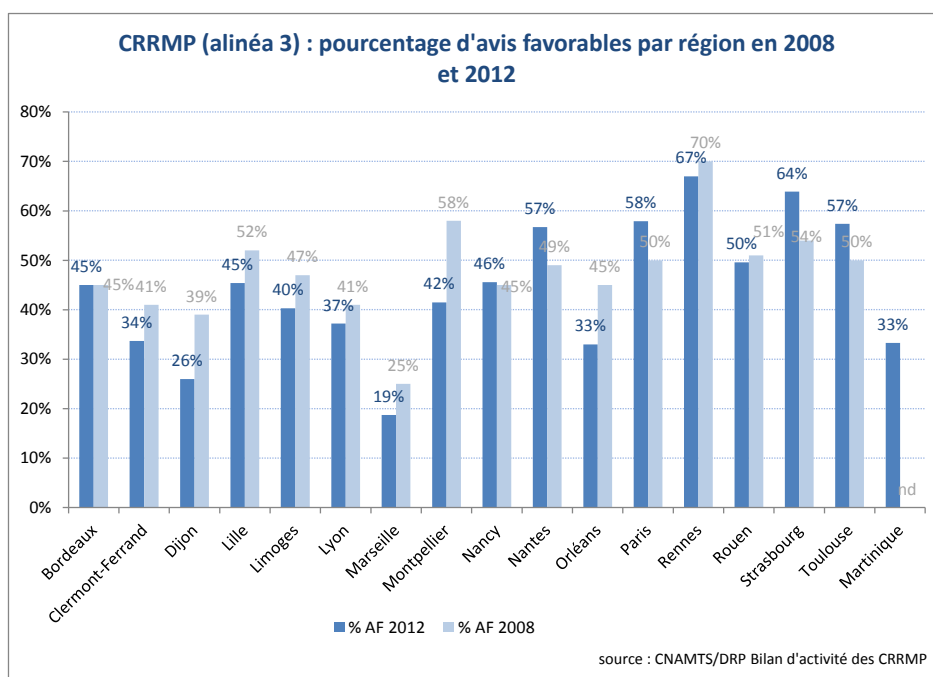
³⁵ Avec des conséquences possibles quant à la saisine du CRRMP quand cette saisine suppose notamment un taux d'incapacité d'au moins 25 %.

efforts en vue de parvenir à une harmonisation des taux d'IP entre les médecins conseils et une homogénéisation des critères de reconnaissance de l'origine professionnelle des pathologies.

En ce qui concerne les disparités des taux de reconnaissance, l'effort de la CNAMTS a jusqu'à présent porté sur les accidents de trajet et les pathologies du tableau n°57 membres supérieurs, compte tenu notamment du poids dominant de ces pathologies (78 % des MP avec arrêt en 2012). L'écart entre les déciles extrêmes est passé pour les accidents de trajet de près de 20 % en 2008 à 17 % en 2011 et pour les pathologies du tableau n°57 de 28% en 2008 à 23 % en 2011³⁶.

Au sujet de l'attribution du taux d'IP, il faut rappeler que le barème d'invalidité n'est qu'indicatif et que pour la plupart des séquelles, il propose une fourchette de taux.

Les taux d'acceptation des CRRMP présentent également une forte disparité régionale : en se limitant au pourcentage d'avis favorables des demandes présentées au titre de l'alinéa 3³⁷, on observe une variation du simple (19 % à Marseille) au triple (67 % à Rennes). Ces écarts témoignent d'une probable hétérogénéité des pratiques, à la fois des CPAM (quant aux dossiers transmis aux CRRMP) et des CRRMP, même s'ils sont à considérer avec précaution, du fait de particularités régionales en termes de secteurs d'activité (amiante) ou de problématiques locales.



Par rapport à 2011, des améliorations ont néanmoins été soulignées par la commission, telles que la diffusion par la CNAMTS de bonnes pratiques ou l'inscription dans les COG successives d'objectifs de réduction des écarts.

³⁶ Données CNAMTS reprises des annexes au PLFSS 2014 (annexe 1, PQE AT-MP). Les données de 2012 ne portaient pas sur une année entière et ne sont pas présentées. Ces données n'ont pu être mises à jour pour la commission mais le seront pour le PLFSS 2015.

³⁷ La comparaison des taux d'avis favorable pour les demandes au titre de l'alinéa 4 est moins pertinente du fait des effectifs réduits (299 pour toute la France en 2012).

La CNAMTS a en effet conduit un audit de suivi au premier semestre 2012 (*cf. supra*) sur les disparités de pratiques en matière de reconnaissance des TMS afin de mesurer les progrès accomplis, d'identifier les axes d'amélioration et de s'assurer de la bonne coordination régionale sur ce sujet. Les axes d'amélioration identifiés à cette occasion ont été repris dans la nouvelle COG AT-MP.

De plus, la CNAMTS a maintenu le dispositif de contrôle interne qu'elle avait intégré à sa démarche qualité en 2010 pour s'assurer de la bonne application des procédures d'attribution et de révision du taux d'IP par les médecins conseils (*cf. supra*).

Enfin, certaines différences peuvent trouver leur source dans des facteurs exogènes sur lesquels les caisses n'ont pas de prise : sur le taux d'IP, par exemple, les pratiques des CPAM tendent à se caler sur les pratiques des tribunaux dont elles ressortent.

2-2- Le problème des tableaux des maladies professionnelles

Les précédentes commissions ont souligné que la non-reconnaissance de certaines pathologies pouvait être due, d'une part, à l'obsolescence de certains tableaux de maladies professionnelles qui n'intègrent pas l'état des connaissances scientifiques et épidémiologiques et, d'autre part, à la limitation des pathologies qu'ils peuvent prendre en compte pour ce qui est des durées d'exposition et des produits et substances prévus.

2-2-1- La commission est revenue sur les modalités administratives de révision ou de création des tableaux des maladies professionnelles (*cf. encadré ci-après*).

Les modalités de révision des tableaux des MP

La création et l'actualisation des tableaux sont issues d'une concertation entre l'administration et la Commission spécialisée des pathologies professionnelles (CPP), formation du Conseil d'orientation sur les conditions de travail (COCT). La CPP est composée des administrations concernées, de représentants des salariés et des employeurs, des organismes nationaux d'expertise et de prévention et de personnes qualifiées nommées en raison de leur connaissance de la problématique des maladies professionnelles.

Le ministère chargé du travail établit le programme de travail annuel de création et de révision des tableaux après avis de la CPP sur la base des propositions de modifications des tableaux adressés au ministère par des personnalités qualifiées, des partenaires sociaux et de médecins ou spécialistes.

Chaque projet de création ou révision de tableau donne lieu à la création d'un groupe de travail *ad hoc* selon la procédure prévue à l'article D.4641-10 du code du travail, composé de représentants des administrations concernées, des partenaires sociaux, et de rapporteurs techniques. Le mandat de chacun de ces groupes de travail, précisant les objectifs, le calendrier prévisionnel et les modalités selon lesquelles ce groupe rapporte ses travaux doit être adopté par la CPP.

A l'issue des travaux, le projet de décret révisant ou créant un tableau est présenté pour avis à la CPP. La commission étant un organe consultatif, ses avis ne lient pas l'administration. S'il le juge nécessaire, le président fait procéder à un vote, auquel cas la commission se prononce à la majorité des voix des membres présents ou représentés.

Le projet de décret doit par ailleurs être présenté pour avis à la commission des accidents du travail et des maladies professionnelles.

En raison de l'automaticité des droits attachés à l'inscription d'une maladie professionnelle dans un tableau, ces derniers ne peuvent comporter que les pathologies dont le lien de causalité avec le travail est solidement établi et argumenté. Les tableaux sont donc créés ou actualisés lorsque les études épidémiologiques le permettent, sur une logique probabiliste et avec beaucoup de prudence.

Le processus actuel de révision des tableaux associe étroitement la discussion entre partenaires sociaux et l'expertise scientifique. Ce processus implique des délais longs puisque la révision d'un tableau prend en moyenne deux à trois ans sans pour autant garantir un consensus social à l'issue des travaux.

Dans son rapport de septembre 2008 sur la sécurité sociale, la Cour des comptes notait par la suite que *« même lorsque de forts indices scientifiques ou des certitudes existent en ce qui concerne le lien de causalité, ils ne suffisent pas pour qu'une inscription au tableau ou une mise à jour soient engagées, en raison de l'imbrication des phases d'expertise technique et de décision administrative ou politique... La présomption d'imputabilité y relève de la négociation et non de critères scientifiquement établis »* (p.416). Elle soulignait en outre qu'*« il conviendrait que les pouvoirs publics priorisent les travaux, en maîtrisent les calendriers et l'aboutissement et que soient distinguées clairement la phase d'expertise scientifique et la phase de consultation des partenaires sociaux »* (p.417). Ce constat conserve son actualité et rencontre les remarques de certaines organisations syndicales sur le déroulé de la révision des tableaux 57 §A et 57 §B.

L'évolution marquante intervenue depuis la précédente commission reste précisément la mise à jour des tableaux 57§A et 57§B³⁸ (affections péri articulaires de l'épaule et du coude) qui s'est traduite par une inflexion du nombre de reconnaissance. Les tableaux 15 ter³⁹ (lésions prolifératives de la vessie) et 40⁴⁰ (maladies dues aux bacilles tuberculeux) ont également été révisés.

La longueur de la procédure, de nouveau pointée par les organisations syndicales, est illustrée par le fait que la révision du §A du tableau n°57 n'a abouti que fin 2011, alors qu'elle faisait suite à une recommandation de la commission de 2005 qui, à l'époque, constatait des cas patents d'inadaptation de ces tableaux, la saturation des procédures complémentaires de reconnaissance et une aggravation des aléas et de l'hétérogénéité des décisions entre caisses.

Cependant, les tableaux 57 sont particuliers : ils totalisent 75 % des MP reconnues et, l'importance de cet enjeu relativise un peu le temps mis à les réviser. Comme l'un des membres de la commission l'a rappelé, il s'agit d'un important travail, qui s'est opéré avec le soutien d'une expertise de haut niveau et qui est en cours d'achèvement puisque les autres paragraphes du tableau 57 seront eux aussi révisés prochainement.

³⁸ Le tableau n°57 relatif aux affections péri articulaires provoquées par certains gestes et postures de travail, en ses paragraphes A et B respectivement relatifs à l'épaule et au coude (décret n° 2011-1315 du 17 octobre 2011 et décret n° 2012-937 du 1er août 2012). Le paragraphe C relatif au poignet, à la main et aux doigts est en cours de révision.

³⁹ Le tableau n°15 ter relatif aux lésions prolifératives de la vessie provoquées par certaines amines aromatiques et leurs sels (décret n°2012-936 du 1er août 2012).

⁴⁰ Le tableau n°40 relatif aux maladies dues aux bacilles tuberculeux et à certaines mycobactéries atypiques (décret n° 2014-605 du 6 juin 2014).

Concernant, le tableau 15, on notera que la recommandation de supprimer l'incohérence de la « liste indicative des principaux travaux susceptibles de provoquer ces maladies » qui mentionne des « substances limitativement énumérées » date de la commission de 2008.

Compte tenu des modalités selon lesquelles s'organise la création ou l'actualisation des tableaux des maladies professionnelles, il paraît à la commission difficile d'aller plus vite aujourd'hui.

Néanmoins, la commission réaffirme la nécessité de persévérer dans l'actualisation des tableaux.

2-2-2- La commission a souligné qu'un certain nombre de tableaux nécessitent d'être révisés

La commission n'est pas revenue sur ses précédentes recommandations en matière de révisions ou de création de tableaux non encore mis en œuvre. Ses recommandations précédentes non encore appliquées sont donc reconduites.

Est ainsi reconduite, la recommandation de réviser :

- le tableau n° 98 relatif aux affections chroniques du rachis lombaire provoquées par la manutention manuelle de charges lourdes ;
- le tableau n° 42 relatif à l'atteinte auditive provoquée par les bruits lésionnels ;
- les tableaux portant sur les dermatoses (une cinquantaine de tableaux dont notamment le n° 5 relatif aux affections professionnelles liées au contact avec le phosphore et le sesquisulfure de phosphore et n° 65 sur les lésions eczématiformes de mécanisme allergique) ;
- les tableaux n° 91 et 94 relatifs à la BPCO qui s'appliquent à des secteurs d'activité presque disparus en France et qui souffrent d'une désignation qui ne correspond pas à la réalité de cette maladie⁴¹.

Une organisation syndicale a soulevé la question des solvants, pour lesquels un tableau existe, le 84, qui recueille un nombre réduit de déclarations alors que la population concernée est large à en croire les résultats de l'étude de la cohorte GAZEL (EDF) qui démontre l'atteinte des fonctions cognitives des anciens salariés exposés aux solvants.

La commission a noté et encourage la poursuite des travaux en cours au COCT, sur la maladie de Parkinson et l'exposition aux pesticides ou au programme de travail pour 2014, sur les effets du travail de nuit sur la santé et en particulier sa relation au cancer du sein⁴².

⁴¹ Cette maladie est en effet caractérisée par un trouble ventilatoire obstructif défini par un rapport de Tiffeneau (VEMS/CVF) après broncho-dilatation inférieur à 70 % de la théorique et non comme la désignation du tableau le laisse entendre, "un VEMS abaissé d'au moins 30 %".

En outre, ce niveau du VEMS (- 30 %) ne correspond pas à la classification internationale de cette maladie. En effet, le stade I est défini par un VEMS supérieur à 80 %, le stade II par un VEMS compris entre 50 et 80 %, et le stade III par un VEMS inférieur à 50 %, etc... Un VEMS abaissé d'au moins 30 % ne correspond par conséquent ni à la classification internationale, ni à un niveau d'obstruction qui pourrait correspondre à un certain niveau de handicap susceptible de bénéficier d'une réparation. En effet, si l'on suit la littérature récente, le stade II de BPCO est associé à une déficience fonctionnelle et à un handicap qui correspond à peu près aux 25 % d'incapacité pris en compte par les CRRMP dans le cadre de l'alinéa 4.

⁴² Le cancer du sein causé par le travail de nuit : une étude récente publiée dans le British Journal of Cancer estime que 4,6 % des cancers du sein chez les femmes seraient attribuables au travail de nuit en Grande-

Certains membres de la commission ont en outre souhaité que le tableau 30 soit modifié pour inclure les cancers des ovaires et du larynx causés par l'exposition à l'amiante⁴³.

Par ailleurs, certains membres de la commission ont évoqué diverses pistes sur lesquelles, en raison des degrés inégaux d'avancement des études et d'établissement des certitudes, la commission s'est gardée de conclure :

- l'ajout au tableau 47 du cancer colorectal causé par l'exposition aux poussières de bois⁴⁴ ;
- la construction de tableaux pour les sujets atteints d'une BPCO professionnelle en rapport avec leur exposition dans le bâtiment-travaux publics, dans la fonderie-sidérurgie (fumées de soudure⁴⁵), chez les employés du textile (coton), en milieu agricole céréalier, de production laitière ou d'élevage de porcs, pour ne citer que les secteurs professionnels où il existe un risque de BPCO avéré, cela pouvant se faire sous la forme d'un nouveau tableau des maladies professionnelles intitulé "Fumées, gaz, poussières", avec une liste limitative des travaux qui serait complétée au fur et à mesure des progrès scientifiques ;
- liens entre hématopathies malignes B et pesticides ;
- gonarthroses consécutives de contraintes sur les genoux ;
- pathologie psychiatrique liée aux conditions de travail et facteurs psycho-sociaux/managériaux ;
- TMS et maladies cardiovasculaires liés aux risques psychosociaux⁴⁶.

Enfin, la DGS a souligné auprès de la commission que la question des perturbateurs endocriniens entrainé dans le cadre du Plan national Santé Environnement et qu'il serait donc pertinent de veiller à la cohérence des recommandations pour la population générale avec celles destinées aux salariés, les deux champs étant souvent traités à part de manière très artificielle.

2-3- Le problème particulier de la reconnaissance des pathologies psychiques

Ces pathologies peuvent être reconnues, dans certains cas, comme accident du travail ou comme maladie professionnelle dans le cadre du système complémentaire de reconnaissance.

Bretagne. L'InVS estime la part des cancers du sein attribuable au travail de nuit chez les femmes à 1,4 et 5%. Enfin, le travail de nuit a été classé par le CIRC comme agent « probablement cancérigène » (2A).

⁴³ Le Centre international de recherche pour le cancer (CIRC) a reconnu à l'occasion d'une réunion d'experts internationaux le 24 mars 2009 qu'il existe des preuves suffisantes au regard des données scientifiques disponibles du lien entre l'exposition aux fibres d'amiante et les cancers du larynx et des ovaires. Le cancer du larynx est par ailleurs mentionné dans l'annexe II de la recommandation R.2003/670/CEE. L'introduction de ces deux cancers dans les tableaux relatifs aux affections causées par l'exposition à l'amiante a été discutée lors de la définition du programme de travail de 2011 de la CPP. Cependant, avant d'envisager une telle évolution, il est apparu nécessaire d'attendre la publication de la monographie correspondante (volume 100 du CIRC).

⁴⁴ Une étude publiée en 1989 par Peters et al. (in Cancer Research) fait apparaître un lien entre exposition aux poussières de bois et cancer colorectal.

⁴⁵ D'après l'un des membres de la commission, l'exposition aux fumées de soudure fait l'objet de reconnaissance en CRRMP et est l'objet de publications scientifiques récentes : Rushton L. *Occupational causes of chronic obstructive pulmonary disease*. Rev Environ Health. 2007 Jul-Sep ; 22(3); p.195-212. Review. PubMed PMID: 18078004; Ameille J, Dalphin JC, Descatha A, Pairon JC. [*Occupational chronic obstructive pulmonary disease: a poorly understood disease*]. Rev Mal Respir. 2006 Sept. ; 23(4 Suppl); 13S p. 119-130. Review. French. PubMed PMID: 17057637.

⁴⁶ Cf. les résultats sur données françaises de Béjean et al., 2005, et Sultan-Taïeb et al., 2011.

- **En accidents du travail** : certains troubles psychiques tels que le stress post-traumatique (ex. du guichetier de banque victime d'un vol à main armée) ou encore certains suicides dont le lien avec le travail est déterminant peuvent être reconnus en AT ; leur nombre est estimé à environ 10 000. S'agissant des suicides qui peuvent également être reconnus comme accident du travail, la précédente commission avait relevé qu'il ressortait d'une étude menée par la CNAMTS sur la période janvier 2008 à juin 2009 que 72 demandes de reconnaissances avaient été faites (plus de la moitié des suicides était intervenue sur le lieu de travail), dont 28 acceptées et 39 rejetées (5 en cours d'instruction) ;

- **En maladies professionnelles** : les maladies liées à des risques psycho-sociaux (psychopathologies) peuvent actuellement être reconnues comme étant d'origine professionnelle au titre du système complémentaire par les comités régionaux de reconnaissance des maladies professionnelles (CRRMP).

Les organisations syndicales ont rappelé à la commission les difficultés de la reconnaissance des risques psycho-sociaux (RPS). Les victimes préféreraient fréquemment passer par une reconnaissance en AT, notamment dans les cas de *burn-out*. Comme en 2011, elles ont dénoncé l'existence d'un seuil de 25 % pour le taux d'IPP pour pouvoir accéder au CRRMP. Elles reconnaissent néanmoins la complexité de la création de tableaux pour ces pathologies.

Sur ce dernier point, la commission a souligné les résultats du groupe de travail créé le 9 avril 2010 par le COCT (*cf. supra*) sur le sujet : un ensemble de recommandations intégrées au **guide destiné aux membres des CRRMP** et surtout, la possibilité de retenir pour la prise en charge des pathologies psychiques **un taux d'incapacité « prévisible »** à la date de la demande, sans exiger que l'état de la victime soit stabilisé, ce qui ouvre à un plus grand nombre de victimes la voie de la reconnaissance par les CRRMP et permet d'assurer le maintien des indemnités journalières jusqu'à la consolidation effective de la maladie. C'est ainsi que le nombre de reconnaissances du caractère professionnel de maladies psychiques est passé de moins d'une centaine (94 en 2011 et 90 en 2012) à 239 en 2013. Le groupe de travail a poursuivi ses réflexions qui ont conduit à l'adoption, le 19 mai 2014, d'une série de « Recommandations sur les documents nécessaires pour l'évaluation du lien de causalité entre une affection psychique et les conditions de travail par les CRRMP ». Ces recommandations ont été diffusées par la CNAMTS à son réseau le 12 juin 2014. **La création d'un tableau de maladies professionnelles n'a pas été retenue**, compte tenu de la difficulté de réunir pour ces pathologies des critères permettant la prise en charge par présomption d'origine (la liste des travaux notamment).

Un décalage important persiste entre l'importance des risques psycho-sociaux telle notamment qu'elle ressort de certains rapports et du ressenti des travailleurs et le faible nombre de reconnaissance de ces pathologies dans le cadre du système complémentaire des MP (239 en 2013).

Un recensement de la CNAMTS a fait apparaître que de 2003 à 2012, 1.108 dossiers ont été transmis par les caisses aux CRRMP ; ceux-ci ont rendu dans près de 45 % des cas un avis favorable (soit pour 498 dossiers). Le nombre de dossiers relatifs aux psychopathologies transmis aux CRRMP est passé de 86 en 2008 à 225 en 2012, le taux d'avis favorable étant de plus de 51 % en 2008 et de 40 % en 2012. La reconnaissance de ces pathologies dans le cadre du CRRMP est donc très faible au regard du phénomène réel. Les pathologies le plus fréquemment mentionnées sont le syndrome anxio-dépressif ou la dépression.

Tableau : RPS – nombre de dossiers présentés aux CRRMP et avis suivant l'année

CRRMP pour affection psychiques	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2003-2012
Avis favorable	18	30	26	28	33	44	72	63	94	90	498
Avis défavorable	23	29	46	45	45	42	70	73	102	135	610
Total dossiers	41	59	72	73	78	86	142	136	196	225	1108
Taux de reconnaissance	43,9%	50,8%	36,1%	38,4%	42,3%	51,2%	50,7%	46,3%	48,0%	40,0%	44,9%

source : Cnamts/ DRP

Les statistiques issues du réseau national de vigilance et de prévention des pathologies professionnelles (RNV3P) permettent d'apprécier l'ampleur de ces pathologies professionnelles. En effet, les troubles mentaux et du comportement sont avec les maladies du système ostéo-articulaires des muscles et du tissu conjonctif les pathologies les plus répertoriées par ce réseau qui n'en recense pourtant qu'une partie⁴⁷. Le nombre de cas de troubles mentaux et du comportement enregistré par le réseau a augmenté de manière sensible et régulière avant de se stabiliser à un niveau élevé. Sur la période 2001-2011, les troubles mentaux représentent 15 % des pathologies recensées par le réseau, soit autant que les TMS ou les affections respiratoires et davantage que les tumeurs (12,3 %).

Tableau : RPS et TMS – nombre de pathologies recensées par le RNV3P et poids de ces pathologies dans l'ensemble des pathologies recensées entre 2001 et 2011

Pathologie	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	poids 2001- 2011
Troubles mentaux et du comportement	497	698	1173	1581	1706	1937	2111	2507	2523	2 731	2 706	15%
Maladies du système ostéo-articulaires des muscles et du tissu conjonctif	1099	1368	1491	1607	1523	1478	1546	2552	2719	2 638	2 682	15%

⁴⁷ Le rnv3p, réseau national de vigilance et de prévention des pathologies professionnelles, est un système de vigilance des pathologies professionnelles basé sur les 32 centres de consultation de pathologies professionnelles (CCPP). Ces CCPP sont hébergés en centre hospitalier et répartis sur l'ensemble du territoire métropolitain. Ils ont pour vocation première de contribuer à une meilleure connaissance des pathologies professionnelles et à leur prévention. Ils assurent, notamment, une expertise pour le diagnostic étiologique de pathologies qui conclut sur l'origine professionnelle ou non de ces pathologies. Ils reçoivent en consultation des patients qui leur sont la plupart du temps adressés par des médecins du travail, et de façon plus rare par des tiers (avocats, associations etc.). Le rnv3p recueille en continu l'exhaustivité des problèmes de santé au travail (PST) signalés dans les consultations. Pour chaque PST, sont notamment enregistrés le genre et l'âge du patient, les expositions professionnelles, la pathologie principale, le secteur d'activité (NAF93), le poste de travail (CITP88), et l'association « nulle », possible, probable ou certaine entre les expositions et la pathologie d'intérêt selon l'expertise médicale.

PARTIE IV

Evaluation de la sous-déclaration des accidents du travail et des maladies professionnelles

Preamble :

La méthodologie générale retenue par la commission consiste à évaluer un nombre de sinistres sous-déclarés à partir des données épidémiologiques disponibles ainsi que le coût moyen attaché à ces accidents et maladies. Son parti pris d'ensemble, comme lors des exercices précédents, consiste à se limiter au champ des pathologies dont le caractère professionnel pourrait être reconnu dans le cadre du dispositif juridique actuel. Par conséquent, elle aboutit nécessairement à des résultats très inférieurs à ce qu'est probablement l'ampleur effective des maladies d'origine professionnelle qui reste, en tout état de cause, mal connue.

L'évaluation de la sous déclaration présentée dans ce rapport est réalisée à partir d'un coût moyen longitudinal lorsque les données épidémiologiques disponibles font état des cas d'incidence (flux de nouveaux malades dans l'année) et, à l'inverse, à partir d'un coût moyen transversal quand il s'agit de données de prévalence (stock de malades de l'année considérée). Pour les cancers, de façon analogue aux précédentes commissions, c'est un travail réalisé par l'institut national du cancer (INCA) chiffrant le coût global des cancers qui a été utilisé.

Cette partie s'articule autour de quatre points. Le premier présente un ensemble de statistiques générales relatives aux accidents du travail, de trajet et aux maladies professionnelles dont le suivi est assuré par la direction des risques professionnelles (DRP) de la caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS). Le deuxième point présente les éléments épidémiologiques sur lesquels se fonde l'évaluation du nombre de sinistres sous-déclarés (accidents et pathologies retenus dans la première partie du rapport). Le troisième point évalue les coûts moyens des accidents et maladies étudiés par la commission avec une attention particulière pour les cancers. Enfin, la présente partie synthétise les éléments développés précédemment (nombre d'accidents et pathologies sous-déclarés, coût moyen) pour en déduire une évaluation de la sous-déclaration des AT-MP.

1- Evolution de la sinistralité de la branche accidents du travail – maladies professionnelles (AT-MP)

Dans un premier temps, pour donner un aperçu de l'appareil statistique relatif aux accidents du travail et aux maladies professionnelles, un panorama global de la sinistralité de cette branche est dressé. Cet exercice reprend les éléments mis en lumière par les programmes de qualité et d'efficacité figurant en annexe 1 du projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS).

1-1- Panorama global de la sinistralité

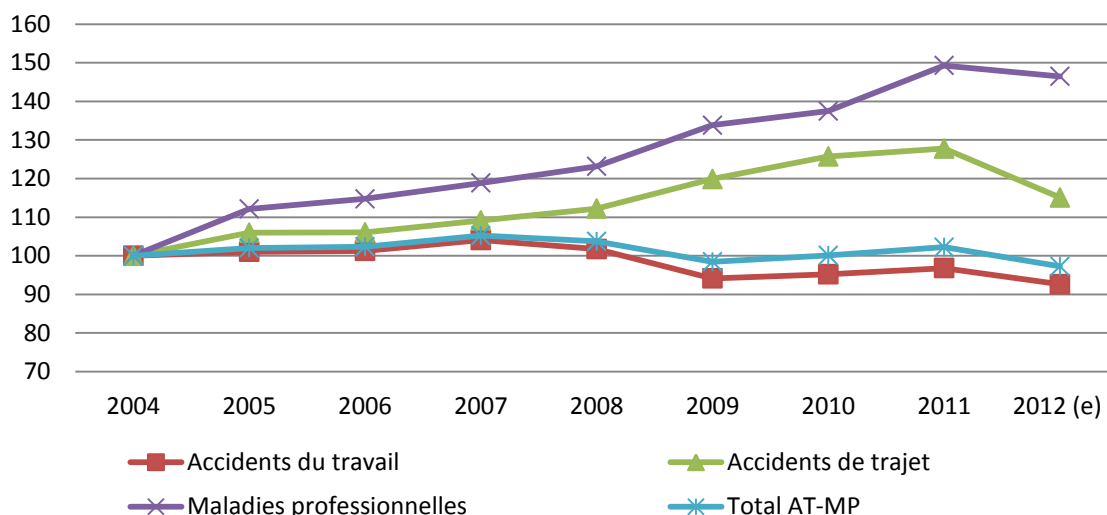
Sur environ 1 138 000 sinistres constatés et reconnus en 2012, 83 % concernent des accidents du travail, 11 % des accidents de trajet et 6 % des maladies professionnelles.

Tableau 1 : Evolution du nombre d'AT, d'accidents de trajet et de MP de 2006 à 2012 (champ régime général)

Catégorie de sinistre	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012 (e)
Accidents du travail	1 155 300	1 165 000	1 132 400	1 021 400	996 900	1 001 500	943 000
Accidents de trajet	117 700	120 900	125 300	129 700	137 600	133 400	123 000
Maladies professionnelles	55 000	55 100	62 000	71 600	71 400	80 400	71 600
Total AT-MP	1 328 000	1 341 000	1 319 700	1 222 700	1 205 900	1 215 300	1 137 600

Source : CNAMTS –valeurs arrondies / pour l'ensemble des sinistres reconnus : *Datamart AT-MP données nationales ORPHEE non définitives constatées début février 2013* / pour les sinistres avec 1^{ère} indemnisation en espèces : *statistiques nationales de sinistralité AT-MP, données SGE-TAPR*. (e) : estimé

Graphique 1 : Evolution du nombre d'accidents du travail, d'accidents de trajet et de MP du régime général, de 2004 à 2012 (base 100 en 2004)



Source : CNAMTS (statistiques trimestrielles) - juin 2013.

Le nombre d'accidents du travail est globalement en baisse (- 18 %) sur la période 2006-2012, soit - 3,3% en moyenne annuelle (Graphique 1). On constate une croissance importante du nombre de maladies professionnelles reconnues sur la période : 31%, soit + 4,6% en moyenne annuelle.

Un constat similaire peut être réalisé sur les sinistres ayant occasionné un arrêt. Sur un peu moins de 1,14 million de sinistres survenus en 2012 sur le champ du régime général, environ 785 000 – soit 69 % – ont donné lieu à un arrêt de travail.

Tableau 2 : Evolution du nombre d'AT, d'accidents de trajet et de MP avec arrêt de 2006 à 2012 (champ régime général)

Catégorie de sinistre	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012 (e)
Accidents du travail avec arrêt (*)	700 800	720 150	704 000	651 500	658 800	669 900	640 900
Accidents de trajet avec arrêt (**)	83 000	85 400	87 900	93 800	98 400	100 000	90 100
Maladies professionnelles avec arrêt (***)	42 300	43 800	45 400	49 300	50 700	55 100	54 000
Total sinistres avec arrêt	826 100	849 400	837 300	794 600	808 000	825 000	785 000

Source : CNAMTS –valeurs arrondies / pour l'ensemble des sinistres reconnus : *Datamart AT-MP données nationales ORPHEE non définitives constatées début février 2013* / pour les sinistres avec 1^{ère} indemnisation en espèces : *statistiques nationales de sinistralité AT-MP, données SGE-TAPR*.

(*) : hors bureaux et autres catégories particulières

(**) : y compris bureaux et autres catégories particulières

(***) : y compris compte spécial.

(e) : estimé

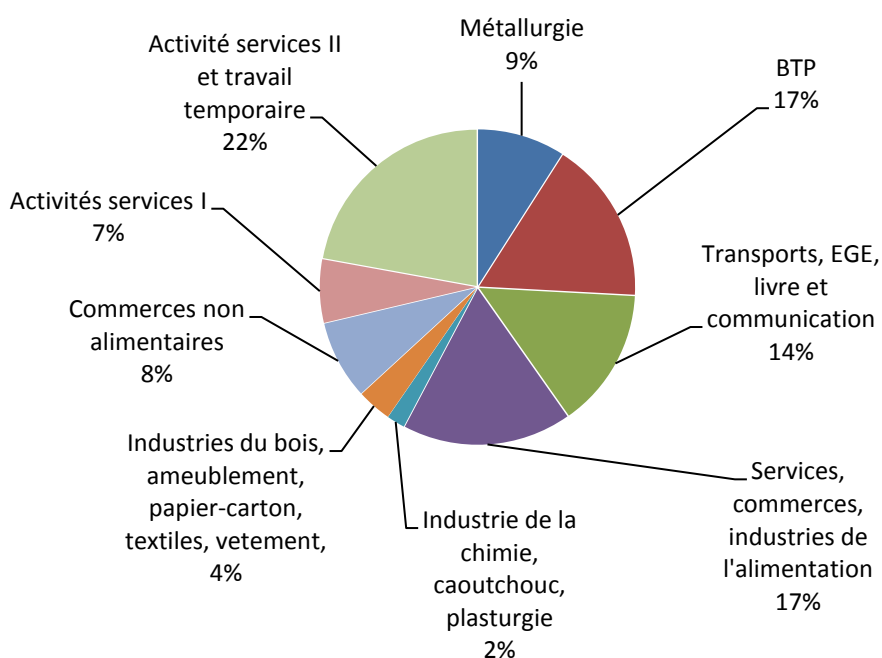
Les accidents du travail ayant entraîné un arrêt ont augmenté de 3% entre 2006 et 2007, puis diminué jusqu'en 2009 (– 5% par an en moyenne) et faiblement augmenté jusqu'en 2011 (+ 1% en moyenne annuelle). Depuis 2012, on enregistre à nouveau une légère diminution (– 4%). Au total, sur la période 2006-2012, le nombre d'accidents du travail avec arrêt a diminué de 8,5%, soit – 1,4% en moyenne annuelle. La corrélation avec le niveau de l'activité économique est évidente, sans qu'on puisse pour autant déterminer dans quelles proportions cet effet vient renforcer la baisse tendancielle de la sinistralité observée par ailleurs. En revanche, depuis 2006 les accidents de trajet avec arrêt n'ont pas cessé de progresser, ils ont augmenté de 8,5% sur la période 2006-2012. De même, on constate une progression soutenue du nombre de maladies professionnelles avec arrêt : 28% de 2006 à 2012.

1-2- Répartition de la sinistralité par secteur d'activité

La répartition des sinistres par secteur d'activité ou comités techniques nationaux (CTN) s'avère très variable selon que sont considérés les accidents du travail, les accidents de trajet ou les maladies professionnelles. A titre d'illustration, le BTP est le deuxième secteur le plus « accidentogène » pour les accidents du travail, mais il arrive en sixième position pour les accidents de trajet.

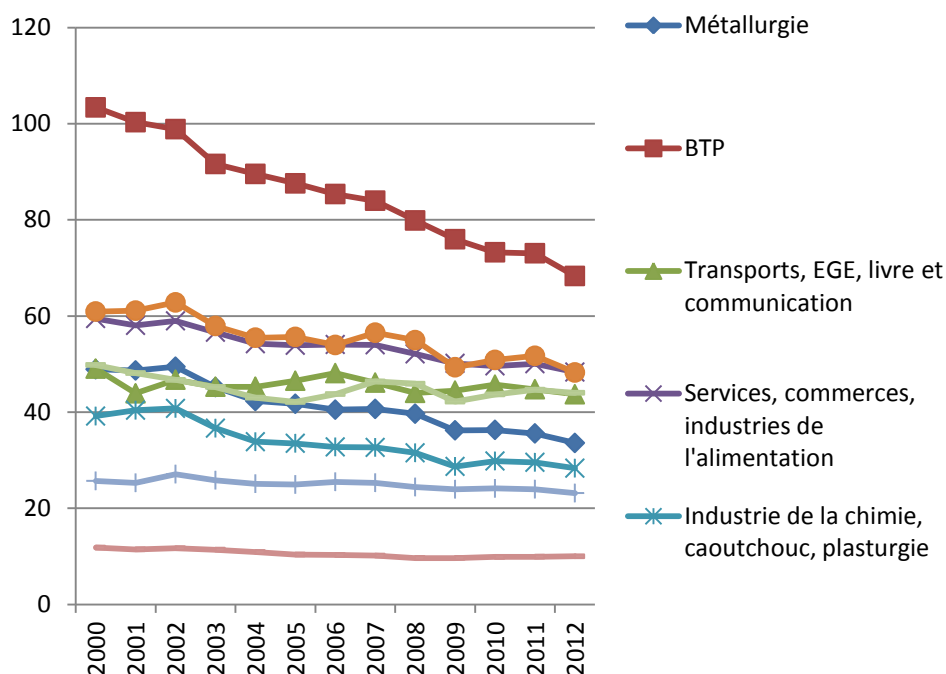
Les secteurs d'activité qui regroupent le plus grand nombre d'accidents du travail avec arrêt sont les activités de services et travail intérimaire (22 % des accidents du travail en 2012), le BTP (17 %), les services, commerces, industries de l'alimentation (17 %) et les transports, eau, gaz et électricité (EGE), livre et communication (14 %) (Graphique 2).

Graphique 2 : répartition des accidents du travail avec arrêt par secteur d'activité en 2012



Source : CNAMTS (statistiques nationales technologiques AT-MP) - 2013.

Graphique 3 : Fréquence des accidents du travail avec arrêt pour 1 000 employés, selon le secteur d'activité (CTN) de 2000 à 2012



Source : CNAMTS (statistiques nationales technologiques AT-MP) - 2013.

Si l'on rapporte le nombre de ces sinistres aux effectifs des secteurs considérés le BTP arrive en tête avec 68 accidents de travail avec arrêt pour 1 000 employés en 2012. Viennent ensuite les secteurs des services, commerces, industries de l'alimentation, celui des industries du bois, ameublement, papier carton ainsi que celui des transports, EGE, livre et communication (avec 48 AT pour 1 000 employés pour chacun d'entre eux).

Sur l'ensemble des secteurs considérés, la fréquence des accidents du travail avec arrêt pour 1 000 employés est en diminution sur la période 2000-2012 (- 21 %). Cette diminution est la plus marquée dans les secteurs de la métallurgie (- 31 %), du BTP (- 34 %), de l'industrie de la chimie du caoutchouc et de la plasturgie (- 28 %) sur l'ensemble de la période.

Les secteurs d'activité dans lesquels **les accidents de trajet** sont les plus nombreux en valeur absolue sont ceux des activités de services II⁴⁸ et travail temporaire (25 % du total des accidents de trajet) et des services, commerces, industries de l'alimentation (18 %) ainsi que des activités de services I⁴⁹ (18% également). La fréquence des accidents de trajet est beaucoup plus faible en moyenne que celui des accidents du travail (4,8 vs. 35 pour 1 000 employés sur l'ensemble des secteurs). C'est dans le secteur des activités de services et travail intérimaire que la fréquence des accidents de trajet est la plus élevée avec 6,9 accidents de trajet pour 1 000 employés en 2012 devant le secteur des services, commerces, industries de l'alimentation avec 6,7 accidents de trajet pour 1 000 salariés. Globalement, la fréquence des accidents de trajet a diminué sur la période 2000-2012 (- 8 %). Les évolutions les plus fortes concernent le BTP (- 36 % entre 2000 et 2012), la métallurgie (avec - 20 % sur la même période), et les industries du bois, ameublement, papier-carton, textiles, vêtement, cuirs et peaux, pierres et terres à feu (- 20 %). Les deux seuls secteurs voyant la proportion d'accident de trajet augmenter marginalement sur la période 2000-2012 sont ceux des commerces non alimentaires (+ 1%) et des activités de services I (+ 1%).

La ventilation par secteur des maladies professionnelles met en évidence une prépondérance des secteurs des services, commerce et industries de l'alimentation (20 % de l'ensemble), de la métallurgie (14 %), des activités de services II et travail temporaire (14 %) et du BTP (13 %) (Graphique 4). On note par ailleurs la part non négligeable des maladies professionnelles qui n'ont pu être imputées formellement à un employeur et qui par conséquent sont enregistrées au sein d'un compte spécial (16 %).

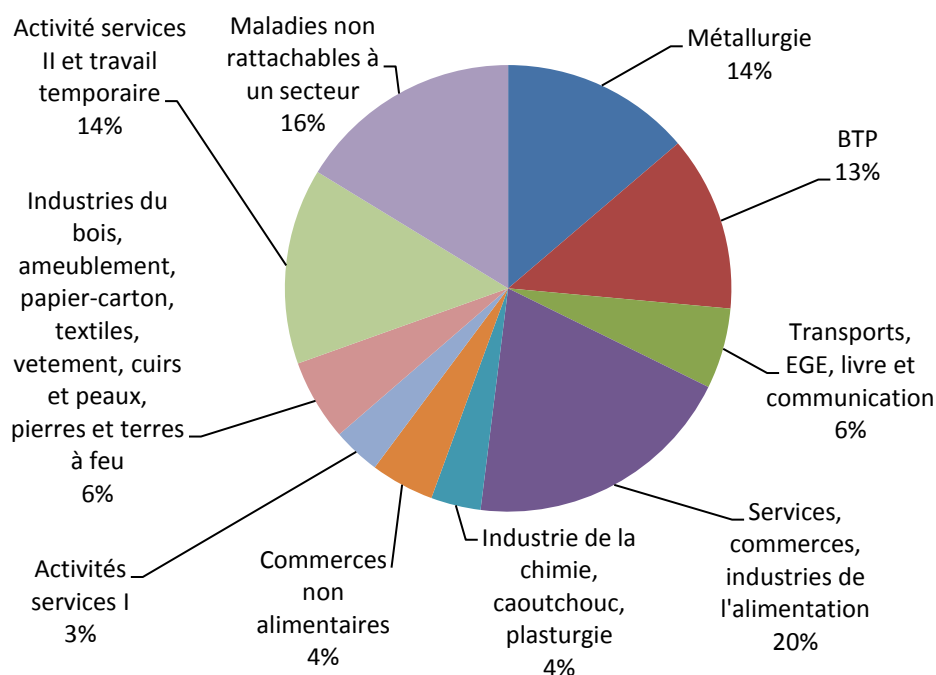
Le rapport du nombre de maladies nouvellement reconnues dans l'année à l'effectif de chaque CTN multiplié par 1 000 montre que les secteurs les plus « accidentogènes » sont les industries du bois, ameublement, papier-carton avec 6,6 maladies professionnelles nouvellement reconnues pour 1 000 employés en 2012, devant les industries de la chimie et le secteur services, commerces, industries de l'alimentation avec 4,5 maladies professionnelles pour 1 000 employés en moyenne dans ces deux secteurs (Graphique 5).

Le taux de maladies professionnelles avec arrêt augmente dans tous les secteurs (+ 122 % en moyenne de 2000 à 2012), corollaire de la forte progression du nombre de maladies professionnelles sur la période considérée. Les secteurs où l'évolution est la plus forte sont le commerce non alimentaire (+296%) et les activités de service et travail temporaire ainsi que le secteur transports, EGE, livre et communication (+ 270 % chacun) de 2000 à 2012.

⁴⁸ Travail temporaire, santé, nettoyage...

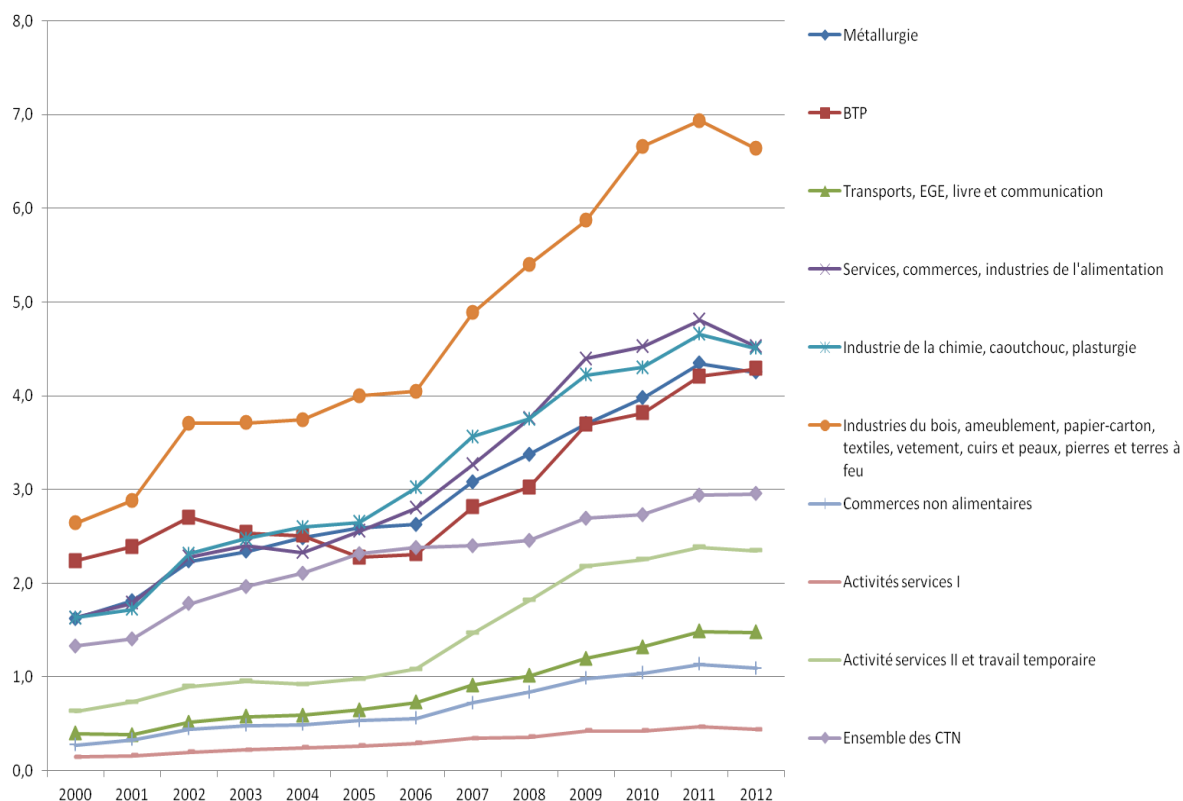
⁴⁹ Banques, assurances, administrations...

Graphique 4 : Répartition des maladies professionnelles avec arrêt par secteur d'activité en 2012



Source : CNAMTS (statistiques nationales technologiques AT-MP) - 2013.

Graphique 5 : Fréquence des maladies professionnelles avec arrêt pour 1 000 employés, selon le secteur d'activité (CTN) de 2000 à 2012



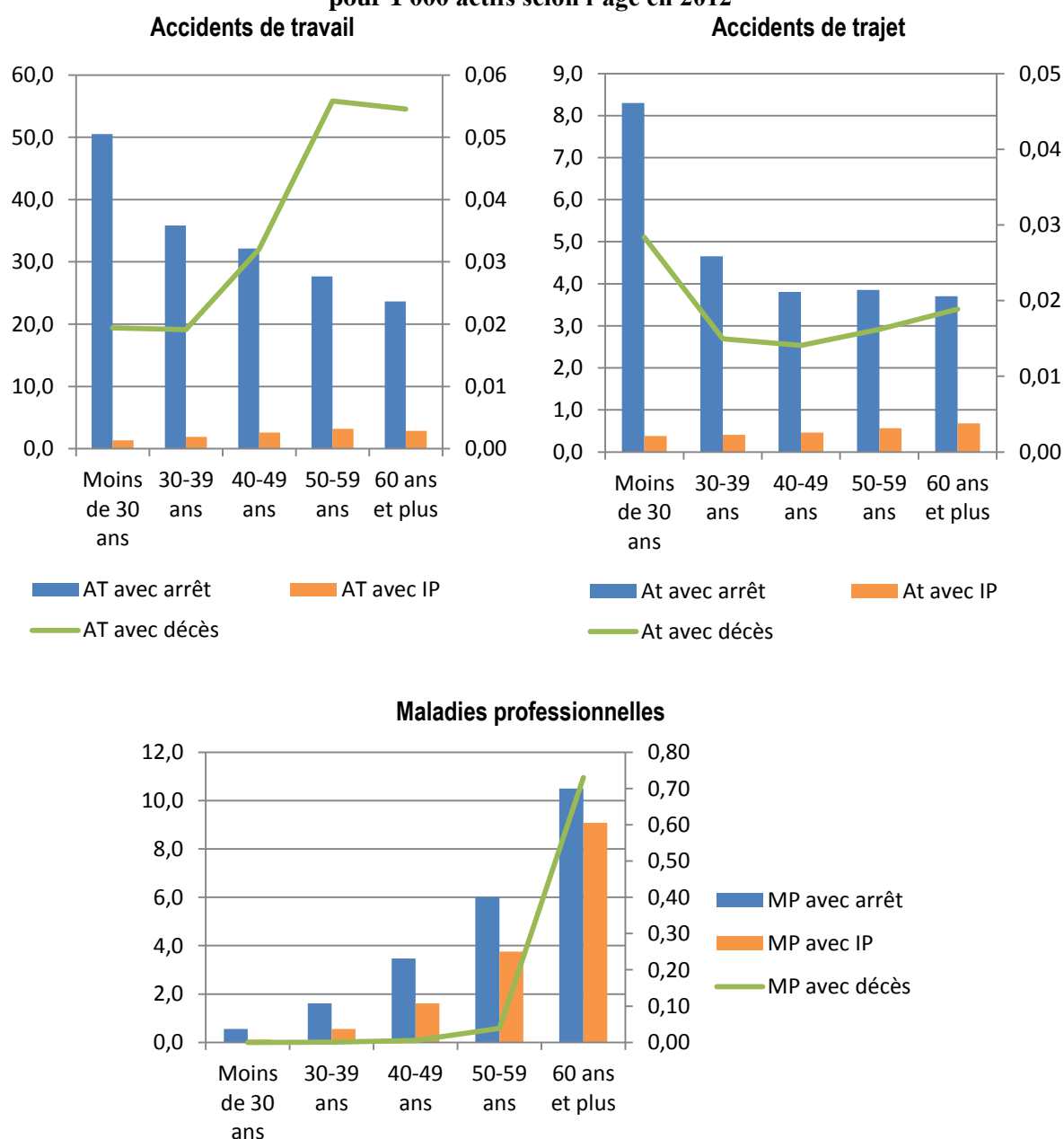
Source : Calculs DSS sur la base de données CNAMTS (statistiques nationales technologiques AT-MP) - 2013.

1-3- Répartition de la sinistralité par âge de la victime

L'âge moyen des victimes de maladies professionnelles ayant perçu une rente de la CNAMTS pour la première fois au cours de l'année est de 56 ans en 2012⁵⁰. Cet âge les situe à un niveau nettement supérieur à celui des victimes d'accidents du travail (environ 47 ans en moyenne) et, plus encore, de celui des accidents du trajet qui affectent des personnes plus jeunes (proches de 45 ans en moyenne).

Afin d'apprécier la distribution de la sinistralité en fonction de l'âge, la fréquence de sinistres pour 1 000 actifs occupés a été calculée, pour cinq grandes classes d'âge (Graphique 6).

Graphique 6 : Taux d'accidents du travail, de trajet et de maladies professionnelles pour 1 000 actifs selon l'âge en 2012



Source : Calculs DSS sur la base de données CNAMTS (statistiques nationales technologiques AT-MP) - 2013.

Note de lecture : l'échelle de gauche concerne les sinistres avec arrêt et les sinistres avec incapacité permanente ; l'échelle de droite concerne les sinistres qui ont entraîné un décès.

⁵⁰ Il s'agit donc des victimes dont le taux d'incapacité permanente (IP, ci-après) est supérieur à 10%.

Les accidents du travail avec arrêt de la classe d'âge des moins de 30 ans représentent 32,5 % de l'ensemble des AT en 2012. Rapportée à l'effectif des actifs occupés, la fréquence des accidents du travail dans cette catégorie est de 50,5 pour 1 000. Cette sinistralité importante peut s'expliquer par la part importante des activités intérimaires (secteur fortement « accidentogène ») dans cette classe d'âge. La fréquence des accidents du travail avec arrêt décroît ensuite avec l'âge. A l'inverse, le nombre d'accidents du travail ayant entraîné une incapacité permanente ou un décès tend à augmenter avec l'âge jusqu'à la classe 50-59 ans pour se stabiliser ensuite.

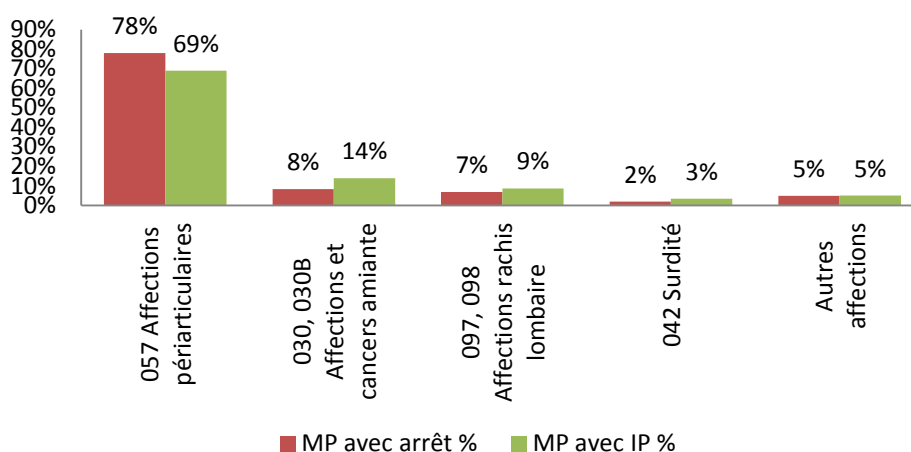
Comme pour les accidents de travail, une part importante des accidents de trajet avec arrêt concerne des personnes de moins de 30 ans (près de 38 % du total, avec une fréquence d'accidents de trajet de 8,3 pour 1 000 actifs occupés). Cette fréquence est réduite de moitié pour les autres classes d'âge. La fréquence des accidents de trajet avec incapacité permanente est très faible, quel que soit l'âge. Elle se répartit, de plus, de façon uniforme sur l'ensemble des classes d'âge considérées. La fréquence des accidents de trajet mortels est extrêmement faible. Ces sinistres, légèrement plus fréquents chez les actifs les plus jeunes (avec une fréquence bien inférieure toutefois à 0,1 pour 1 000), diminuent ensuite avec l'âge jusqu'à 60 ans.

La fréquence des maladies professionnelles avec arrêt augmente exponentiellement avec l'âge, tout comme celle des maladies professionnelles ayant entraîné une incapacité permanente ou un décès. Cela peut s'expliquer par la longueur du délai de latence pour certaines maladies, qui peut atteindre plusieurs dizaines d'années après l'exposition avant que la maladie se déclare. C'est le cas en particulier des maladies de l'amiante, qui représentent en 2012 plus de 14 % du flux des maladies professionnelles avec incapacité permanente nouvellement indemnisées par la CNAMTS.

1-4- Ventilation par pathologie des MP reconnues par les CPAM

On observe une très forte concentration du nombre de maladies professionnelles reconnues sur un petit nombre de pathologies (Graphique 7). Sur les 54 015 maladies professionnelles avec arrêt dénombrées en 2012 par la CNAMTS, plus de 78 % correspondent à des affections péri-articulaires (visées au tableau 57), 8 % à des maladies dues à l'amiante (tableaux 30 et 30 bis), 7 % à des affections chroniques du rachis lombaire (tableaux 97 et 98) et les 7 % restants à des maladies diverses (surdité, allergies, affections respiratoires...).

Graphique 7 : Répartition des maladies professionnelles par pathologie (flux CNAMTS 2012)



Source : CNAMTS (statistiques nationales technologiques AT-MP) - 2013.

La répartition par pathologie des maladies professionnelles avec incapacité permanente (« IP » dans le graphique) diffère quelque peu. En effet, certaines maladies donnent par nature plus souvent lieu que d'autres à l'attribution d'un taux d'incapacité permanente : c'est le cas en particulier des maladies de l'amiante, en raison de leur gravité. Ainsi, 90 % des maladies de l'amiante avec arrêt de travail recensées aux tableaux 30 et 30 *bis* donnent lieu en 2012 à l'attribution d'une incapacité permanente contre moins de 50 % pour les affections périarticulaires. Dès lors, les maladies dues à l'amiante occupent structurellement une part plus importante dans le total des maladies avec incapacité permanente : elle atteint 14 % (contre 8 % pour les maladies avec arrêt) alors qu'à l'inverse, la part des affections péri-articulaires est ramenée à environ 69 % du total.

Il est à noter que les hommes, tous âges confondus, représentent 51 % des victimes de maladies professionnelles avec arrêt en 2012, mais leur part atteint 55 % parmi les maladies avec incapacité permanente et atteint presque 99 % du total des décès. Ce constat est toutefois à nuancer par l'importance respective de ces catégories d'accidents : tous sexes confondus, la CNAMTS dénombre en 2012 plus de 54 015 nouvelles maladies professionnelles avec arrêt, mais elles ne sont que 29 267 avec incapacité permanente et 523 à entraîner des décès.

2- Données épidémiologiques permettant d'apprécier la sous-déclaration des pathologies professionnelles et des accidents du travail

2-1- Troubles musculo-squelettiques

Les troubles musculo-squelettiques (TMS) sont des pathologies qui affectent les tissus (tendons, gaines synoviales, nerfs) situés à la périphérie des articulations. Ces pathologies surviennent lorsque les contraintes subies par les articulations sont trop fortes au regard des capacités fonctionnelles de la personne. Ces affections touchent principalement l'épaule, le coude (épicondylite) et le poignet (syndrome du canal carpien). Ces pathologies se développent dans les secteurs d'activité où le travail est physique, répétitif et cyclique. Certains contextes psychosociaux les favorisent (stress, précarité de l'emploi...).

En 2012, selon les données communiquées par la direction des risques professionnels de la CNAMTS, 37 639 assurés ont bénéficié d'un premier règlement de prestation par le régime général au titre de la reconnaissance d'une affection périarticulaire (tableau 57). Par rapport à 2011, le nombre de premiers règlements est en baisse (-3%), du fait du resserrement des critères de reconnaissance des tendinopathies de l'épaule. Par rapport à 2010, on observe toutefois une hausse des reconnaissances (+5,5%).

Une étude de l'InVS établit les taux de sous-déclaration des TMS en 2009⁵¹. Les résultats font état de taux compris entre 52 % et 64 % pour les syndromes du canal carpien, 67 % à 79 % pour les tendinites du coude et de 63 % à 72 % pour les tendinites de la main ou des doigts⁵². En outre, les taux de sous-déclaration des cas d'épaule enraidie seraient selon cette étude de 63 % à 74 %.

Tableau 3 : Taux de sous-déclaration global et selon le sexe en 2009 (%)

	Ensemble% [fourchette de variation]	Femme % [fourchette de variation]	Homme% [fourchette de variation]
Syndrome du canal carpien	59 [52-64]	56 [47-64]	64 [55-72]
Coude	73 [67-79]	70 [59-79]	75 [69-82]
Épaule	69 [63-74]	64 [56-73]	73 [66-79]
Rachis lombaire	63 [50-76]	nc	62 [46-75]

Source : InVS, Surveillance des MCP, juin 2013.

Ces évaluations de la sous-déclaration des TMS sont en nette augmentation par rapport aux valeurs retenues lors de la commission précédente, à savoir : 30% de sous-déclaration pour le syndrome du canal carpien et la tendinopathie de la main et des doigts, et 34% pour les tendinopathies de l'épaule. Ces taux avaient été estimés par application d'un abattement de 30% aux valeurs issues de travaux de l'InVS réalisés à partir des données du programme de surveillance des maladies à caractère professionnel notamment (pour mémoire ces taux étaient respectivement de 50% et 46% pour les tendinopathies de l'épaule et les autres affections périarticulaires). Il s'agissait notamment de prendre en compte la croissance très dynamique des demandes de reconnaissances observée depuis 2006.

⁵¹ S. Rivière, E. Penven, H. Cadéac-Birman, Y. Roquelaure, M. Valenty, « Approche de la sous-déclaration des TMS dans dix régions françaises en 2009 », InVS, juin 2013.

⁵² Pour cette pathologie la donnée utilisée est issue de la vague 2007 du même programme « surveillance des MCP ».

L'évolution du nombre de reconnaissances du syndrome du canal carpien, et des tendinites des mains et des doigts est probablement révélatrice d'une baisse importante de la sous-déclaration. Ces efforts de la branche AT-MP en termes de reconnaissance conduisent la commission à considérer que les taux de sous-déclaration estimés par l'étude pour 2009 sont trop élevés. C'est pourquoi, les taux de sous-déclaration retenus sont ramenés à 45% pour le syndrome du canal carpien, et à 50% pour les tendinites du coude, de la main et des doigts. S'agissant des tendinopathies de l'épaule, afin de tenir compte des modifications importantes apportées au tableau 57, le taux retenu est de 30%.

Ainsi, le nombre de cas sous-déclarés est estimé à 9 900 pour le syndrome du canal carpien, 6 531 pour les tendinites du coude, 2 518 pour celles de la main ou des doigts, et enfin 84 pour les cas de tendinopathies de l'épaule.

2-2- Affections du rachis lombaire, dorsalgies, lombalgies

La sciatique par hernie discale (L4-L5 ou L5-S1) avec atteinte radiculaire de topographie concordante et la radiculalgie par hernie discale (L2-L3 ou L3-L4 ou L4-L5), avec atteinte radiculaire de topographie concordante sont indemnisées au titre du tableau 97 du régime général intitulé « Affections chroniques du rachis lombaire provoquées par des vibrations de basses et moyennes fréquences transmises au corps entier » et au titre du tableau 98 intitulé « Affections chroniques du rachis lombaire provoquées par la manutention manuelle de charges lourdes ».

Ces deux tableaux créés en 1999 sont arrivés dès 2000 au troisième rang des maladies professionnelles indemnisées en France⁵³. Toutefois, cette définition médico-légale n'englobe pas l'ensemble des pathologies qui correspondent au vocable « lombalgie/dorsalgie ».

Peu de données rendent compte dans la littérature de la prévalence ou de l'incidence des affections du rachis lombaire d'origine professionnelle. Une étude de l'InVS⁵⁴ établit le taux de sous-déclaration de cette pathologie de 50 % à 76 % en 2009 (*cf.* tableau 3 *supra*). Cependant, de même que pour les TMS, ces chiffres ne rendent pas complètement compte des efforts fournis par la branche AT-MP en matière de reconnaissance de cette pathologie. Il est donc proposé de retenir une évaluation plus basse, à savoir un taux de sous-déclaration allant de 40% à 65%.

En 2012, environ 2 000 nouveaux cas d'affection du rachis lombaire ayant été reconnus par la branche AT-MP, on peut estimer entre environ 1300 et 3700 le nombre de nouveaux cas sous-déclarés.

⁵³ Y. Roquelaure, K. Vénien, S. Moisan, D. Penneau-Fontbonne, G. Lasfargues et B. Fouquet, « Déclarer une lombosciatique en maladie professionnelle : est-ce l'avantage bien compris du patient ? », *Revue du Rhumatisme*, 72, 2005, pp. 531-533.

⁵⁴ *Cf. supra* note 7.

2-3- Asthmes et broncho-pneumopathies chroniques obstructives (BPCO)

Les pathologies respiratoires d'origine professionnelle concernent un vaste champ dispersé dans de nombreux tableaux (les numéros des tableaux associés aux pathologies figurent entre parenthèses).

Dans les maladies broncho-pulmonaires, on peut distinguer les :

- Syndromes aigus
 - Syndromes irritatifs et broncho-pneumopathies aiguës (14, 32, 33, 61, 62, 70bis, 75)
 - Œdème aigu du poumon (14, 32, 34, 75)
 - Insuffisance respiratoire aiguë (20A, 25, 30A)
 - Syndrome respiratoire obstructif aigu (90A)
- Asthmes ou dyspnées asthmatiformes (10bis, 15bis, 34, 37bis, 41, 43, 47A, 49bis, 50, 62, 63, 66, 70, 74, 82, 95)
- Broncho-alvéolites
 - Allergiques extrinsèques (47A, 62, 66bis)
 - Aiguë ou subaiguë (70bis)
- Manifestations respiratoires chroniques
 - Avec altération des épreuves fonctionnelles respiratoires (62, 82, 90B, 91, 94)
 - Emphysème (44, 44bis)
 - Insuffisance respiratoire chronique (25C)
 - Insuffisance respiratoire chronique secondaire à la maladie asthmatique (66, 70)
 - Pneumopathies fibrosantes et pneumoconioses (25, 25A, 25B, 25C, 30A, 36, 44, 47A, 66bis, 73)
 - Pneumoconiose associée à une sclérodémie systémique progressive
 - Lésions pleuro-pneumoconiotiques à type rhumatoïde (syndrome de Caplan-Colinet) (25A, 25C)
- Pathologie infectieuse
 - Maladies infectieuses proprement dites (18, 24, 40B, 40C, 68, 76D, 76E, 76M, 87, 92)
 - Complications infectieuses des pneumoconioses (25A, 25C, 70bis)
- Granulomes (36)
- Cancers (6, 10ter, 16bis, 20bis, 20ter, 25a, 30bis, 37ter, 44bis, 70ter, 81)
- Nécrose cavitaire aseptique, complication de pneumoconioses (25A, 25C).

Dans les pathologies pleurales, peuvent être citées les :

- Fibroses (30B)
- Pleurésies (24, 25A, 25C, 30B, 40B)
- Lésions pleuro-pneumoconiotiques à type rhumatoïde (25A, 25D)
- Pneumothorax spontané (25A, 25C, 33)
- Tumeurs (30D, 30E)

La commission a choisi de porter son attention sur l'asthme et sur la broncho-pneumopathie chronique obstructive, en raison des progrès récents des données épidémiologiques sur ces pathologies.

La prévalence de l'asthme chez l'adulte est estimée à 6 % selon l'Insee⁵⁵, 4,6% d'adultes étant sous traitements et 4,5% ayant fait au moins une crise dans l'année. Cette donnée est par ailleurs utilisée dans plusieurs études scientifiques⁵⁶.

Par ailleurs, différentes études en population générale⁵⁷, que ce soient des études cas témoins, transversales, ou encore de cohortes, permettent d'évaluer la fraction des cas d'*asthmes* qui pourraient être évités en l'absence d'exposition à des agents sensibilisants et/ou irritants sur les lieux de travail. Ces études permettent de définir une fraction de risque attribuable d'environ 15 %. Des comparaisons internationales montrent que ce chiffre varie de 10 à 25 % selon les pays⁵⁸. Le Professeur Girard de la Société de pneumologie de langue française confirme ces ordres de grandeurs.

A la lumière de ces éléments et en considérant une population de 17,7 millions de salariés au régime général, le nombre de cas d'asthme imputable à l'activité professionnelle est estimé entre 105 846 et 159 300. Parmi eux, 1 038 étaient reconnus par la branche ATMP en 2012. Ainsi, la sous-déclaration représenterait entre 104 808 et 158 262 cas d'asthme d'origine professionnelle.

Ces nouvelles données épidémiologiques conduisent à une augmentation significative des chiffres de sous-déclaration de l'asthme par rapport à la commission précédente. On peut penser que la reconstitution de la prévalence à partir des données d'incidences contenait un certain nombre de biais, sous-estimant ainsi le nombre de cas sous-déclarés.

En ce qui concerne les BPCO, la fraction de risque attribuable à l'origine professionnelle communiquée à la commission par le Professeur Girard est de 10 % à 20 % selon les sources⁵⁹. Si l'on considère qu'il y a 17,7 millions de salariés au régime général en 2012 et que la prévalence des BPCO d'origine professionnelle est de 1 % à 2 % parmi cette population en âge de travailler, on obtient une prévalence estimée de BPCO entre 17 700 et 53 100 cas. Comme en 2011, un abattement de 50% est appliqué à ces données par prudence. Ainsi, 69 cas ayant été reconnus par la branche AT-MP en 2012, le nombre de cas sous-déclarés est estimé entre 8 781 et 26 481.

⁵⁵ Enquête décennale de santé, 2003.

⁵⁶ Par exemple : Delmas MC, Fuhrman C, pour le groupe épidémiologie et recherche clinique de la SPLF. L'asthme en France. Synthèse des données épidémiologiques descriptives. Rev Mal Respir 2010;27:151-9.

⁵⁷ Blanc P., American Journal of Medicine, 1999 ; 107 :580-7 : regroupe 43 études publiées entre 1996 et 1999. Balmes J., American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine (AJRCCM), 2003 ; 167 :787-97, groupe de travail de l'American Thoracic Society : 23 études antérieures à 2000.

Karjalainen A., AJRCCM, 2001 ; 164 :565-8 : 49 575 cas incidents d'asthme (ensemble des salariés finlandais entre 25 et 59 ans). Eagan TM., AJRCCM, 2002 ; 166 : 933 – 8 : étude longitudinale sur 2 819 sujets.

⁵⁸ La fraction de risque attribuable était proche de 23 % dans les pays d'Europe du sud, 12 % en Europe centrale et 6 % en Europe du nord.

⁵⁹ Par exemple : Eisner MD, Anthonisen N, Coultas D, et al. *An official American Thoracic Society public policy statement : Novel risk factors and the global burden of chronic obstructive pulmonary disease*. Am J Respir Crit Care Med 2010;182:693-718.

2-4- Dermatoses

Les dermatoses professionnelles⁶⁰ sont dues à des agents chimiques, physiques ou infectieux. Une partie de ces dermatoses est due à une origine exclusivement professionnelle (cas des dermatites d'irritation aux solvants industriels ou des eczémas de contact allergique), une autre apparaît avec l'aggravation, du fait du travail, de pathologies préexistantes (affections endogènes qui peuvent se manifester lors de certaines activités professionnelles ou être aggravées par le travail). Ce dernier point, aggravation par le travail d'un eczéma pré-existant ou récidivant, constitue l'une des causes soulevées de non déclaration.

Les dermatoses sont repérées par 11 tableaux de maladies professionnelles :

Tab. 10 : Dermite d'acide chromique et bichromates ;

Tab. 16 : Dermite des goudrons de houille ;

Tab. 36 : Dermite des huiles et graines minérales ou de synthèse ;

Tab. 37 : Dermite des oxydes et sels de nickel ;

Tab. 46 : Mycoses ;

Tab. 52 : Chlorure de vinyle ;

Tab. 65 : Lésions eczématiformes récidivantes ou confirmées par test ;

Tab. 66 : Maladies à agents infectieux contractées en milieu hospitalier ;

Tab. 84 : Solvants organiques ;

Tab. 88 : Rouget du porc ;

Tab. 95 : Protéines du latex.

L'incidence des dermatoses professionnelles était évaluée entre 0,5 et 0,7 pour 1 000 travailleurs par an en 2002. Une étude plus récente, menée en 2006 en Ile-de-France aboutit à des résultats qui correspondent à cet ordre de grandeur⁶¹. Ces données avaient été présentées à la commission par le Professeur Géraud en 2011, et sont les plus récentes disponibles à ce jour. En considérant que le régime général compte 17,7 millions de salariés, le nombre de cas incidents de dermatoses professionnelles serait compris entre 8 850 et 12 390 cas. Déduction faite des 409 dermatoses reconnues par la branche AT-MP en 2012, le nombre de nouveaux cas de dermatoses professionnelles incident sous-déclarés peut donc être évalué entre 8 441 et 11 981.

2-5- Surdités

Selon une étude réalisée par l'agence française de sécurité sanitaire environnementale (AFSSE) en 2004, 21,3% des salariés déclarent ne pas pouvoir entendre une personne qui leur parle ou ne pouvoir l'entendre que si elle élève la voix. Sur la base de cette donnée, on peut évaluer à environ 4 millions le nombre de personnes ayant un problème de surdité sur le champ du régime général. On sait par ailleurs, d'après des travaux de l'InVS, que moins de 0,1% des femmes et 0,6% des hommes ont une surdité d'origine professionnelle. On estime ainsi à environ 12 700 le nombre de surdités d'origine professionnelle, dont on peut déduire les 900 reconnaissances par la CNAMTS en 2012. On estime ainsi à environ 11 800 le nombre de cas sous-déclarés.

⁶⁰ Classées habituellement en dermatites d'irritation et en dermatoses allergiques - ces dernières regroupent deux grands types de pathologies : l'urticaire professionnel et l'eczéma de contact.

⁶¹ Documents pour le médecin du travail, n°106, INRS, 2006.

2-6- Accidents du travail

L'évaluation de la sous-déclaration des accidents du travail repose sur les données d'enquête de la Dares. L'enquête Sumer de 2009 pose un module de questions relatif aux accidents du travail. Les questions posées sont les suivantes :

- « Au cours des 12 derniers mois, au cours de votre travail, combien avez-vous eu d'accidents du travail, même bénins, qui vous ont obligés à vous faire soigner (hors trajet) (Pas d'accident, 1 accident, 2 accidents, 3 accidents ou plus) »
- « Au total, combien de jours d'arrêt de travail avez-vous eu du fait de ces accidents ? »

Par ailleurs, une instruction aux enquêteurs est libellée en ces termes : « en dehors des accidents survenus lors des trajets domicile-travail et même s'il n'y a pas eu de blessure grave », afin de préciser le type d'accident à comptabiliser. Le champ de l'enquête de la Dares concerne donc bien les accidents du travail qui ont aboutit à des frais médicaux. Par ailleurs, l'enquête interroge également bien sur le fait de savoir si le dernier accident survenu a occasionné un arrêt de travail. Le champ de l'enquête concerne aussi bien les accidents avec arrêt que ceux n'ayant pas engendré d'arrêt.

Sur le champ des accidents avec arrêt (d'au moins une journée), il ressort de l'enquête que globalement 6 % des salariés ont eu un accident en 2009. Au total, sur le champ du régime général, l'enquête décompte 805 000 accidents du travail avec arrêt. La même année, la CNAMTS a reconnu 701 253 accidents du travail ayant donné lieu à indemnisation, soit 87 % du total décompté par l'enquête⁶². Plus de 100 000 accidents du travail avec arrêt auraient donc été sous-déclarés en 2009.

L'enquête ne permet pas de savoir si un individu ayant eu plusieurs accidents a été arrêté pour chacun ou pour un seul. La Dares a donc corrigé ses données pour tenir compte de cet effet, en utilisant un taux de poly-accidentés de 4% (données de la CNAMTS) et estime à 756 500 le nombre d'accidents avec arrêt. Compte tenu du nombre d'accidents reconnus par la CNAMTS, le taux de couverture passe de 87% à 92,7%. Ce qui aboutirait à un effectif d'AT avec arrêt sous-déclarés de 56 000 environ (cf. tableau 4).

Toutefois, comme l'indique la Dares, ces informations sont issues d'une enquête, et, à ce titre, entachées d'une incertitude statistique, liée à l'échantillonnage des individus dans l'enquête. Pour tenir compte de cette incertitude, un abattement d'environ 30% a été effectué sur le chiffre de 56 000 pour aboutir à un nombre d'AT avec arrêt sous-déclarés retenu d'environ 40 000 pour 2009.

Le même raisonnement a été mené sur les effectifs d'accidents avec arrêts reconnus par la CNAMTS en 2012 (640 900) pour aboutir à un nombre de cas sous-déclaré d'environ 36 000 en 2012.

Sur le champ des accidents sans arrêt, l'enquête permet d'évaluer à 545 000 le nombre d'accidents du travail sans arrêt survenus en 2009. C'est beaucoup plus que le nombre reconnu par la CNAMTS (296 506 la même année). Ces chiffres conduiraient à une sous-déclaration de l'ordre de 249 000 accidents sans arrêt pour 2009.

⁶² Les enquêtes ne permettent pas d'appréhender les accidents les plus graves : les accidents mortels (immédiatement ou pas), ni ceux ayant entraîné une incapacité totale ou une inactivité au moment où l'enquête est réalisée. Cependant, au regard du total, ces accidents sont en nombre limité et on peut penser qu'ils sont tous reconnus par la CNAMTS.

Tableau 4 : Résultats de l'enquête Sumer 2009 de la DARES

	Accidents avec arrêt de travail*	Accidents sans arrêt de travail
Nombre estimé d'AT de l'année 2008 – enquête Dares champ CNAMTS	756 500	545 000
Nombre d'AT de l'année 2008 reconnus par la CNAMTS (2008-2009)	701 253	296 506
CNAMTS 2008-2009 / enquête Dares 2009	92,7%	54,4%

Sources : CNAMTS 2008-2009; enquête Sumer 2009 (Dares).

* après correction des polyaccidentés.

Cependant, une partie de cet écart provient du fait que les entreprises qui disposent d'une infirmerie peuvent se contenter d'enregistrer les AT diagnostiqués comme bénins sur leur registre, sans faire de déclaration à la CPAM. Or ces accidents bénins n'entrent pas dans le champ de la commission puisqu'ils ne sont pas imputables à la branche AT-MP. En l'état actuel, il n'est pas possible d'évaluer quelle est la proportion de ces accidents bénins dans l'ensemble des accidents sans arrêts estimés par la Dares au titre de la sous-déclaration. Ces éléments avaient conduit la commission à rester prudente en retenant uniquement 20% de l'écart entre l'estimation de la Dares et le nombre d'AT reconnus par la CNAM. Dans un souci de cohérence la présente commission a décidé d'appliquer les mêmes paramètres de calcul aux effectifs de 2012 (302 000 AT reconnus par la CNAMTS), conduisant à une estimation du nombre de cas sous-déclarés à environ 56 000 pour 2012.

2-7- Cancers

Parmi les différents types de cancers ayant une origine professionnelle, ceux des voies respiratoires sont les plus fréquents (source INRS, 2013⁶³). Viennent ensuite les cancers ORL, les leucémies, les cancers de la vessie, de la peau ainsi que ceux du foie et de la plèvre. Ils peuvent être pris en charge au titre des maladies professionnelles.

Cancer du poumon

Les cancers bronchopulmonaires sont les cancers professionnels les plus fréquents. Chez les hommes, 15 % des cancers du poumon sont d'origine professionnelle. L'amiante est en cause dans 5 à 7 % des cas.

Origine professionnelle (estimation, tous facteurs confondus) : 10 à 20 %

Principaux agents en cause : amiante, arsenic, bis(chlorométhyl)éther, cadmium, certains composés du chrome, goudrons, suies, dérivés du charbon et huiles de houille, nickel, poussières de cobalt associées au carbure de tungstène, poussières et gaz radioactifs, silice...

Quelques activités concernées : agriculture, BTP, céramiques et porcelaines, construction navale, chimie, imprimerie, métallurgie, sidérurgie, mines et carrières, nucléaire, textile et cuir, verre...

Tableaux de maladies professionnelles : 6, 10 ter, 16 bis, 20 bis, 20 ter, 25, 30, 30 bis, 37 ter, 44 bis, 61 bis, 70 ter, 81 (régime général) et 10, 20, 22 A, 35 bis, 47 et 47 bis (régime agricole)

⁶³ Principaux cancers d'origine professionnelle, les voies respiratoires particulièrement touchées. 06 nov. 2013

Mésothéliome

Le mésothéliome est un cancer dont la survenue spontanée est rare. Il touche principalement la plèvre et parfois le péritoine et le péricarde. Il survient chez les personnes qui ont inhalé des poussières d'amiante 20 à 50 ans auparavant, dans leur vie professionnelle ou extra-professionnelle. Un risque existe même en cas d'exposition brève ou de faible intensité.

Origine professionnelle (estimation, tous facteurs confondus) : 85 %

Principal agent en cause : amiante

Quelques activités concernées : toute activité ayant pu entraîner une exposition à l'amiante (fabrication d'articles contenant de l'amiante, isolation, centrales thermiques, raffineries, construction et réparation navales, réparation automobile et poids lourds, BTP, sidérurgie, industrie du verre...)

Tableaux de maladies professionnelles : 30 (régime général) et 47 (régime agricole)

Cancer de la vessie et des voies urinaires

Chaque année, 600 à 1 100 cas de cancers de la vessie ont pour origine des contacts avec des agents dangereux sur le lieu de travail. Un délai de 10 à 25 ans s'écoule généralement entre l'exposition à des agents cancérigènes et la survenue de la maladie.

Origine professionnelle (estimation, tous facteurs confondus) : 2 à 14 %

Principaux agents en cause : goudrons, suies de combustion du charbon, brais de houille, arsenic et ses composés minéraux, certaines nitrosamines ou amines aromatiques, fluides d'usinage...

Quelques activités concernées : production de colorants et pigments, travaux en cokerie, fabrication de l'aluminium, ramonage et entretien des chaudières à charbon, métiers de la vigne (traitement anticryptogamique), usinage du bois traité à l'arsenic, industrie du caoutchouc et des matières plastiques...

Tableaux de maladies professionnelles : 15 ter et 16 bis (régime général) et 10 (régime agricole)

Cancer du sang

Les leucémies sont des cancers qui se caractérisent par la prolifération anormale de globules blancs ou de leurs précurseurs dans la moelle osseuse et dans le sang.

Origine professionnelle (estimation, tous facteurs confondus) : 5 à 18 %

Principaux agents en cause : rayonnements ionisants, benzène...

Quelques activités concernées : traitement et transport de minerais ou de déchets radioactifs en secteur nucléaire, garages automobiles, industrie chimique, laboratoires de recherche...

Tableaux de maladies professionnelles : 4, 6 (régime général) et 19, 20 (régime agricole).

Cancer ORL

Les cancers ORL sont principalement les cancers des fosses nasales, de l'ethmoïde, du nasopharynx, des autres sinus de la face et du larynx. Longtemps ignorées, les poussières de bois sont aujourd'hui reconnues comme agents cancérigènes. À ce jour, le cancer du larynx n'est pas reconnu comme maladie professionnelle.

Origine professionnelle (estimation, tous facteurs confondus) : 7 à 40 %

Principaux agents en cause : poussières de bois, composés du chrome, aldéhyde formique (formol)...

Quelques activités concernées : usinage de bois, métallurgie du nickel, utilisation de colles ou de vernis à base de résines contenant du formol, laboratoires d'anatomopathologie, industrie de la porcelaine, des émaux et des céramiques, chromage, grillage des mattes de nickel...

Tableaux de maladies professionnelles : 10 ter, 37 ter, 43 bis, 47 B (régime général) et 36 C (régime agricole)

Cancers de la peau

Les cancers cutanés inscrits dans les tableaux de maladie professionnelle sont les carcinomes cutanés basocellulaires ou spinocellulaires. L'exposition professionnelle aux rayons ultraviolets (UV), qui composent la lumière naturelle ou artificielle, entraîne des risques de cancers cutanés. Il en est de même des expositions aux rayonnements ionisants.

Principaux agents en cause : arsenic et composés minéraux, goudrons, suies, dérivés de combustion du charbon, huiles minérales dérivées du pétrole, rayonnements UV...

Quelques activités concernées : industrie du verre, fonderie de métaux non ferreux, industrie des colorants, industrie électronique, industrie pharmaceutique, fonderie de fonte et d'acier, cokerie, usine à gaz, sidérurgie...

Tableaux de maladies professionnelles : 16 bis, 20, 36 bis (régime général) et 10, 25 bis, 35 bis (régime agricole).

Cancer du foie

Les deux principaux cancers du foie d'origine professionnelle sont l'angiosarcome, causé principalement par le chlorure de vinyle, et le carcinome hépatocellulaire qui se développe essentiellement à partir d'une cirrhose préexistante.

Principaux agents en cause : chlorure de vinyle monomère, arsenic et ses composés minéraux, complication d'une cirrhose post-hépatitique à virus B ou C

Quelques activités concernées : traitement pyrométallurgique de minerais arsenicaux ou de métaux non ferreux arsenicaux, travail du cuir, établissements de soin, laboratoires d'analyses de biologie médicale, établissements de transfusion sanguine...

Tableaux de maladies professionnelles : 20, 45, 52 (régime général) et 10, 33 (régime agricole).

En 2012, selon les données communiquées à la commission par la direction des risques professionnels de la CNAMTS, près de 693 nouveaux cas de cancers ont été déclarés, constatés et reconnus par le régime général. Par ailleurs, 1 981 cas de cancers faisaient l'objet d'un premier versement par la branche AT-MP cette même année.

Par rapport à 2010, le nombre de reconnaissances des cancers professionnels a diminué de 4,8%. Une étude épidémiologique récente présente des données sur l'incidence des cancers en France sur la période 1980-2012⁶⁴ (cf. tableau 5).

Tableau 5 : Incidence des cancers selon l'année – tous cancers

	1980	1990	2000	2005	2010	2012
Homme	96 506	122 558	158 333	193 631	194 051	200 350
Femme	73 314	92 681	119 842	137 487	149 914	155 004

Source : InVS, 2013.

On estime ainsi à 200 350 le nombre de nouveaux cancers survenus en 2012 chez les hommes, à environ 155 000 chez les femmes. L'incidence des cancers est en constante augmentation depuis 1980.

En 2010, selon l'enquête *Surveillance médicale des expositions aux risques professionnels (SUMER)*, 10 % de l'ensemble des salariés, soit près de 2,2 millions de salariés, ont été

⁶⁴ Binder-Foucard F, Belot A, Delafosse P, Remontet L, Woronoff A-S, Bossard N. « Estimation nationale de l'incidence et de la mortalité par cancer en France entre 1980 et 2012. Partie 1 – Tumeurs solides. », INVS, 2013. 122 p ; Monnereau A, Remontet L, Maynadié M, Binder-Foucard F, Belot A, Troussard X, Bossard N. « Estimation nationale de l'incidence des cancers en France entre 1980 et 2012. Partie 2 – Hémopathies malignes. », INVS, 2013. 88 p.

exposés à au moins un produit chimique cancérigène au cours de la dernière semaine travaillée⁶⁵.

La part attribuable aux facteurs professionnels dans l'étiologie des cancers a fait l'objet d'évaluations, début 2000, par l'institut de veille sanitaire (InVS) pour la France et par le centre international de recherche sur le cancer (CIRC) de l'OMS au niveau européen. Ainsi, l'InVS estime que 4 à 8,5 % des principaux cancers en France sont liés à une exposition professionnelle⁶⁶, soit entre 18 000 et 30 000 nouveaux cas en 2012. Les hommes constituent 84 % des salariés exposés. Le CIRC estime que les cancers professionnels représenteraient 4 % des cancers chez les hommes et 0,5 % chez les femmes⁶⁷.

L'InVS a par ailleurs actualisé ses évaluations de fractions de risque attribuables à l'activité professionnelle à travers la mesure de la part des cancers attribuable à certains cancérigènes⁶⁸ (cf. tableau 6).

Tableau 6 : Estimation de la part des cancers attribuable à certains cancérigènes en France

Pathologie (Cancers)	Nuisance	Sexe	Part attribuable au travail moyen (inf - sup)
Poumon	Amiante	H	12,9% (11,6% - 14,5%)
		F	1,6% (1,3% - 1,9%)
	Silice	H	5,2% (2,2% - 9,1%)
		F	0,2% (0,1% - 0,5%)
Mésothéliome pleural	Amiante	H	83,1% (74,5% - 91,7%)
		F	41,7% (25,3% - 58,0%)
VADS	Silice	H	5,1% (2,5% - 9,1%)
		F	0,2% (0,1% - 0,5%)
	Ciment	H	5,2% (3,3% - 8,3%)
		F	-
Pharynx	Amiante	H	15,2% (5,3% - 20,6%)
		F	1,9% (0,6% - 3,0%)
Larynx	Amiante	H	8,8% (3,9% - 14,6%)
		F	1,0% (0,4% - 1,9%)
	Silice	H	5,7% (2,3% - 10,2%)
		F	0,3% (0,1% - 0,6%)
Leucémie aigüe	Benzène	H	13,7% (0,7% - 42,5%)
		F	2,1% (0,1% - 10,0%)
Leucémie sans précision	Benzène	H	10,7% (2,1% - 25,2%)
		F	1,6% (0,3% - 4,8%)
Rein	Trichloréthylène	H	2,6% (1,3% - 4,2%)
		F	0,3% (0,1% - 0,5%)

VADS = voies aérodigestives supérieures, Source : InVS, 2014.

⁶⁵ « Les expositions aux produits chimiques cancérigènes en 2010 », Dares-Analyses n°54, septembre 2013.

⁶⁶ Imbernon E. « Estimation du nombre de cas de certains cancers attribuables à des facteurs professionnels » : InVS, avril 2003.

⁶⁷ CIRC, « Attributable causes of cancer in France in the year 2000 ». IARC Working Group Reports- WHO, Lyon : CIRC 2007. 177 p.

⁶⁸ « Estimation de la part de cancer attribuable à certains cancérigènes en France, Document produit pour la Commission instituée par l'article L. 176-2 du code de la Sécurité sociale », INVS, avril 2014.

Selon l'InVS, ces estimations ne remettent pas en cause la part des nouveaux cancers attribuables à des facteurs professionnels estimée par E. Imbernon⁶⁹. La commission a donc retenu le même intervalle de fraction de risque attribuable pour les cancers que lors des commissions de 2008 et 2011, soit entre 3 % et 6 % pour les hommes et entre 1,5 % à 6 % chez les femmes.

⁶⁹ Source : INVS, E. IMBERNON, Département santé travail. Ce travail avait été réalisé dans le cadre d'une expertise spécifiquement destinée à la commission. Les estimations produites comprennent des calculs de proportions de cancers attribuables à des expositions professionnelles, pour cinq des principaux cancers professionnels (cancers du poumon, mésothéliomes pleuraux, cancers de la vessie, cancers du nez et leucémies) à partir de données françaises et internationales.

3- Evaluation du coût de la sous-déclaration des AT-MP

Préambule : méthodologie d'évaluation de la sous-déclaration

On appelle coût de la sous-déclaration des accidents du travail et des maladies professionnelles, l'ensemble des dépenses dues aux accidents de travail et maladies professionnelles qui auraient dû être imputées à la charge de la branche AT-MP. L'évaluation de cette sous-déclaration présuppose de disposer de données sur la population concernée et sur le coût par personne de ces accidents et maladies professionnelles (coût moyens) ou bien d'une estimation du coût global indûment imputé à la branche maladie. Or, comme on l'a vu dans la partie précédente, les données épidémiologiques disponibles ne sont pas homogènes : elles portent soit sur la prévalence (nombre des cas de maladies et d'accidents dans une population donnée, stock de cas sans distinction entre les cas nouveaux et les cas anciens des maladies professionnelles), soit sur l'incidence (nombre de cas de maladies et d'accidents nouveaux pendant une période donnée dans une population donnée).

La méthodologie utilisée pour l'évaluation de la sous-déclaration diffère en fonction de la nature de la donnée épidémiologique à disposition. On utilise un coût moyen longitudinal lorsque les données épidémiologiques disponibles sont des données d'incidence, ou à l'inverse, un coût moyen transversal lorsqu'il s'agit de données de prévalence. Ces coûts sont communiqués à la commission par la CNAMTS (direction des risques professionnels, DRP) pour les prestations de l'année 2010.

L'évaluation du coût de la sous-déclaration imputable aux cancers en particulier implique l'emploi d'une méthodologie différente et qui sera détaillée ci-après (cf. 3.2).

3-1- Eléments de coût issus des données de la branche AT-MP

La commission a travaillé sur la base des coûts moyens transmis par la direction des risques professionnels (DRP) de la CNAMTS. Deux types de coûts moyens ont été transmis pour chaque pathologie entrant dans le champ de la commission : un coût moyen transversal et un coût moyen longitudinal.

Ces coûts moyens se définissent de la façon suivante :

- le coût transversal : Il s'agit pour une pathologie donnée de rapporter l'ensemble des coûts (somme des prestations en espèces et en nature) des sinistres ayant donné lieu à un versement en 2010, au nombre de sinistres ayant engendré ces coûts en 2010 (quelle que soit l'année de reconnaissance de ces sinistres). Ce nombre de sinistres comprend aussi bien les sinistres ayant donné lieu à un versement en espèce que ceux n'ayant entraîné aucun coût pour la branche (cf. encadré 1).

- le coût moyen longitudinal : Il s'agit pour une pathologie donnée de diviser l'ensemble des coûts observés sur 3 ans se rapportant aux sinistres ayant fait l'objet d'un premier versement de prestation en espèces en 2010 ; par le nombre de sinistres reconnus au titre de cette pathologie au cours de l'année 2010. Ici encore on inclut dans le nombre de ces sinistres ceux n'ayant entraîné aucun frais (cf. encadré 1).

Les données transmises par la DRP permettent de distinguer les coûts⁷⁰ qui découlent des prestations en nature (remboursements de soins), de ceux qui découlent des prestations en espèce (indemnités journalières) (cf. tableau 8).

Encadré 1 : les maladies professionnelles "sans frais"

Une partie des victimes d'accidents du travail ou de maladies professionnelles apparaît dans les statistiques de la branche AT-MP comme n'ayant engendré aucun frais, ni en remboursement de soins, ni en indemnités journalières (cf. tableau 7). Les pourcentages de personnes reconnues en accident du travail ou maladie professionnelle ne consommant pas, c'est-à-dire n'ayant ni remboursement de soins, ni indemnités journalières, varient beaucoup d'une pathologie à l'autre.

Tableau 7 : Pourcentages de maladies professionnelles n'engendrant aucun frais pour la branche AT/MP

	% de MP reconnues sans frais en 2010
Canal carpien	14%
Epaule enraidie/douloureuse	7%
Tendinite du coude	12%
Tendinite de la main et des doigts	13%
Affections du rachis lombaire	8%
Surdité	10%
Dermatoses allergiques et irritatives	24%
Asthme	15%
BPCO	64%

Source : Direction des risques professionnels – CNAMTS - 2013

Les explications de ce phénomène sont multiples. Il peut s'agir d'une déclaration par précaution d'une maladie pas encore vraiment installée, ou bien d'une maladie qui disparaît parce que la personne n'est plus exposée du fait d'un changement de métier (asthme) ou bien encore parce qu'il n'y a pas de traitement possible (surdité). Toutefois, il est probable que pour une autre partie, l'information n'a pas été enregistrée au bon endroit (dépenses non déclarées en maladie professionnelle), ou pas enregistrée pour la bonne personne, la bonne période, le bon acte (erreurs de saisie). Dans ce cadre, ces cas déclarés sans coût constitueraient une sous-déclaration. En l'état, il n'est pas possible pour la commission de préciser quelle part de ces frais nuls est due à une mauvaise imputation. Des études de nature à expliquer complètement ce phénomène seraient utiles.

⁷⁰ Ces coûts seront par ailleurs vieilliss conformément au taux d'évolution de l'ONDAM jusqu'en 2012 (cf. encadré 3 *infra*).

Tableau 8 : Coûts moyens transversaux, longitudinaux et taux moyen d'indemnités journalières par pathologies –2010

Pathologie	Coûts transversaux (2010)			Coûts longitudinaux (2010, 2011, 2012)		
	IJ	PN	CM total	IJ	PN	CM total
Canal carpien	1674	368	2043	2305	440	2745
Epaule enraidie	2861	860	3721	6534	1 666	8200
Tendinite du coude	1877	396	2274	3202	600	3802
Tendinite de la main et des doigts	1677	337	2013	2381	404	2785
Affections du rachis lombaire	3062	1 054	4116	8469	2 082	10552
Surdité	125	162	287	185	49	234
Dermatoses allergiques	1038	253	1292	2035	133	2168
Asthme	1019	682	1701	3138	393	3531
BPCO	226	2 154	2379	1620	598	2218

IJ : indemnités journalières, PN : prestation en nature

Source : Direction des risques professionnels de la CNAMTS- juin 2013, calcul DSS

Dans le cas de sinistres (accidents ou maladies) d'origine professionnelle, l'indemnité journalière (IJ) est égale à 60 % du salaire journalier de base pendant les 28 premiers jours d'arrêt et 80 % après. Le taux d'IJ moyen effectif résulte donc de la proportion du nombre de jours avec un taux d'IJ à 60 % et à 80 % : il varie en conséquence selon la pathologie considérée. A l'inverse, lorsque le sinistre n'est pas d'origine professionnelle, l'indemnité journalière est égale à 50 % du salaire journalier.

Dans la mesure où la commission cherche à évaluer le coût subi par la branche maladie de la sous-déclaration des sinistres d'origine professionnelle, un redressement du montant d'IJ moyen sur la base de 50 % est opéré lors de l'utilisation des statistiques provenant de la branche AT-MP. La valeur du montant d'IJ "maladie" pour chaque pathologie est calculée de la façon suivante :

$$IJ_{\text{maladie}}^{\text{patho } i} = IJ_{\text{AT-MP}}^{\text{patho } i} \times \frac{50\%}{\text{Taux IJ moyen}^{\text{patho } i}}$$

De façon analogue, la DRP a fourni les coûts moyens transversaux des accidents du travail avec et sans arrêt pour 2010⁷¹, d'une valeur respective de 2 350 € et 229 €. Pour les accidents du travail sans arrêt, la commission n'a pas retenu ceux à frais nul puisque le questionnaire de la DARES permettant d'évaluer le nombre d'accidents sous-déclarés précise bien que doivent être comptabilisés seulement les accidents ayant engendré des frais (*cf. supra*).

⁷¹ Ces coûts sont également vieillis conformément au taux d'évolution de l'ONDAM jusqu'en 2012 (*cf. encadré 3 infra*).

3-2- Cas particulier : l'estimation du coût des cancers

Cette estimation du coût des cancers est basée sur une étude de l'institut national du cancer⁷²

- Présentation :

L'étude de l'institut national du cancer (INCA) a déjà été utilisée par les commissions de 2008 et 2011. Elle fait le bilan de l'ensemble des coûts directs et indirects des cancers. Cela comprend aussi bien les coûts liés aux soins thérapeutiques prodigués par la médecine conventionnelle à la charge de l'assurance maladie, que les coûts afférents aux pertes de production induits par les arrêts de travail, ainsi que l'ensemble des financements liés à la prévention, au dépistage ou à la recherche. Cependant, on limitera ici la présentation aux coûts liés aux seuls soins curatifs délivrés par les établissements de santé et les professionnels libéraux exerçant en ville. Ce périmètre restreint aux soins ne tient pas compte des indemnités journalières⁷³. Les soins de support et les soins palliatifs ne sont pas comptabilisés. Les soins de suite et le coût des hospitalisations à domicile ne sont également pas pris en compte. Enfin, les interventions de professionnels comme les assistantes sociales, les associations de patients et médecins non conventionnels ne font pas partie de l'analyse.

L'étude de l'INCA présente l'avantage d'avoir examiné les coûts hospitaliers de manière précise en actualisant une étude publiée en 1999 à partir des données du programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) et de la base statistique annuelle des établissements (SAE, Borella, Finkel et al. 2002). Pour les soins de ville et leur ventilation, elle combine les résultats de deux études, celle concernant les comptes nationaux de la santé (Fenina, Geffroy et al. 2006) et l'étude CNAMTS de la région Midi-Pyrénées (Weill, Chinaud et al. 2005). En raison d'écarts importants du poids du médicament entre ces deux études, des hypothèses de redressement ont été utilisées pour tenir compte des biais présents dans chacun des résultats. Les montants obtenus sont des ordres de grandeur qu'il convient de considérer comme tels.

Le coût des soins du cancer en établissements de santé représente 7,2 milliards et celui des soins en ville représente 3,7 milliards en 2004, soit au total 10,9 milliards (cf. tableau 9).

Tableau 9 : Coûts des cancers en 2004 (en €)

Soins en établissements de santé	7 184 885 521	66%
Valorisation des séjours base PMSI 2004	6 240 969 055	57%
Radiothérapie privée	398 362 685	4%
Molécules onéreuses	470 553 781	4%
MIGAC	75 000 000	1%
Soins de ville	3 701 304 663	34%
Soins ambulatoires	1 632 928 528	15%
Médicaments et autres biens médicaux	1 415 204 724	13%
Transport	653 171 411	6%
TOTAL	10 886 190 184	100%

Source : Analyse économique des coûts du cancer en France – INCA – 2007

⁷² Analyse économique des coûts du cancer en France, INCA, mars 2007.

⁷³ Les montants imputables aux cancers au titres des indemnités journalières sont ajoutés dans le chiffrage par la suite (cf. *infra*).

Afin de pouvoir utiliser les données issues de l'étude de l'INCA, un redressement du champ au périmètre du régime général hors sections locales mutualistes (correspondant au champ du régime général pour la branche AT-MP) est effectué. En 2004, ce champ couvre 47,1 millions de personnes en France⁷⁴, ce qui représente un poids de 75,5 % au sein de la population totale⁷⁵.

- Actualisation :

Actualisation du coût des prestations en nature :

Pour l'actualisation de la part du coût imputable aux prestations en nature on se base sur l'évolution des dépenses imputables aux ALD sur la période 2005-2010 puis sur l'évolution des dépenses liées à la prise en charge des cancers sur la période 2010-2012⁷⁶. Entre 2005 et 2010, la croissance du nombre de personnes en ALD (maladies cardiovasculaires, diabète et cancer notamment) a eu plus d'impact sur l'augmentation des dépenses liées aux ALD que l'évolution du coût moyen des affections. Sur cette période, les effectifs en ALD ont progressé en moyenne de 3,7 %, expliquant les 3/4 de la progression annuelle moyenne du total des dépenses de soins pour les patients en ALD. Pour le seul cancer, la croissance annuelle moyenne des effectifs est de +5,2 %, pour une progression du coût total des soins de +2,7 % en moyenne annuelle. Depuis 2010, le taux de croissance annuel moyen des dépenses liées à la prise en charge des cancers est de 2% (cf. encadré 2).

Compte tenu de ces évolutions, le montant INCA de 10,9 milliards d'euros en 2004 s'établirait à 13,9 milliards d'euros pour 2012. Sur le seul périmètre de la population du régime général hors section locales mutualistes, soit 75,5 % du champ du coût total, le coût du cancer est évalué à 10,5 milliards d'euros⁷⁷ pour les prestations en nature.

Actualisation du coût des prestations en espèces :

L'INCA ne chiffrant pas le coût des indemnités journalières, il a été estimé grâce à une étude de la CNAMTS réalisée en 2008⁷⁸. Le taux de recours aux indemnités journalières par patient s'élève à 12,2 %. Le coût moyen de 2004 est de 4 606 €, son montant est logiquement corrélé à l'évolution du salaire moyen de base, ce qui porte ce montant à une valeur d'un peu plus de 5 550€ en 2012. Ce coût moyen d'IJ maladie peut ensuite être converti en coût moyen d'IJ MP en appliquant la formule présentée *supra*, en considérant un taux moyen d'IJ de 78% : il est ainsi estimé à 8 670 €. Appliqué aux près de 1,72 million d'assurés estimés pour 2012 et sous l'hypothèse d'un taux de recours aux IJ stable sur la période (12,2%), le montant total des prestations en espèces relatives aux cancers serait de l'ordre de 1,8 milliard d'euros pour 2012.

Au total, le coût global des cancers pour le régime général, y compris les indemnités journalières, s'établirait à 12,3 milliards d'euros en 2012. En rapportant ce coût total au

⁷⁴ « Les aspects économiques des affections de longue durée », Vallier et al., Actualité et Dossier en Santé Publique n°59, juin 2007.

⁷⁵ Selon l'INSEE, la population française France entière au 1^{er} janvier 2005 s'établissait à 61,2 millions d'habitants.

⁷⁶ La CNAM a abandonné la nomenclature ALD pour une cartographie par grands groupes de pathologies à cette période.

⁷⁷ Cette actualisation s'appuie donc sur l'évolution observée des dépenses de soins consacrées aux cancers par la branche assurance maladie (dépenses ALD 30) pour les années 2005 à 2010 (estimation pour 2010). Lors de la précédente commission de 2008, le coût total de l'INCA 2004 avait été prolongé jusqu'en 2006 à partir de la croissance annuelle moyenne du coût total des dépenses d'ALD 30 observée sur les 10 années précédentes, de 1994 à 2004 (source : point de repères n°3, Coût des trente affections de longue durée pour l'assurance maladie, octobre 2006).

⁷⁸ cf. Rapport de la commission instituée par l'article L.176-2 du code de la sécurité sociale, juillet 2008.

nombre de malades ALD atteints de cette pathologie (1,72 million de personnes), un coût moyen de 7 200 € peut être obtenu. En excluant les IJ, le coût moyen baisse à environ 6 100€.

Ces valeurs de coûts moyens sont du même ordre de grandeur que celles issues de l'étude de la CNAMTS⁷⁹ évoquée *infra* (cf. encadré 2). En effet, le coût moyen pour l'ALD « tumeurs malignes » en 2004 s'établissait à 8 572 € pour l'ensemble des soins et 5722 € sur le périmètre des soins en rapport avec la maladie. En considérant une progression annuelle moyenne de 1,4 % (soit croissance annuelle moyenne des remboursements à coût constant), cela revient à un coût moyen estimé pour 2012 de respectivement 9 580€ pour le coût total et 6 395 € pour les soins « en rapport ».

Compte tenu des estimations relatives à la fréquence des cancers d'origine professionnelle, soit une fourchette basse portant à 3% le nombre de cancers d'origine professionnelle chez les hommes (contre 1,5 % chez les femmes) et une fourchette haute de 6 % de cancers d'origine professionnelle chez les hommes et les femmes, et sous l'hypothèse que la population étudiée est composée à 58% d'hommes et 42% de femmes, on peut estimer le coût de la sous-déclaration des cancers entre 279 M€ et 728 M€ en 2012.

⁷⁹ Actualisation sur données 2010 de la description des dépenses et coûts moyens 2008 publiés dans son rapport annuel 2010 sur les charges et produits de l'assurance maladie « Propositions de l'assurance maladie sur les charges et produits pour l'année 2011 » conseil Cnamts du 8 juillet.

Encadré 2 : Eléments de coûts issus de l'assurance maladie

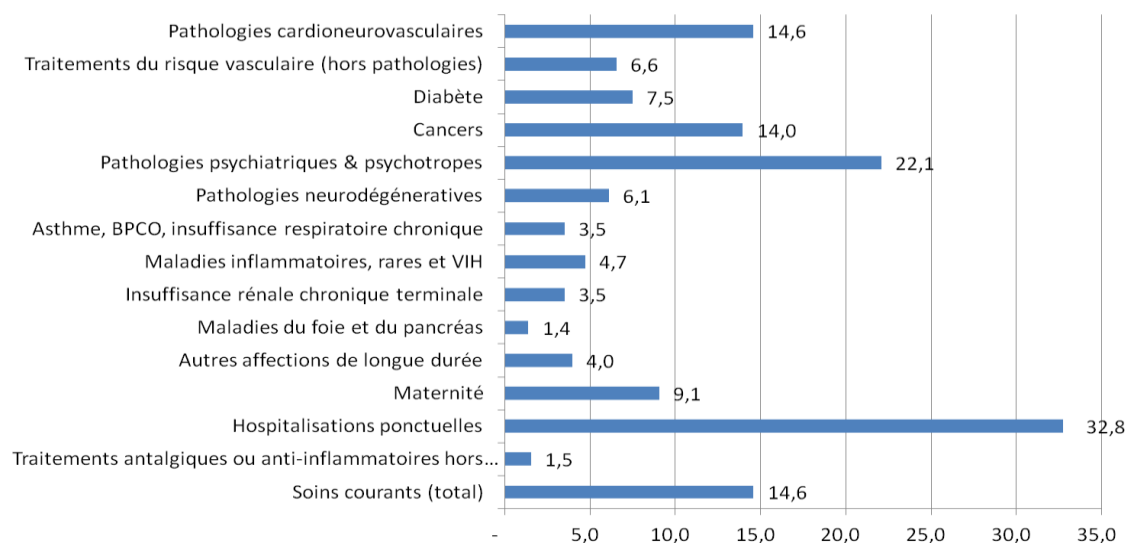
Les cancers entrent dans le champ de la cartographie des groupes de pathologies réalisée par la CNAMTS et présentée chaque année dans son rapport sur les charges et produits de la caisse. Jusqu'en 2010, les cancers faisaient partie des affections classés par l'assurance maladie en catégorie ALD 30 « tumeurs malignes ».

Ainsi, en 2012, les cancers représentent une dépense de 14 Md€, soit 10% des dépenses d'assurance maladie pour l'ensemble des régimes. A ce titre, ce groupe de pathologies est le deuxième poste de dépense, à égalité avec les pathologies cardiovasculaires et derrière les pathologies psychiatriques. Les cancers concernent 2,4 millions de personnes, soit 4,1% des bénéficiaires. On doit distinguer au sein de l'ensemble des cancers ceux dits « actifs » (ayant donné lieu à une hospitalisation ou une mise en ALD en 2010 ou 2011) qui représentent 11,7 Md€ des dépenses (soit 80 % des dépenses imputables aux cancers) et concernent 39% des malades ; et les cancers dits « surveillés » (plus de deux ans) qui ne pèsent qu'à hauteur de 20% des dépenses imputables aux cancers alors qu'ils concernent 61% des malades. Ainsi, si le coût moyen d'un cancer en 2012 est égal à 5 180 €, il est de 10730 € lors de sa phase active et de 1 580 € ensuite.

De 2005 à 2010, l'augmentation des dépenses associées aux cancers sur la période 2005-2010 (+2,7 %) a été portée par la croissance des effectifs (+5,2 % en moyenne annuelle). Ce dynamisme des effectifs de patients atteints de cancers s'explique à la fois par des facteurs épidémiologiques et démographiques (allongement de la durée de vie) et par une meilleure détection des maladies (développement des programmes de dépistage).

Les dépenses remboursées (tous régimes) liées à la prise en charge des cancers ont augmenté de 4,1% entre 2010 et 2012 (Taux de croissance annuel moyen de 2,0%). Ce taux d'évolution des dépenses a été estimé à méthodologie constante de traitement des ALD (*ie.* même méthodologie sur 2010, 2011 et 2012), afin de ne pas prendre en compte dans le taux d'évolution l'impact de la modification de la méthodologie de traitement des ALD intervenue en 2012.

A titre indicatif, le graphique ci-dessous présente les dépenses 2012 par grandes catégories de pathologies (pour les traitements et hospitalisations ponctuelles en Md€).



Source : CNAM – Rapport « Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses : propositions de l'Assurance Maladie »

Encadré 3 : Taux de croissance de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie

L'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM), est le montant prévisionnel établi annuellement pour les dépenses de l'assurance maladie en France. Cet objectif concerne les dépenses remboursées par l'ensemble des régimes d'assurance maladie. Il ne comprend pas les frais non couverts par l'assurance maladie, tels que le ticket modérateur, les dépassements d'honoraires médicaux, les prestations exclues de par leur nature du remboursement.

Cet objectif est divisé en six sous catégories : dépenses de soins de ville ; dépenses relatives aux établissements tarifés à l'activité ; autres dépenses des établissements de santé ; dépenses relatives aux autres modes de prise en charge ; contribution aux dépenses des établissements et services pour personnes âgées et contribution aux dépenses des établissements et services pour personnes handicapées.

A l'origine, le montant de l'ONDAM de l'année t était fixé en appliquant un taux d'évolution par rapport à l'ONDAM de l'année $t-1$. Depuis 2000, le taux d'évolution est appliqué par rapport à la dépense effective en $t-1$. A ce titre, le Tableau 10 renseigne l'évolution de la dépense effective sur la période 2005-2013.

Tableau 10 : Evolution de l'ONDAM réalisé – 2005-2013

Année	taux d'évolution
2005	4,00%
2006	3,20%
2007	4,00%
2008	3,50%
2009	3,60%
2010	2,60%
2011	2,70%
2012	2,30%
2013	2,40%

Source : CCSS 2013

4- Synthèse : évaluation de la sous-déclaration des accidents du travail et des maladies professionnelles

Le tableau suivant synthétise l'évaluation du coût de la sous-déclaration en présentant le nombre de cas sous-déclarés pour chaque pathologie et accident ainsi que les coûts moyens associés retenus par la commission en euros 2013 :

Pathologies professionnelles		Nombre de cas sous-déclarés	Coût moyen annuel	Coût total de la sous-déclaration (M d'€)
Principales affections périarticulaires	Canal carpien	9 905	2 953	29
	Tendinopathies de l'épaule	84	8 822	1
	Tendinopathies du coude	6 531	4 090	27
	Tendinopathies de la main et des doigts	2 518	2 996	8
Cancers professionnels		2,3 à 6%*	7 208	280 à 729
Affections du rachis lombaire		1 334 à 3 717	11 352	15 à 42
Surdité		11 825	309	4
Dermatoses allergiques et irritatives		8 441 à 11 981	2 333	20 à 28
Asthme		104 808 à 158 262	1 830	192 à 290
Broncho-pneumopathie chronique obstructive		8 781 à 26 481	2 560	22 à 68
Accidents du travail	Avec arrêt	36 531	2 350	86
	Sans arrêt	55 889	229	13
TOTAL				695 à 1 323

* Cette fourchette correspond à la fraction de cancers attribuables à l'activité professionnelle.

La sous-déclaration des accidents du travail et des maladies professionnelles peut être évaluée à une fourchette allant de 695 millions d'euros et 1,3 milliards d'euros.

Par rapport à l'évaluation précédente, on peut noter :

- une baisse significative du coût de la sous-déclaration des quatre principales affections périarticulaires (canal carpien, tendinopathies de l'épaule, du coude des mains et des doigts) : -38% ;
- l'introduction des affections du rachis (non chiffrées lors de précédentes commissions) ;
- une forte augmentation du coût de la sous-déclaration liée à l'asthme suite à une révision de la donnée de prévalence, sur la base des travaux scientifiques publiés.

PARTIE V

Préconisations de la commission

1°) Les médecins

- Formation et information des médecins :

- une formation et une sensibilisation des étudiants en médecine dès le 2° cycle ainsi que des modules de formation adaptés à la pratique, sont manifestement nécessaires ;

- en 3° cycle, il conviendrait que soit expressément inscrite la nécessité d'un module théorique d'enseignement en médecine du travail, aussi bien pour les médecins généralistes (pour les pathologies fréquemment rencontrées dans leur pratique comme les TMS, les asthmes ou les premiers stades de BPCO) que pour les spécialistes. Dans les deux cas, il faudrait que dans les modules de médecine générale et de spécialités concernées par les MP (ex : oncologie), les causes professionnelles possibles soient obligatoirement abordées ;

- la formation continue des médecins étant devenue une obligation dans le cadre du DPC, il faudrait parvenir à intéresser les organismes de formation agréés « DPC » à proposer des formations sur les pathologies professionnelles intégrant les avantages et les inconvénients, pour les patients, conséquences pratiques incluses, des déclarations ou de la non-déclaration ;

- il conviendrait d'encourager les sociétés savantes médicales, comme le font déjà certaines, à assurer une large diffusion des outils qu'elles ont développés ;

- La médecine du travail :

- il conviendrait de confier aux infirmières des entreprises et aux agents de prévention le rôle d'informer les salariés des possibilités et des modalités de déclaration de MP, compte tenu notamment de la pénurie de médecins du travail.

2°) Les victimes

La réglementation actuelle sur les possibilités de cumuls entre rente AT-MP et pension d'invalidité défie toute description claire et simple, hors de portée de la majorité des salariés. Il convient donc de simplifier et de mettre en cohérence les réglementations applicables en AT-MP et en invalidité afin que les salariés ne puissent pas être pénalisés financièrement pour avoir fait à l'aveugle le choix de la déclaration en MP.

3°) Les entreprises

- il convient de poursuivre les efforts de contrôle par les corps d'inspection. La réforme de 2014 qui renforce les compétences, les pouvoirs et l'organisation collective de l'inspection du travail devrait y contribuer. Il convient également de continuer à mobiliser les acteurs des conventions d'objectifs conclues avec les organisations professionnelles concernées ;

- les pouvoirs publics doivent se préoccuper des modalités de conservation et d'archivage des DUER, en particulier lors de la disparition d'une entreprise et de la possibilité d'utiliser éventuellement le dispositif de traçabilité qui sera développé dans le cadre du compte personnel de prévention de la pénibilité (encore en gestation) dans la lutte contre la sous-déclaration des MP possiblement liées aux facteurs de pénibilité réglementaires.

4°) La prise en charge des soins et actes relevant de la branche AT/MP

Les agents hospitaliers concernés doivent être davantage attentifs à signaler le caractère professionnel d'un accident ou d'une maladie.

Il convient de veiller à ce que la mise en place de la facturation individuelle en 2018 prenne en compte la dimension AT-MP.

5°) L'actualisation des tableaux des maladies professionnelles

Il conviendrait de poursuivre l'actualisation des tableaux de maladies professionnelles pour tenir compte des connaissances épidémiologiques et scientifiques nouvelles.

6°) L'amélioration de la collecte de l'information

- il serait intéressant que les données existantes (InVS, ANSES, CNAM, Inserm, IRDES...) soient régulièrement analysées et croisées entre elles, afin d'obtenir des indicateurs les moins biaisés possibles. Un groupe de réflexion se réunissant chaque année pourrait être mis en place afin de présenter et discuter de l'avancée des connaissances ;

- il conviendrait que les caisses continuent ou reprennent leurs actions d'examen des conditions de travail dans les entreprises et, quand une entreprise est en cause dans un dossier, que le CRRMP puisse disposer de l'éventuel rapport de contrôle.

ANNEXES

Annexe n° 1

Suites données aux préconisations de la précédente commission (rapport de juillet 2011)

Recommandations	Mise en œuvre
1) Les médecins	
- Formation et information des médecins	
<p>1. Les ministères chargés de la santé et de l'enseignement supérieur devraient s'attacher à ce que les commissions nationales compétentes pour définir les maquettes d'enseignements obligatoires (CNIPI ET CPNES) imposent un enseignement portant sur la connaissance des pathologies professionnelles (et sur la procédure de déclaration de ces dernières), afin que soient mises en œuvre les mesures prévues par l'action 32 du PST 2.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Dans le cadre du deuxième cycle des études de médecine, un arrêté du 8 avril 2013 <i>relatif au régime des études en vue du premier et deuxième cycle des études médicales</i> prévoit une unité d'enseignement relative notamment à la santé au travail, dans le cadre du tronc commun des objectifs généraux de la formation. Elle porte sur l'environnement professionnel et la santé au travail, l'organisation de la médecine du travail et la prévention des risques professionnels, les accidents du travail et les maladies professionnelles. - Dans le cadre du troisième cycle des études de médecine, le contenu des diplômes de spécialité médicale est déterminé par des « maquettes » établies par arrêté conjoint des ministres chargés de l'enseignement supérieur et de la santé. La maquette de formation de médecine du travail, précisée au sein de l'arrêté du 22 septembre 2004 <i>relatif à la liste et réglementation des diplômes d'études supérieures de médecine</i>, prévoit parmi les enseignements théoriques un enseignement sur les pathologies professionnelles. Les autres maquettes de formation, et notamment celle de la médecine générale, ne contiennent pas à ce jour d'enseignement théorique relatif aux pathologies professionnelles.
<p>2. Il conviendrait de conduire des actions de sensibilisation auprès des présidents d'université pour que soient instaurés (ou valorisés s'ils sont rendus obligatoires par les maquettes métiers) les cours sur les pathologies professionnelles durant la formation initiale des médecins, et conduire des actions similaires pour la formation continue des médecins.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - La commission constate que l'absence d'avancée sur ce point peut trouver une explication dans l'autonomie croissante des universités. Elle a toutefois approfondi sa réflexion pour tenir compte de la mise en place d'une systématisation de la formation continue des médecins.
<p>3. Il conviendrait d'encourager les sociétés savantes médicales à réaliser des outils d'information et d'aide au repérage des maladies professionnelles pouvant être utilisés par les médecins traitants et dans les centres de consultation des pathologies professionnelles, à l'instar du questionnaire de</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Des actions ont été conduites dans le cadre du plan cancer 2009-2013 : mise en place de la déclaration obligatoire des mésothéliomes dont l'objectif est de renforcer la connaissance des cancers liés à l'amiante. - Mise en place par l'InVS d'un dispositif de recueil des signalements de cancers en population générale et en milieu professionnel qui s'est traduite par des conventions signées entre l'InVS et les médecins traitants.

<p>repérage des expositions professionnelles chez les sujets atteints de cancer bronchique primitif réalisé par la Société de pneumologie de langue française.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Les fiches repère de l'Institut national du cancer (INCA) s'adressent aux professionnels dont les généralistes. Celle relative aux cancers professionnels mentionne les modalités de déclaration ; idem pour celles traitant des différents cancers liés à un risque professionnel. - L'information des professionnels de santé sur le volet sanitaire des risques liés à l'environnement s'inscrit dans le cadre du Plan National santé environnement 2 (PNSE2). L'action 55 du PNSE2 porte sur la formation en santé environnement et santé travail des professionnels de santé. - Dans ce cadre, la DGS avec le ministère chargé de l'environnement a cofinancé en 2011, 2012 et 2013, à titre expérimental, une action de formation continue de médecins généralistes. Objectif : formation d'une quarantaine de formateurs régionaux sur le thème « cancer et environnement ». Dispositif appelé à se poursuivre dans le cadre du Développement Professionnel Continu (DPC), appuyé par certaines ARS. - La réalisation d'outils d'information en direction des médecins généralistes pourrait être réalisée aux travers des thèmes proposés dans le cadre du DPC (compétence de la DGOS).
<p>- La médecine du travail</p>	
<p>4. Il conviendrait d'examiner la possibilité de confier aux infirmières des entreprises et aux agents chargés de la mise en œuvre des règles d'hygiène et de sécurité (ACMO) la déclaration de MP compte tenu notamment de la pénurie de médecins du travail.</p>	<p>Aucune réforme n'a été menée précisément en ce sens. Cependant, le troisième Plan cancer (2014-2019) s'inscrit dans cette logique. En effet, le quatrième objectif du Plan cancer 3 prévoit la création d'un métier d'infirmier clinicien qui sera déployé prioritairement dans le champ de la cancérologie « pour faire face aux besoins nouveaux, notamment en matière de suivi des chimiothérapies orales ou de coordination des parcours ». Le déploiement des premières formations d'infirmier clinicien est prévu pour la rentrée universitaire 2016.</p>
<p>5. Lorsque les médecins du travail sont appelés par la CNAMTS à émettre un avis motivé sur la maladie et l'exposition au risque, il faudrait éviter la confusion entre les circuits propres aux CRRMP et ceux propres à la déclaration de droit commun (maladies mentionnées dans les tableaux). A cette fin, la CNAMTS devrait utiliser deux formulaires différents pour que le médecin du travail sache dans quel cadre son avis lui est demandé.</p>	<p>Le courrier-type adressé par les caisses au médecin du travail en vigueur depuis 2009 mentionne dans son objet : « Système complémentaire de reconnaissance des maladies professionnelles – Demande d'avis motivé » et précise dans le corps de la lettre « pour me permettre d'adresser le dossier au secrétariat du CRRMP ».</p>
<p>6. Il conviendrait de communiquer à destination des victimes, des médecins du travail (en entreprise comme en centre de consultation de pathologie professionnelle) et</p>	<p>Cette préconisation n'a pas donné lieu à concrétisation. La formulation retenue en 2011 permettait de comprendre que, plus qu'une amélioration de nature pédagogique, la commission suggérait une simplification de la réglementation. Elle n'a pas changé d'avis.</p>

des assistantes sociales sur les possibilités de cumuls entre rente AT-MP et pension d'invalidité, la réglementation en la matière confinant à l'opacité.	
2) Les victimes	
7. Un guide concernant les droits et les démarches à accomplir devrait être élaboré par la CNAMTS et remis aux victimes pour qu'elles connaissent, outre les démarches à accomplir pour déclarer une maladie professionnelle ou un accident du travail, l'ensemble des prestations auxquelles elles peuvent avoir droit.	La CNAMTS a diffusé et mis en ligne sur son site Ameli début 2012 des informations sur les droits et démarches de la personne victime d'un accident du travail, d'une maladie professionnelle ou d'un accident de trajet.
8. Une aide à la déclaration et aux démarches administratives pourrait être confiée aux assistantes sociales des organismes de sécurité sociale qui exercent déjà de telles démarches pour les personnes qui sollicitent une pension d'invalidité. Elles pourraient également informer les personnes sur leurs droits aux diverses prestations et leur cumul (notamment cumul possible d'une rente AT/MP et d'une pension d'invalidité ou avec l'allocation aux adultes handicapés).	Aucune disposition n'a été prise pour mettre en œuvre cette huitième préconisation, qui supposerait une augmentation du nombre des assistantes sociales des organismes chargés de l'assurance maladie et de la santé au travail. Cependant, la commission a relevé que des avancées ont été réalisées au niveau local
3) Les entreprises	
9. Il conviendrait de poursuivre les efforts de contrôle par les corps d'inspection et d'encourager l'accompagnement de la mise en œuvre de la réglementation notamment par l'élaboration de conventions d'objectifs avec les organisations professionnelles concernées.	A ce jour, 5 conventions ont été signées avec pour objectif commun d'accompagner les entreprises dans la mise en œuvre de la réglementation prévue par le code du travail en matière de prévention des risques professionnels et principalement du risque chimique (cf. courrier 09/01/14) : <ul style="list-style-type: none"> - <i>Conventions CMR</i> (cancérogène, mutagène et toxique pour la reproduction) signées le 21 avril 2008 et ses avenants du 14 juin 2011. - <i>Convention « poussières de bois »</i> signée le 27 mars 2012. - <i>Convention « garage »</i> signée le 27 mars 2012. - <i>Convention « formaldéhyde »</i> signée le 27 mars 2012. - <i>Convention pour la mise en œuvre de la santé au travail dans les travaux publics</i> signée le 29 mars 2012. <p>Les bilans réalisés chaque année des actions menées dans le cadre de ces différentes conventions montrent une amélioration de la mise en œuvre de la réglementation relative à la santé et à la sécurité des travailleurs. Néanmoins, il convient de rester vigilant et de continuer à mobiliser les acteurs de ces conventions.</p>

	<p>S'agissant de la poursuite des efforts de contrôle pour les corps d'inspection, un projet de réforme du système de l'inspection du travail doit être présenté au Parlement dans le cadre du projet de loi sur la formation professionnelle et la démocratie sociale début 2014 et sera mise en œuvre progressivement durant l'année. Ce projet renforce les compétences, les pouvoirs et l'organisation collective de l'inspection du travail.</p>
4) La prise en charge des soins et actes relevant de la branche AT-MP	
<p>10. Il conviendrait de mieux informer les professionnels de santé sur les modalités d'enregistrement des soins et prescriptions en AT/MP lors de l'établissement des flux électroniques Sesam- Vitale.</p>	<p>Les établissements de santé poursuivent leurs efforts pour mettre en œuvre effectivement la circulaire N° DHOS/F4/2009/319 du 19 octobre 2009 relative aux règles de facturation des soins dispensés dans les établissements de santé, qui explicite les modalités de signalement des AT-MP lors de la facturation à destination des caisses.</p>
<p>11. Il conviendrait de mettre en œuvre les recommandations antérieures de la commission relatives aux établissements de santé, en visant concurremment leurs directions et les présidents de CME.</p>	<p>D'après la CNAMTS, les établissements de santé poursuivent leurs efforts pour mettre en œuvre effectivement la circulaire N° DHOS/F4/2009/319 du 19 octobre 2009 relative aux règles de facturation des soins dispensés dans les établissements de santé, qui explicite les modalités de signalement des AT-MP lors de la facturation à destination des caisses. Cependant, la commission a souligné la persistance de difficultés pratiques dans les hôpitaux. Selon la CNAMTS, il faut attendre le passage à la facturation individuelle, en 2018, pour pouvoir y remédier.</p>
5) L'actualisation des tableaux de maladies professionnelles	
<p>12. Il conviendrait de poursuivre et d'accélérer l'actualisation des tableaux de maladies professionnelles pour tenir compte des connaissances épidémiologiques et scientifiques nouvelles.</p>	<p>Trois tableaux de maladies professionnelles ont été révisés depuis 2011 :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Le tableau n°57 relatif aux affections périarticulaires provoquées par certains gestes et postures de travail, en ses paragraphes A et B respectivement relatifs à l'épaule et au coude (décret n° 2011-1315 du 17 octobre 2011 et décret n° 2012-937 du 1er août 2012). Le paragraphe C relatif au poignet, à la main et aux doigts est en cours de révision ; • Le tableau n°15 ter relatif aux lésions prolifératives de la vessie provoquées par certaines amines aromatiques et leurs sels (décret n°2012-936 du 1er août 2012) ; • Le tableau n° 40 relatif aux maladies dues aux bacilles tuberculeux et à certaines mycobactéries atypiques (décret n° 2014-605 du 6 juin 2014).
6) L'harmonisation des taux de reconnaissance et des taux d'IP attribués par les médecins conseils	
<p>13. La CNAMTS doit prolonger les actions d'harmonisation des taux de reconnaissance entre caisses menées sur les accidents de trajet et le tableau n° 57 membres supérieurs et les étendre à d'autres pathologies. Par ailleurs, elle devrait poursuivre son effort de</p>	<p>Un audit a été réalisé par la CNAMTS au premier semestre 2012 sur les disparités de pratiques en matière de reconnaissance des TMS. La mission s'est attachée plus particulièrement à :</p> <ul style="list-style-type: none"> - mesurer les progrès accomplis par rapport aux constats du rapport de la commission de 2008, qui montraient de fortes hétérogénéités dans les délais de traitement et les taux de reconnaissance ;

<p>définition de critères communs pour la fixation de taux d'IP homogènes par les médecins conseils.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - identifier les progrès restant à réaliser ; - s'assurer de l'existence et de la mise en œuvre de la coordination régionale à ce sujet. <p>Des plans d'action pour harmoniser les pratiques sont prévus dans la COG AT-MP 2014-2017 signée le 30 décembre 2013. La CNAMTS a mis en place, depuis 2010, et en sus de la démarche qualité déjà existante, un dispositif de contrôle interne afin de vérifier la bonne application des procédures par le service médical. Les premières cibles ont été les procédures d'attribution et de révision du taux d'IP par les médecins conseils, à travers notamment des revues de dossiers au niveau régional (vérifications du traitement conforme aux procédures de certains dossiers tirés au sort). En outre, la direction du réseau a réalisé un audit de procédure portant sur la procédure d'attribution du taux d'IP en 2011 et un audit de suivi sur dossiers en 2012.</p>
<p>7) L'amélioration de la collecte de l'information</p>	
<p>14. La CNAMTS a engagé un programme à destination des entreprises visant à repérer les atypismes des arrêts maladie. Toutefois, cette démarche repose sur des requêtes ponctuelles auprès des caisses et il est souhaitable de généraliser, comme l'envisage d'ailleurs la CNAMTS, une approche de ce type, permettant de suivre les arrêts « maladie » indemnisés en relation avec l'activité professionnelle des assurés, ce qui requiert une évolution des systèmes d'information pour faire partie intégrante du SNIIRAM (système national d'information inter-régimes d'assurance maladie). L'objectif serait d'obtenir une cartographie des arrêts maladie par bassin d'emploi, ouvrant ainsi des perspectives nouvelles en matière de prévention.</p>	<p>Pour l'année 2013, le programme d'actions retenu par la CNAMTS au titre de la maîtrise médicalisée en entreprise est orienté sur une approche médicalisée de gestion du risque portant sur une pathologie ciblée : le syndrome du canal carpien.</p>

Annexe n° 2
Statistiques des visites de la rubrique « droits et démarches »
du site Ameli

Document produit par la CNAMTS pour la Commission instituée par l'article L. 176-2
du code de la sécurité sociale

Visites Ameli - Espace assuré > Droits et démarches

Année	Pages / rubrique	Nb visites
2011	Total visite MP	442 995
	Total visite AT	512 348
	Total visite ALD	484 082
	Total visite Droits et démarches	6 731 162
2012	Total visite MP	573 672
	Total visite AT	757 728
	Total visite ALD	563 973
	Total visite Droits et démarches	9 934 704
2013	Total visite MP	598 951
	Total visite AT	830 416
	Total visite ALD	569 386
	Total visite Droits et démarches	10 882 024

Année	Pages / rubrique	Nb visites	% visites
2011	Total visite AT-MP	955 343	14%
	Total visite ALD	484 082	7%
	Total visite Droits et démarches	6 731 162	100%
2012	Total visite AT-MP	1 331 400	13%
	Total visite ALD	563 973	6%
	Total visite Droits et démarches	9 934 704	100%
2013	Total visite AT-MP	1 429 367	13%
	Total visite ALD	569 386	5%
	Total visite Droits et démarches	10 882 024	100%

Annexe n° 3

Tableau comparatif invalidité et rente AT/MP

Pension d'invalidité du régime général	Rente AT/MP
<p>Condition de versement :</p> <p>1°) Durée d'immatriculation et de versement de cotisations ou de travail salarié ou assimilé (art. L.341-2 et R.313-5 du CSS) <i>L'assuré doit être immatriculé</i> depuis 12 mois au 1^{er} jour du mois au cours duquel est survenue l'interruption de travail suivie d'invalidité ou la constatation de l'état d'invalidité résultant de l'usure prématurée de l'organisme <i>et justifier en outre :</i></p> <p>a) soit que le montant des cotisations dues au titre des assurances maladie, maternité, invalidité et décès assises sur les rémunérations qu'il a perçues pendant les douze mois civils précédant l'interruption de travail est au moins égal au montant des mêmes cotisations dues pour un salaire égal à 2 030 fois la valeur du salaire minimum de croissance au 1er janvier qui précède la période de référence ;</p> <p>b) soit qu'il a effectué au moins 800 heures de travail salarié ou assimilé au cours des douze mois civils ou des 365 jours précédant l'interruption de travail ou la constatation de l'état d'invalidité résultant de l'usure prématurée de l'organisme.</p> <p>2°) Condition d'âge : âge inférieur à l'âge légal de départ à la retraite</p> <p>3°) Conditions médicales L'assuré a droit (art. L. 341-1 du CSS) à une pension d'invalidité lorsqu'il présente une invalidité réduisant dans des proportions déterminées (2/3) sa capacité de travail ou de gain, c'est-à-dire le mettant hors d'état de se procurer, dans une profession quelconque, un salaire supérieur à une fraction (1/3) de la rémunération perçue dans la même région par des travailleurs de la même catégorie, dans la profession qu'il exerçait avant la date de l'interruption de travail suivie d'invalidité ou la date de constatation médicale de l'invalidité si celle-ci résulte de l'usure prématurée de l'organisme. Son versement est donc lié à une réduction de la capacité de travail ou de gain.</p>	<p>Condition d'ouverture du droit : être en activité au moment de l'accident ou être reconnu atteint d'une maladie d'origine professionnelle.</p> <p>Condition de versement : son versement est lié à la détermination d'un taux d'incapacité.</p> <p>La rente AT/MP est attribuée dès lors que la victime est atteinte d'une <i>incapacité permanente</i> (totale ou partielle) égale ou supérieure à 10 % qui induit une infirmité consécutive à l'accident ayant des incidences permanentes sur le travail ou la capacité de travail de la victime. Une indemnité en capital est versée lorsque le taux d'incapacité est inférieur à 10 %</p>
<p>Appréciation de l'état d'invalidité</p> <p>L'état d'invalidité est apprécié par le médecin conseil de la caisse en tenant compte de la capacité de travail restante, de l'état général, de l'âge et des facultés physiques et mentales de l'assuré ainsi que de ses aptitudes et de sa formation professionnelle. Pour la détermination du montant de la pension, les invalides sont classés en 3 catégories :</p> <ul style="list-style-type: none"> -1^{ère} catégorie : invalides capables d'exercer une activité professionnelle ; -2^{ème} catégorie : invalides absolument incapables d'exercer une activité professionnelle ; -3^{ème} catégorie : invalides absolument incapables d'exercer une activité professionnelle et qui sont en outre dans l'obligation d'avoir recours à une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie. 	<p>Appréciation du taux d'incapacité permanente</p> <p>Aux termes de l'art. L.434-2 du CSS, le taux d'incapacité permanente est déterminé d'après la nature de l'infirmité, l'état général, l'âge, les facultés physiques et mentales de la victime, ainsi que d'après ses aptitudes et sa qualification professionnelle compte tenu <i>d'un barème indicatif d'invalidité</i>.</p> <p>Le taux d'incapacité en AT/MP prend donc en considération des éléments portant sur l'état de la victime considéré d'un point de vue médical et des considérations socio-économiques et professionnelles. Certaines caisses attribuent un taux professionnel lorsque la victime n'est pas en capacité de conserver son emploi ou son niveau de salaire. Ce taux peut être aussi attribué par le juge saisi d'un recours par la victime.</p>
Pension d'invalidité du régime général	Rente AT/MP
Procédure d'attribution	Procédure d'attribution :

<p>- Initiative de la CPAM La CPAM fait connaître à l'assuré, par lettre recommandée, sa décision de procéder à la liquidation d'une PI à son profit, si elle estime qu'il présente une invalidité réduisant au moins des 2/3 sa capacité de gain.</p> <p>- Initiative de l'assuré Délai de 12 mois pour former la demande, après : soit la date de la consolidation de la blessure ; soit la date de la constatation médicale de l'invalidité si cette invalidité résulte de l'usure prématurée de l'organisme ; soit la date de la stabilisation de l'état de l'assuré, telle qu'elle résulte de la notification qui lui en est faite par la caisse primaire ; - soit la date de l'expiration de la période légale d'attribution des prestations en espèces de l'assurance maladie ou la date à laquelle la caisse primaire a cessé d'accorder lesdites prestations.</p>	<p>L'attribution de la rente AT-MP par la caisse est consécutive à la reconnaissance d'un AT-MP.</p>
<p><u>Calcul de la pension d'invalidité</u></p> <p>La PI est calculée par application au salaire annuel moyen (SAM) d'un taux qui est fonction de la catégorie dans laquelle l'invalidé est classé (art. R 341-4 et suiv. du CSS).</p> <p>Le montant de la pension est égal à :</p> <p><u>Pour les invalides de la 1^{ère} catégorie</u> : 30 % du salaire annuel moyen correspondant aux cotisations versées au cours des <u>10 années d'assurance</u> dont la prise en considération est la plus avantageuse pour l'assuré.</p> <p>Si l'assuré ne compte pas 10 années d'assurance, la PI est égale à 30 % du SAM correspondant aux cotisations versées au cours des années d'assurance accomplies depuis l'immatriculation</p> <p><u>Pour les invalides de la 2^{ème} catégorie</u> - 50 % de ce même salaire moyen</p> <p><u>Pour les invalides de la 3^{ème} catégorie</u>, le montant de la pension est égal à celui des invalides de 2^{ème} catégorie majoré de 40 % sans que cette majoration puisse être inférieure à un minimum annuel fixé par décret.</p> <p>La PI ne peut être inférieure à un montant minimum ni dépassé un montant maximal :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Le montant minimum de la PI ne peut être inférieur au montant de l'AVTS (art L 341-5) ; - Le montant maximal de la pension est déterminé par rapport au plafond de la sécurité sociale (30 % de ce plafond pour les invalides de 1^{ère} catégorie, 50 % pour la 2^{ème} catégorie. Pour les invalides de 3^{ème} catégorie, la majoration pour tierce personne s'ajoute à ce dernier montant maximal. <p><u>Autre</u> : La pension d'invalidité peut être complétée par l'allocation supplémentaire d'invalidité (ASI) en cas de ressources inférieures à un certain plafond et sous réserve de résider en France.</p>	<p><u>Calcul de la rente AT/MP</u></p> <p>Le montant de la rente à verser à la victime est égal au <u>salaire annuel de référence multiplié par le taux d'incapacité</u> réduit de moitié pour la partie de ce taux qui ne dépasse pas 50 % et augmenté de la moitié pour la partie de ce taux qui excède 50 % (art. R 434-2). Le nouveau taux ainsi obtenu est appelé « taux utile ».</p> <p>Le salaire de référence qui est constitué de l'ensemble des salaires ou gains bruts perçus par la victime durant une période de référence correspondant aux 12 mois de date à date qui précèdent l'arrêt effectif du travail (art. R 434-29 du CSS).</p> <p>Toutefois le salaire retenu ne peut être inférieur à un minimum indexé (art. L 434-16) qui évolue en fonction des coefficients établis pour les pensions d'invalidité.</p> <p>Au-dessus du salaire minimal, le salaire réel n'est pris en compte, quel que soit le taux d'incapacité, que dans les limites suivantes (art. R 434-29) :</p> <ul style="list-style-type: none"> - dans sa totalité jusqu'à concurrence de 2 fois le salaire minimal ; - pour un tiers pour la fraction qui se situe entre le double du salaire minimal et huit fois ce même salaire ; - il n'est pas tenu compte de la fraction supérieure à 8 fois le salaire minimal.

Pension d'invalidité du régime général	Rente AT/MP
<p><u>Concédé à titre temporaire : un contrôle des droits est effectué trimestriellement</u></p> <p><u>Un changement de catégorie peut intervenir</u></p> <p><u>Cumulable en tout ou partie avec :</u></p> <p>a) une activité professionnelle dans la limite d'un montant (art L. 341-12 et R.341-15 du CSS) : le montant cumulé de la PI et des salaires ou gains de l'intéressé ne doit pas excéder, pendant 2 trimestres consécutifs, le salaire trimestriel moyen de la dernière année civile précédant l'arrêt de travail suivi d'invalidité ;</p> <p>b) pension militaire d'invalidité (article L. 371-7 du CSS) ;</p> <p>c) rente d'accident du travail (article L. 371-4 du CSS) ;</p> <p>d) pension d'invalidité du régime des salariés agricoles (article R.172-4 du CSS) ;</p> <p>e) pension d'un régime de travailleurs non salariés non agricoles (article R.172-21 du CSS)</p> <p>f) pension d'un régime spécial de retraite (article D. 172-7 du CSS).</p> <p>g) l'allocation pour adultes handicapés sous certaines conditions.</p> <p>h) lorsque le titulaire de la pension d'invalidité a également droit à l'allocation de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante, une allocation différentielle peut lui être versée en complément de la pension d'invalidité si elle est inférieure.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Le total de la pension cumulée avec un autre avantage ne peut être inférieur au montant de la pension minimale d'invalidité. • Le montant de la pension d'invalidité cumulée avec une rente AT/MP ou une pension militaire ne peut excéder le salaire perçu par un travailleur valide de la même catégorie professionnelle que celle à laquelle appartenait l'assuré au moment de la survenance de la maladie ou de l'accident ayant donné lieu à l'octroi d'une pension d'invalidité, militaire ou d'une rente AT/MP. <p>La pension d'invalidité peut être complétée par l'allocation supplémentaire d'invalidité (ASI) en cas de ressources inférieures à un certain plafond et sous réserve de résider en France (l'ASI est récupérable sur les successions).</p>	<p>1°) La rente est révisable en cas de modification de l'état de santé (amélioration ou aggravation de l'état de santé) dont la constatation médicale est postérieure à la date de la guérison ou de la consolidation. Elle peut s'effectuer à l'initiative de la caisse ou de la victime).</p> <p>Cumulable :</p> <p>a) <i>avec un revenu d'activité professionnelle</i></p> <p>b) <i>en tout ou partie avec une pension d'invalidité :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - si le titulaire de la rente voit son état s'aggraver sans relation avec l'AT ou la MP par suite d'un accident ou d'une maladie de droit commun non susceptible d'être indemnisé par application de la législation AT-MP, l'intéressé peut prétendre cumulativement à une pension d'invalidité dès lors que son degré global d'invalidité est au moins des 2/3. Le total perçu ne peut toutefois excéder le salaire perçu par un travailleur valide de la même catégorie. - lorsque le titulaire de la rente AT-MP a par ailleurs droit à une pension d'invalidité, seule la rente est versée. (article L. 434-2 du CSS). Toutefois, si le montant de la rente est inférieur à la pension d'invalidité à laquelle l'incapacité est susceptible d'ouvrir droit, la rente est portée au montant de la pension d'invalidité. - lorsque la victime perçoit déjà une pension d'invalidité au moment de l'examen en AT, la caisse se prononce sur le fait qu'il y ait ou non identité partielle ou totale de l'état invalidant. S'il y a identité totale, la rente AT-MP sera substituée à la pension d'invalidité. S'il y a identité partielle, la rente AT-MP sera versée avec déduction du montant de la pension d'invalidité. <p>c) <i>avec les prestations d'assurance vieillesse:</i> la rente, de par son caractère viager, continue à être versée après la retraite.</p> <p>d) avec l'allocation aux adultes handicapés sous certaines conditions (la rente AT/MP est versée en priorité)</p> <p>e) l'allocation de cessation anticipée des travailleurs de l'amiante</p>

Pension d'invalidité du régime général	Rente AT/MP
<p><u>Autres</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - droit aux prestations en nature de l'assurance maladie et de l'assurance maternité (article L.313-4 du CSS) ; - exonération du ticket modérateur pour l'ensemble des soins y compris lorsque la PI est transformée en pension de retraite En cas de suppression de la pension, le bénéfice est maintenu 12 mois ; - bénéficient le cas échéant d'une couverture complémentaire invalidité au titre des contrats de prévoyance ; - possibilité de prise en charge par certaines assurances des échéances des prêts immobiliers pour les invalides de 2^{ème} et 3^{ème} catégories. - carte d'invalidité pour les invalides de 3^{ème} catégorie (article L.241-3 du CASF). <p><u>Statut fiscal</u></p> <p>La pension d'invalidité est imposable sauf si les 2 conditions suivantes sont réunies :</p> <ul style="list-style-type: none"> - le montant de la pension ne dépasse pas celui de l'allocation aux vieux travailleurs salariés et non salariés (3.174,58 € pour une personne seule, 6.349,16 € pour un couple marié pour les revenus 2010) ; - les ressources du bénéficiaire, y compris la pension, ne dépassent pas 8.457,94 € pour une personne seule et 13.858,65 € pour un couple marié. 	<p><u>Autres</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - droit aux prestations en nature de l'assurance maladie et de l'assurance maternité (article L.371-3 du CSS) ; - exonération du ticket modérateur pour l'ensemble des soins en rapport avec l'AT-MP sans avance des frais ; - possibilité de majoration par application d'un coefficient (1,5) des tarifs de remboursement de certains produits d'appareillage et prothèses dentaires sous certaines conditions (s'ils sont médicalement justifiés et liés à la nécessité du traitement et s'ils sont inscrits sur la « liste des produits et prestations » définie par le code de la sécurité sociale, art. L.432-3 du CSS) ; - par ailleurs, les personnes titulaires d'une rente AT-MP d'un taux au moins égal à 66,6% ainsi que leurs ayants-droits sont pris en charge à 100% y compris pour les soins et traitements sans rapport avec l'AT-MP ; - carte d'invalidité pour les personnes dont le taux d'IP est au moins de 80% (art. L.241-3 du CASF). <p><u>Statut fiscal</u></p> <p>Les rentes AT/MP ne sont pas imposables.</p> <p>La moitié des indemnités journalières d'accident du travail ou de maladie professionnelle versées par la sécurité sociale ou la mutualité sociale agricole est imposable.</p>

Pension d'invalidité du régime général	Rente AT/MP
<p><u>Retraite</u></p> <p>La PI cesse à l'âge légal de départ à la retraite et est remplacée par une pension de vieillesse versée au titre de l'inaptitude au travail sans nouvel examen médical.</p> <p>Depuis le 1^{er} mars 2010, le principe de substitution de la pension d'invalidité à la retraite pour inaptitude au travail n'est plus automatique si l'assuré exerce une activité professionnelle. Une demande doit être déposée auprès de la caisse de retraite pour bénéficier de la retraite pour inaptitude au travail.</p> <p>L'assuré qui ne demande pas sa retraite à l'âge légal de départ peut continuer à bénéficier de sa pension d'invalidité jusqu'à :</p> <ul style="list-style-type: none"> - sa cessation d'activité ; - ou au plus tard, à l'âge nécessaire pour obtenir une retraite au taux plein. <p>Le statut d'invalidité ouvre droit à une retraite au <i>taux plein de 50 %</i>, quel que soit le nombre de trimestres effectivement cotisés.</p> <p>Pour les salariés relevant du régime général les périodes d'invalidité sont validées en trimestres dits "assimilés", sur la base <i>d'un trimestre assimilé validé pour chaque trimestre</i> comportant trois mensualités de paiement de la pension d'invalidité.</p> <p>Les régimes complémentaires Arrco et Agirc attribuent des points de retraite sans contrepartie de cotisations pour les périodes d'invalidité. A condition que l'arrêt de travail soit supérieur à 60 jours consécutifs et des prestations de la sécurité sociale aient été perçues et qu'il interrompe une période pendant laquelle la personne relevait d'une caisse de retraite complémentaire.</p>	<p><u>Retraite</u></p> <p>1°) Les périodes indemnisées par une rente accident du travail pour une incapacité permanente au moins égale à 66% sont considérées comme périodes assimilées à des trimestres d'assurance, à raison d'un trimestre par période de 60 jours d'indemnisation (articles L. 351-3 et R. 351-12 du code de la sécurité sociale).</p> <p>2°) La pension de retraite au titre de l'inaptitude au travail permet de bénéficier d'une pension dès l'âge légal de départ à la retraite à taux plein sans remplir la condition de durée d'assurance.</p> <p><u>Conditions :</u> l'assuré ne doit pas être en mesure de poursuivre l'exercice de son emploi sans nuire gravement à sa santé – il doit être définitivement atteint d'une incapacité de travail médicalement constatée (50 %) compte tenu de ses aptitudes physiques et mentales à l'exercice d'une activité professionnelle. (articles L.351-7 et R.351-21 et R.351-22 du Code de la Sécurité sociale).</p> <p>L'article R. 351-21 précise en outre : <i>« Pour apprécier si le requérant n'est pas en mesure de poursuivre l'exercice de son emploi sans nuire gravement à sa santé, il est tenu compte, lorsque l'intéressé n'exerce aucune activité professionnelle au moment de sa demande, de la dernière activité exercée au cours des cinq années antérieures. Au cas où aucune activité professionnelle n'a été exercée durant cette période, l'inaptitude au travail est appréciée exclusivement par référence à la condition d'incapacité de travail de 50 % médicalement constatée compte tenu des aptitudes physiques et mentales à l'exercice d'une activité professionnelle. ».</i></p> <p>L'inaptitude au travail est appréciée par la caisse chargée de la liquidation des droits de retraite.</p> <p>L'assuré, toujours en activité professionnelle, mais dans l'incapacité de l'exercer doit joindre à sa demande de retraite personnelle :</p> <ul style="list-style-type: none"> - un certificat médical établi par son médecin traitant - un certificat médical établi par le médecin du travail. <p><i>L'assuré sans activité professionnelle et dont l'état de santé ne permet pas d'exercer une activité doit joindre à sa demande de retraite personnelle un certificat médical établi par son médecin traitant.</i></p>

Pension d'invalidité du régime général	Rente AT/MP
	<p data-bbox="847 237 1506 383">3°) <u>La retraite au titre de la pénibilité prévue par la loi du 9 novembre 2010 (art. L 351-1-4 du code de la sécurité sociale)</u> ouverte aux personnes ayant une incapacité reconnue au titre d'une maladie professionnelle ou d'un accident du travail.</p> <p data-bbox="847 421 1506 539">La retraite au titre de la pénibilité permet un départ à la retraite à 60 ans et l'obtention d'une pension à taux plein quelle que soit la durée d'assurance effectivement accomplie.</p> <p data-bbox="847 573 1023 600"><u>Les conditions :</u></p> <p data-bbox="847 602 1506 663">Le taux d'incapacité permanente doit être au moins de 10 %. Trois cas de figure :</p> <p data-bbox="847 696 1506 815">a) Taux d'incapacité permanente au moins égal à 20 % suite à la reconnaissance d'une maladie professionnelle ouvre droit, sans autres conditions, au bénéfice de la retraite à raison de la pénibilité.</p> <p data-bbox="847 848 1506 909">b) Taux d'incapacité permanente reconnu suite à un accident du travail</p> <p data-bbox="847 911 1506 1028">L'identité des lésions avec celles indemnisées au titre d'une maladie professionnelle doit être vérifiée par l'échelon régional du service médical dont relève l'assuré au moment du dépôt de sa demande de retraite.</p> <p data-bbox="847 1030 1506 1090">Suite à l'avis du médecin-conseil, trois cas peuvent se présenter :</p> <ul data-bbox="847 1093 1506 1429" style="list-style-type: none"> - le médecin-conseil ne reconnaît pas l'identité des lésions avec celles indemnisées au titre d'une maladie professionnelle : dans ce cas, la demande est rejetée ; - l'identité des lésions est reconnue et la demande émane d'un assuré justifiant d'un taux d'incapacité au moins égal à 20 % : dans ce cas, le droit à retraite à raison de la pénibilité est ouvert ; - l'identité des lésions est reconnue et la demande émane d'un assuré justifiant d'un taux d'incapacité inférieur à 20 % et au moins égal à 10 % : dans ce cas, la commission pluridisciplinaire est saisie (cf.ci-après) <p data-bbox="847 1462 1506 1581">c) Taux d'incapacité permanente au moins égal à 10 % mais inférieur à 20 %, reconnu au titre d'une AT ou d'une MP le bénéfice de la retraite à raison de la pénibilité est subordonné :</p> <ul data-bbox="847 1583 1506 1977" style="list-style-type: none"> - d'une part, au fait que l'assuré puisse apporter la preuve qu'il a été exposé, pendant au moins dix-sept ans, à des facteurs de risques professionnels relevant des trois domaines prévus par la loi : contraintes physiques marquées, environnement agressif, certains rythmes de travail. La durée d'exposition est appréciée en cumulant les facteurs de risques auxquels l'assuré aura été exposé tout au long de sa carrière. - d'autre part, à l'avis d'une commission pluridisciplinaire chargée d'apprécier à la fois la validité des modes de preuve apportés par l'assuré et l'effectivité du lien entre l'incapacité permanente et l'exposition aux facteurs de risques professionnels.

Annexe n° 4

Estimation de l'InVS de la part et du nombre de syndromes du canal carpien opérés et de hernies discales opérées attribuables à l'activité professionnelle



Avril 2014

N Fouquet (Département santé travail, InVS ; LEEST, Université d'Angers), J Brière (Département santé travail, InVS)

Estimation de la part et du nombre de syndromes du canal carpien opérés et de hernies discales opérées attribuables à l'activité professionnelle

Document produit pour la Commission instituée par l'article L. 176-2 du code de la Sécurité sociale

En France, les troubles musculo-squelettiques (TMS) représentent non seulement la première cause de journées de travail perdues du fait des arrêts de travail occasionnés mais également la première cause de maladies professionnelles indemnisées. Les demandes d'indemnisation pour TMS sont en constante augmentation ces dernières années. Il s'agit donc d'un risque professionnel majeur dont les conséquences médicales (du fait d'un passage fréquent à la chronicité) et professionnelles (car source d'incapacité) sont considérables.

Des travaux épidémiologiques sur les facteurs professionnels des TMS ont été réalisés en France mais il n'existait pas de véritable activité de surveillance épidémiologique. En 2002, à l'instigation de l'Institut de veille sanitaire (InVS), un réseau expérimental de surveillance des TMS a été mis en place dans la région des Pays de la Loire pour constituer un observatoire des TMS d'origine professionnelle [1].

Les données produites par ce réseau ont permis d'estimer la part et le nombre de syndromes du canal carpien opérés et de hernies discales opérées attribuables au travail.

1) Syndrome du canal carpien opéré

Le syndrome du canal carpien (SCC) a été retenu comme traceur des TMS du membre supérieur⁸⁰.

⁸⁰ En premier lieu, il représente, d'après les statistiques de maladies professionnelles, le TMS le plus fréquent dans la plupart des pays. En France, il constitue 36,4 % des maladies professionnelles péri-articulaires (tableau de maladie professionnelle 57 du régime général), juste devant les pathologies de l'épaule (35,2 %) et du coude (19,4 %) (CNAM, 2010). Par ailleurs, les facteurs de risque professionnels du SCC sont bien établis, tant sur le plan épidémiologique que biomécanique [2]. Sur le plan clinique, la notification des cas est facilitée par l'existence de critères diagnostiques fiables et codifiés (par l'ANAES en 1997, actualisée par l'HAS en septembre 2012 [3]). D'autre part, la démarche thérapeutique du SCC est codifiée [4], contrairement à celle de nombreux TMS. Enfin, la réduction du risque de SCC est envisageable par des interventions ergonomiques appropriées [5].

Dans un premier temps, l'InVS a mené dans le département du Maine-et-Loire, deux enquêtes de surveillance épidémiologique du SCC, en 2002 et 2003, afin de déterminer les catégories professionnelles et les principaux secteurs d'activité à cibler pour mettre en place prioritairement les actions de prévention. La première portait sur les cas diagnostiqués par examen électromyographique [5] et la deuxième sur les patients ayant subi une intervention chirurgicale [6]. La surveillance des cas opérés a été retenue pour être répétée dans le temps, du fait de l'utilisation possible du Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI), ce qui facilite la détection des cas et l'animation du réseau (faible implication des chirurgiens).

Dans un second temps, afin de vérifier que les données obtenues n'étaient pas spécifiques au département d'étude, une étude du même type a été menée dans un second département, les Bouches du Rhône, du 1^{er} avril 2008 au 31 mars 2009.

Les résultats obtenus dans les deux départements étant proches, il a été décidé de réaliser une analyse sur l'ensemble des deux départements, afin d'augmenter les effectifs, et ainsi la puissance statistique. A partir des résultats de cette analyse « poolée », il a été possible d'estimer la part des SCC opérés attribuables à l'activité professionnelle à 43 % [29-55] chez les hommes et à 32 % [26-38] chez les femmes âgés de 20 à 59 ans. Ces résultats sont présentés dans le tableau 1.

Tableau 1. Estimation de la part des SCC opérés attribuable au travail dans le Maine-et-Loire et les Bouches du Rhône chez les hommes et les femmes âgés de 20 à 59 ans

	Risque relatif et [IC 95%] ¹	Fréquence de l'exposition	Part attribuable au travail ² et fourchette de variation
Hommes	2,0 [1,5-2,6]	76,3 %	43 % [29 %-55 %]
Femmes	1,7 [1,5-2,0]	67,5 %	32 % [26 %-38 %]

IC 95 % : Intervalle de confiance à 95 %

1,2 : notes en fin de document

Afin d'estimer le nombre de personnes de 20 à 59 ans impactées en France par un SCC opéré attribuable au travail, il est possible de se baser sur les données du PMSI et plus précisément sur les séjours hospitaliers pour libération du nerf médian au niveau du canal carpien (actes classant AHPA009 et AHPC001) chez les patients âgés de 20 à 59 ans. Ainsi, en 2011, ces séjours concernaient 25 900 hommes et 62 190 femmes. Sur cette base, on peut estimer que 21 700³ interventions chirurgicales du SCC sont attribuables à l'activité professionnelle dont 7 800 chez les hommes et 13 900 chez les femmes.

2) Hernie discale opérée

Le choix de l'indicateur susceptible de représenter au mieux l'ampleur de la pathologie rachidienne est plus complexe que pour le membre supérieur. Après analyse de la littérature,

la hernie discale opérée (HDO) en population générale repérée à partir des données du PMSI a été retenue comme traceur des atteintes rachidiennes [7]. On observe d'importantes variations géographiques qui peuvent être également liées à l'avancée des connaissances et à la différence des pratiques. Ainsi, depuis quelques années, plusieurs études montrent un pronostic équivalent entre les patients opérés et ceux ayant eu un traitement conservateur (intervention cognitive, exercices...) [8,9]. De même les pratiques médicales évoluent, les interventions chirurgicales sont conseillées uniquement dans les cas les plus invalidants, de ce fait le nombre de HDO diminue au cours du temps sans que la même tendance soit observée pour les atteintes rachidiennes.

Une expérimentation d'un réseau de surveillance épidémiologique de la hernie discale, s'appuyant sur les données du PMSI, a été dans un premier temps réalisée dans le département de la Loire-Atlantique, en 2002-2003 avant d'envisager son extension à d'autres départements [7]. Il s'agissait d'évaluer la faisabilité d'un tel réseau pour estimer l'incidence de la HDO dans la population générale, d'origine professionnelle ou non, et d'étudier sa distribution selon l'âge, le sexe, le secteur d'activité et la profession. Compte tenu des bons résultats de cette étude pilote, un réseau de chirurgiens du rachis étendu à l'ensemble des départements de la région Pays de la Loire a été constitué en 2009 afin d'améliorer la puissance statistique de l'étude (par des effectifs plus importants). Grâce à la participation de 23 chirurgiens, il a été possible de contacter, en 2010, 3 150 patients opérés d'une hernie discale dans les Pays de la Loire en 2007 et 2008, permettant de recueillir 1 670 questionnaires exploitables de patients âgés de 20 à 64 ans.

A partir des résultats de cette étude régionale, il a été possible d'estimer la part des HDO attribuables à l'activité professionnelle dans la région Pays de la Loire à 63 % [52-72] chez les hommes et à 41 % [30-50] chez les femmes âgés de 20 à 59 ans. Ces résultats sont présentés dans le tableau 2.

Tableau 2. Estimation de la part de HDO attribuable au travail dans la région Pays de la Loire chez les hommes et les femmes âgés de 20 à 64 ans

	Risque relatif et [IC 95%] ¹	Fréquence de l'exposition	Part attribuable au travail ² et fourchette de variation
Hommes	3,2 [2,4-4,3]	76,1 %	63 % [52 %-72 %]
Femmes	2,0 [1,6-2,5]	64,8 %	41 % [30 %-50 %]

IC 95 % : Intervalle de confiance à 95 %

1,2 : notes en fin de document

En France métropolitaine en 2007, les séjours hospitaliers pour intervention chirurgicale de la hernie discale lombaire (actes classant LPH907, LFFA002, LFFA003, LFFC002, LFFA011, LFFA010 et LHKA900) chez les patients âgés de 20-64 ans étaient au nombre de 23 893 pour les hommes et de 17 427 pour les femmes. Sur cette base, à partir des résultats de l'étude

précédente, on peut estimer à 15 500 le nombre de HDO attribuable à l'activité professionnelle, dont 10 500 survenant chez les hommes et 5 000 chez les femmes.

Notes :

1 - Le risque relatif est une mesure de l'intensité du lien entre l'exposition au facteur de risque et la fréquence de la maladie. Par exemple, un risque relatif de 2 signifie qu'un homme exposé au travail a deux fois plus de « chance » d'être atteint de la maladie qu'un homme non exposé.

2 - La part attribuable à l'activité professionnelle ou fraction de risque attribuable en population (FRAP) a été estimée en utilisant la Formule de Lévin :

$$FRAP = \frac{P_e(RR - 1)}{P_e(RR - 1) + 1}$$

avec :

FRAP : fraction de risque attribuable en population

P_e : fréquence de l'exposition

RR : risque relatif associé à l'exposition

3 - 21 700 = 43 % x 25 900 séjours hospitaliers PMSI hommes 20-59 ans en 2011 x 70 % part régime général + 32 % x 62 190 séjours hospitaliers PMSI femmes 20-59 ans en 2011 x 70 % part régime général

4 - 15 500 = 63 % x 23 893 séjours hospitaliers PMSI hommes 20-64 ans en 2007 x 70 % part régime général + 41 % x 17 427 séjours hospitaliers PMSI femmes 20-64 ans en 2007 x 70 % part régime général

Références :

1. Roquelaure Y, Ha C, Touranchet A. Réseau expérimental de surveillance épidémiologique des troubles musculo-squelettiques (TMS) d'origine professionnelle. Saint-Maurice: Institut de veille sanitaire; 2001 p. 83.
2. Palmer KT. Carpal tunnel syndrome: The role of occupational factors. *Best Pract Res Clin Rheumatol.* 2011;25(1):15-29.
3. Haute autorité de santé. Chirurgie du syndrome du canal carpien : approche multidimensionnelle pour une décision pertinente. Paris: HAS; 2012 p. 144.
4. ANAES. Chirurgie du syndrome du canal carpien idiopathique : étude comparative des techniques à ciel ouvert et des techniques endoscopiques. Paris: Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé; 2000 p. 68.
5. Roquelaure Y, Ha C, Fouquet N, Descatha A, Leclerc A, Goldberg M, et al. Attributable risk of carpal tunnel syndrome in the general population: implications for intervention programs in the workplace. *Scand J Work Environ Health.* 2009;35(5):342-348.
6. Ha C, Fouquet N, Roquelaure Y, Raimbeau G, Leclerc A, Goldberg M, et al. Syndrome du canal carpien. Estimations de l'incidence, de la prévalence et du poids de l'activité professionnelle dans sa survenue dans les Pays de la Loire, France, 2002-2004. Numéro thématique - TMS d'origine professionnelle. Une préoccupation majeure. *Bull Epidemiol Hebd.* 2010;5-6:37-40.

7. Roquelaure Y, Fouquet N, Ha C, Bord E, Arnault N, Petit Le Manac'h A, et al. Epidemiological surveillance of lumbar disc surgery in the general population: a pilot study in a French region. *Jt Bone Spine Rev Rhum*. 2011;78(3):298-302.
8. Peul WC, van den Hout WB, Brand R, Thomeer RTWM, Koes BW. Prolonged conservative care versus early surgery in patients with sciatica caused by lumbar disc herniation: two year results of a randomised controlled trial. *BMJ*. 2008;336(7657):1355-8.
9. Brox JI, Nygaard ØP, Holm I, Keller A, Ingebrigtsen T, Reikerås O. Four-year follow-up of surgical versus non-surgical therapy for chronic low back pain. *Ann Rheum Dis*. 2010;69(9):1643-8.

Annexe n° 5

Estimation de l'InVS de la part de cancer attribuable à certains cancérogènes en France



Avril 2014

A Gilg Soit Ilg (Département santé travail, InVS).

Estimation de la part de cancer attribuable à certains cancérogènes en France

Document produit pour la Commission instituée par l'article L. 176-2 du code de la Sécurité sociale

Dans les pays industrialisés, la part attribuable aux facteurs professionnels dans l'étiologie des cancers est importante. Elle est de l'ordre de 5 à 10% de tous les décès par cancer [1, 2] et varie selon les catégories professionnelles. Pratiquement tous les types de cancer peuvent être concernés, mais cette part diffère largement selon les sites de cancers. Peu d'évaluations ont été faites en France dans ce domaine.

En 2003, une évaluation de la part de certains cancers attribuable à des expositions professionnelles a été réalisée par le Département santé travail (DST) de l'InVS, en contribution au travail de cette commission chargée d'évaluer la part des affections d'origine professionnelle [3].

Depuis, le DST a produit d'autres évaluations de fractions de risque attribuables, en s'appuyant notamment sur les matrices produites dans le cadre programme MATGENE [4].

Pour estimer en France la part des cancers attribuable à certains cancérogènes (en utilisant la formule de Lévin décrite dans la note 1), il est nécessaire de disposer :

- de la prévalence de l'exposition professionnelle vie entière, à la nuisance d'intérêt en population générale,
- d'une estimation du risque de cancer lié à la nuisance d'intérêt.

Concernant la prévalence de l'exposition professionnelle aux cancérogènes d'intérêt, elle a été estimée à partir du croisement :

- Des matrices emplois-expositions développées dans le cadre du programme Matgéné du DST : amiante, silice, ciment, benzène, trichloréthylène.
- D'un échantillon de la population française (10 000 sujets), représentant la population générale française en 2007 (région, sexe, âge, catégorie socio-professionnelle) et documentant l'ensemble des histoires professionnelles individuelles.

Concernant les estimations de risque, des recherches bibliographiques dans la littérature scientifique internationale ont été réalisées afin de quantifier chacun des risques relatifs (RR) qui associe le facteur de risque (exposition professionnelle) et la maladie d'intérêt (cancers).

Il faut noter que la prévalence d'exposition vie entière (PE) et le risque relatif (RR), facteurs intervenant dans le calcul des fractions attribuables, sont sujets à variabilité. Aussi, pour

chacune des estimations, sont renseignées : la valeur moyenne (RR moyen et PE moyenne), la valeur inférieure (bornes inférieures de l'intervalle de confiance du RR et la PE) et la valeur supérieure (bornes supérieures de l'intervalle de confiance du RR et la PE).

Résultats : Les résultats sont présentés dans le tableau ci-dessous :

Pathologie (Cancers)	Nuisance	Sexe	Part attribuable au travail moyen (inf - sup)
Poumon	Amiante	H	12,9% (11,6% - 14,5%)
		F	1,6% (1,3% - 1,9%)
	Silice	H	5,2% (2,2% - 9,1%)
		F	0,2% (0,1% - 0,5%)
Mésothéliome pleural	Amiante	H	83,1% (74,5% - 91,7%)
		F	41,7% (25,3% - 58,0%)
VADS	Silice	H	5,1% (2,5% - 9,1%)
		F	0,2% (0,1% - 0,5%)
	Ciment	H	5,2% (3,3% - 8,3%)
		F	-
Pharynx	Amiante	H	15,2% (5,3% - 20,6%)
		F	1,9% (0,6% - 3,0%)
Larynx	Amiante	H	8,8% (3,9% - 14,6%)
		F	1,0% (0,4% - 1,9%)
	Silice	H	5,7% (2,3% - 10,2%)
		F	0,3% (0,1% - 0,6%)
Leucémie aigüe	Benzène	H	13,7% (0,7% - 42,5%)
		F	2,1% (0,1% - 10,0%)
Leucémie sans précision	Benzène	H	10,7% (2,1% - 25,2%)
		F	1,6% (0,3% - 4,8%)
Rein	Trichloréthylène	H	2,6% (1,3% - 4,2%)
		F	0,3% (0,1% - 0,5%)

Note 1 : Formule de Lévin utilisée pour estimer la part de cancers attribuable aux nuisances d'intérêts.

$$FA = PE (RR-1) / \{PE (RR-1) + 1\}$$

avec :

FA : fraction attribuable

PE : prévalence de l'exposition professionnelle

RR : risque associé à l'exposition

Références :

[1] Nurminen M, Karjalainen A. Epidemiologic estimate of the proportion of fatalities related to occupational factors in Finland. Scand J Work Environ Health 2001;27(3):161—213.

[2] Parkin DM. Cancers attributable to occupational exposures in the UK in 2010. Br J Cancer. 2011;105 Suppl 2:S70–S72.

[3] Imbernon E. Estimation du nombre de cas de certains cancers attribuables à des facteurs professionnels en France. Rapport Institut de Veille Sanitaire. 2003; 28p.

[4] Fevotte J, Dananche B, Delabre L, Ducamp S, Garras L, Houot M, Luce D, Orłowski E, Pilorget C, Lacourt A, Brochard P, Goldberg M ; Imbernon E. Matgene: a program to develop job-exposure matrices in the general population in France. Ann Occup Hyg. 2011;Vol. 55, N° 8.

Annexe n° 6

Comptes-rendus des auditions des partenaires sociaux

1°) La FNATH (M. DE BROCA et M. FELISSI)

1. Quelles évolutions depuis les préconisations de 2011 ?

Selon la FNATH, globalement, la situation ne s'est pas améliorée et s'est même dégradée. La FNATH ne prétend certes pas avoir une vision globale du sujet, puisqu'elle l'appréhende au travers des situations vécues par ses adhérents. Mais ceux-ci se heurtent manifestement à la complexité des procédures et au déficit d'accompagnement par les caisses primaires des personnes accidentées. Elle constate même une volonté de minimiser les AT-MP et de réduire les taux fixés.

Elle prend pour exemple le témoignage, datant de la veille, d'un militant de la délégation d'Amiens qui racontait les pressions exercées par son entreprise pour éviter que les accidents soient reconnus : alors même que les pompiers sont venus plusieurs fois par mois dans son entreprise au cours des huit derniers mois par suite d'accidents survenus aux salariés, aucune déclaration d'AT n'a été effectuée auprès de la CPAM, ni par l'employeur, ni par les victimes. C'est un cas, mais il illustre les pressions que celles-ci peuvent subir.

2. Les causes de sous-déclaration

▪ La complexité de la réglementation

La réglementation des AT-MP est complexe, à un point tel qu'on peut valablement penser qu'elle empêche sans doute les victimes d'apprécier leurs droits à réparation. C'est une chose que d'évoquer, dans les rapports de la commission, la nécessité d'assurer leur bonne information sur ces droits ; mais la réalité est là pour démontrer que ce problème n'est nullement réglé.

La victime, se heurte en fait à deux difficultés : celle de la reconnaissance de l'origine professionnelle de l'accident ou de la maladie et celle de la détermination du quantum. Sur ce second aspect, l'expertise de la CPAM est manifestement insuffisante.

A titre d'exemple, les rechutes sont quasi-systématiquement contestées par la caisse, de sorte que c'est finalement la branche maladie qui récupère la charge d'indemniser la victime, parfois même en arrêt de longue durée (ALD).

Par ailleurs, la manière dont certains médecins conseils statuent sur l'état de santé de la victime est contestable : des victimes sont déclarées « consolidées », ce qui emporte l'arrêt du service des indemnités journalières, mais à une date qui n'est pas la bonne ou avec mention de l'absence de toute séquelle, ce qui les renvoie vers l'assurance chômage, le RSA, c'est-à-dire, compte tenu de leur situation, la désinsertion professionnelle.

La victime qui choisit de contester ces conclusions entre alors dans un parcours qu'on peut qualifier de délirant. Un recours est certes possible dans un délai d'un mois pour obtenir une expertise médicale, mais celle-ci, dans 90% des cas, ne fait que confirmer l'analyse du médecin conseil. La victime va alors saisir la commission de recours amiable, qui va généralement rejeter son recours. L'étape suivante est donc la saisine du tribunal des affaires de sécurité sociale (TASS), qui désigne un expert judiciaire pour l'examiner. Tout ceci aboutit, *in fine*, au découragement des victimes.

- **L'absence ou la quasi absence de poursuites pénales**

La FNATH constate le manque de temps consacré par les services d'inspection au défaut de déclaration des AT-MP et souligne la durée excessive des procédures pénales. A titre d'exemple, des accidents qui remontent à plus d'un an et demi sont toujours en phase d'enquête : cela génère le sentiment d'une quasi-impunité des employeurs en cause. Les textes existent pourtant, mais leur application se révèle très complexe. La diminution des moyens humains consacrés à cette mission ne fait évidemment qu'aggraver la situation.

- **La faute inexcusable de l'employeur est peu reconnue**

Le salarié peut théoriquement engager la responsabilité de son employeur si celui-ci a commis une faute inexcusable ; toutefois, il doit en apporter la preuve : c'est là encore souvent difficile et à cette difficulté s'ajoute la durée de la procédure devant le TASS, de sorte que beaucoup de salariés renoncent à cette action.

- **Les taux d'incapacité attribués sont contestables au regard des conséquences des ATMP sur le maintien en emploi**

Les taux d'incapacité finissent par être dépourvus de sens, à deux titres.

D'abord, parce que comme le montre une étude réalisée par la FNATH, il y a un réel lien entre la survenue d'un accident et l'exclusion du monde professionnel, sans qu'il soit besoin d'un taux d'incapacité élevé : 55% des personnes interrogées n'avaient par exemple pu conserver leur travail après leur AT ou MP ; deux ou trois ans après, elles n'en avaient toujours pas retrouvé ; et, parmi celles qui ont retrouvé un emploi, près d'un tiers avait été licencié pour inaptitude suite à une rechute ou une aggravation. Cela interroge évidemment sur des questions beaucoup plus larges telles que l'accompagnement, la formation des séniors, etc.

Ensuite – et c'est le sens d'une autre étude réalisée également par la FNATH, même si elle ne porte là encore que sur ses adhérents – on observe des différences parfois colossales entre le taux d'incapacité attribué par la caisse et celui retenu par le tribunal : ainsi, pour prendre un cas certes extrême, d'un refus d'incapacité requalifié d'incapacité à hauteur de 67% par le juge ; mais plus généralement, le taux d'incapacité est doublé, ce qui montre qu'une victime accompagnée peut se retrouver dans une situation profondément différente, au plan de l'indemnisation, de celle qui choisit de faire face seule.

- **Le fonctionnement hétérogène des CRRMP**

La FNATH dénonce leur fonctionnement extrêmement hétérogène, tant dans le choix des dossiers qui leur sont communiqués que dans la manière dont ils se prononcent. Le seuil minimal d'incapacité permanente (25%) requis pour qu'il y ait examen par le CRRMP élimine tout d'abord de nombreuses personnes et en particulier celles victimes de troubles psycho-sociaux ; dès lors, des guides ont pu être créés. Ensuite, la contribution des médecins inspecteurs du travail est insuffisamment prise en compte, alors qu'ils sont les seuls à véritablement connaître le monde du travail dans ces comités.

- **La longueur des procédures de révision des tableaux de MP**

La FNATH souligne la longueur excessive des procédures qui mêlent par ailleurs considérations médicales, techniques et revendications des partenaires sociaux, aboutissant ainsi à une réelle difficulté à avancer.

Plus particulièrement, elle considère que la modification du tableau 57 A a sensiblement accentué la sous-déclaration des maladies professionnelles concernées. Certes, on peut considérer que la baisse des TMS résulte en partie des actions de prévention, mais ce n'est qu'une partie de l'explication. Et là encore, pour les salariés les plus âgés, dont les perspectives de reconversion sont faibles, aucune

alternative n'est proposée à l'exclusion du monde professionnel qui fait généralement suite à l'incapacité permanente, même lorsque son taux est faible.

Plus généralement, la FNATH observe une dégradation du climat du dialogue social : certes, le discours des partenaires sociaux est celui de la nécessaire prévention des AT-MP; mais en réalité, la branche AT-MP est perçue comme trop coûteuse pour être compatible avec la compétitivité des entreprises. De surcroît, aucun programme de prévention de la désinsertion professionnelle digne de ce nom n'existera tant qu'on ne sera pas d'abord attaché à mieux reconnaître les AT-MP.

▪ **Le problème de la formation des médecins**

La FNATH constate que dans la quasi-totalité des cas, c'est le médecin généraliste qui aide la victime à faire reconnaître ses droits, la diminution des moyens humains de l'inspection du travail et des caisses n'étant pas pour rien dans cet état de fait ; cette situation démontre bien, quoi qu'il en soit, la disproportion des moyens existant entre victime et employeur. Elle s'interroge sur les raisons pour lesquelles ce travail revient au médecin généraliste, qui n'est pas toujours en capacité de l'assumer du fait, notamment, d'un déficit de formation en la matière. Elle a d'ailleurs décidé d'envoyer des brochures aux médecins car un certain nombre d'entre eux ne remplit pas bien les certificats médicaux ; toutefois, pour des raisons de moyens, cet envoi sera limité à la totalité des généralistes, mais seulement dans quelques départements.

3. Divers

La FNATH mentionne une étude selon elle très intéressante de l'ANACT sur le sujet des disparités femme-homme face à la sous-déclaration : il en ressort que ce phénomène est plus développé chez les femmes. De plus en plus de femmes viennent d'ailleurs à titre personnel à la fédération, notamment pour des pathologies psychiques ou des TMS. Il s'agit d'un sujet qu'elle compte expertiser.

Par ailleurs, elle juge que l'audition de la CNSA et d'une MDPH seraient intéressantes en raison des transferts de charges vers les allocations pour personnes handicapées ou dépendantes auxquels conduit la sous-déclaration des AT-MP

Elle dénonce enfin le problème récurrent de la facturation hospitalière.

2°) La CFDT (M. MAUSSION et M. CUIGNET)

Le président commence par rappeler l'objet de la commission : proposer au gouvernement une contribution de la branche AT-MP à la branche maladie. En effet, le phénomène de sous-déclaration concerne notamment les MP ce qui a une incidence pour la sécurité sociale : si les MP étaient plus largement reconnues, cela ouvrirait, d'une part, des droits plus importants et cela aurait, d'autre part, des incidences sur les cotisations des entreprises car celles-ci dépendent en partie de la sinistralité. La problématique est la suivante : alors que les AT se constatent *in situ*, les MP peuvent se déclarer bien plus tard et pas forcément dans l'entreprise.

La CFDT souhaite avant tout s'exprimer sur le principe même de l'existence de la commission de la sous-déclaration des AT-MP. Les Pouvoirs publics ont en effet choisi de s'en remettre à un dispositif externe à la branche des AT-MP pour essayer d'évaluer leur sous-déclaration plutôt que d'imposer à la CNAMTS de se donner les moyens d'instaurer un véritable dispositif d'évaluation de celle-ci, qu'elle aurait pourtant les moyens d'assumer.

Le président émet des doutes sur cette affirmation.

Selon **la CFDT**, il faudrait en réalité un dispositif pour faire la vérité des prix, car à défaut et avec un principe de fourchette, un doute planera toujours.

Le président soulève à ce titre un problème de lacune d'information. Notamment car dans les hôpitaux, le soin précède nécessairement la recherche d'une éventuelle imputation au travail. Il demande par ailleurs aux représentants de la CFDT s'ils ont déjà travaillé avec leurs collègues de la CFDT de la Sécurité sociale, ce qui serait un moyen d'obtenir des estimations. La question étant de savoir ce qui est faisable. Le problème tient aussi à l'absence d'évolution sur le sujet entre deux commissions.

La DSS rappelle que la question concernant l'institution d'un groupe de travail permanent a été posée à plusieurs reprises par des parlementaires, auxquels le gouvernement a toujours répondu qu'un certain délai entre deux commissions était nécessaire pour disposer de données nouvelles susceptibles de générer des évolutions dans les propositions et dans l'évaluation.

Le président demande à la CFDT ce que signifie concrètement « que la CNAMTS se donne les moyens ».

La CFDT souligne le côté pervers du système de reversement qui permet finalement de se donner bonne conscience. Il s'agit simplement d'un compromis, sans accéder à une vérité des prix. Il n'y a pas d'incitation pour les employeurs à se diriger vers de véritables politiques de prévention, puisqu'il a été décidé de mutualiser la charge résultant de la sous-déclaration.

Or l'objectif doit être avant tout la santé des salariés, en lien avec l'enjeu capital de la prévention car les AT-MP constituent le premier pas vers la sortie de l'emploi durable. En région Rhône-Alpes, une étude a démontré qu'un tiers des licenciements étaient prononcés pour inaptitude, c'est-à-dire pour cause de maladie quelle qu'en soit l'origine.

Le président trouve le chiffre particulièrement important.

La CFDT relève qu'en lien avec le vieillissement de la population, l'inaptitude et l'invalidité jouent, en fin de carrière, dans le moment du départ en retraite. Des actions de prévention menées par les branches maladie et AT-MP conduisent à une signalisation des entreprises dans lesquelles le taux de maladie est particulièrement élevé, afin de procéder à une vérification de la cause qui peut éventuellement être professionnelle. Or, avec de tels moyens, la CNAMTS ne pourrait-elle pas agir ?

Le président répond que la branche maladie peut certes détecter les entreprises qui déclarent bien, mais la préoccupation de la commission est la sous-déclaration.

La CFDT indique que la CNAMTS pourrait alors s'interroger davantage sur les raisons qui conduisent salariés et employeurs à privilégier la sous-déclaration. Elle soulève le cas, typique selon elle, du salarié qui ne déclare pas un TMS comme maladie professionnelle simplement parce que le taux d'incapacité permanente qui lui serait attribué serait de toute façon inférieur à 10% tout en contraignant par ailleurs l'employeur à aménager le poste de travail pour respecter l'objectif de maintien dans l'emploi.

Il conviendrait donc de travailler sur l'assistance à la prévention de la désinsertion professionnelle, nombre d'employeurs, notamment les petites entreprises, étant désemparés face à cette situation. Or, si une entreprise crée un climat de confiance, cela peut constituer un facteur d'acceptation accrue de déclaration des MP.

Un autre problème est celui des risques psycho-sociaux : les faire reconnaître constitue un véritable parcours du combattant. L'exemple typique est celui du *burn-out*, dont la reconnaissance passe plus facilement par l'AT, alors que celle en tant que MP demeure encore très complexe. En effet, il n'existe pas de tableau concernant ce type de pathologie. Par ailleurs, le taux d'incapacité de 25% pose de véritables difficultés pour aboutir à une reconnaissance par le CRRMP. Une proposition de loi avait

d'ailleurs suggéré de faciliter l'accès au CRRMP en abaissant le taux à 0%. Cela permettrait au moins de cerner le volume de demandes de reconnaissance.

Le président demande à la CFDT si elle ne pense pas que le problème inhérent au système français tient à ce que le dépôt d'une demande de reconnaissance, en cas de tableau, tend à ouvrir automatiquement un droit à la reconnaissance. A l'inverse, au Danemark, par exemple, les demandes sont nombreuses mais le volume de reconnaissance est néanmoins assez faible.

La CFDT reconnaît en effet le problème tenant à l'effet contradictoire des tableaux : soit on ouvre le tableau avec des cases, soit on ne prévoit pas de tableau. Mais la vraie difficulté à ce propos vient surtout de leur évolution insuffisamment rapide (délais de 10-15 ans). Elle prend pour exemple le flou autour des RPS car il s'agit de pathologies émergentes, qui mettent en cause une globalité. La causalité n'est pas forcément établie de suite.

Elle insiste enfin sur le parcours du combattant que représente la déclaration de la MP, ainsi que sur la nécessité impérieuse de respecter le principe du contradictoire ; or le dossier est instruit par un technicien de caisse primaire qui n'a obligation de rencontrer ni les victimes, ni les ayants droit, et qui tend à interroger seulement l'employeur quand il se rend dans les entreprises.

Pour **le président**, il n'est pas cependant pas envisageable de créer une obligation générale car cela prendrait du temps. Il faudrait plutôt demander un droit à audition.

La CFDT rappelle que des entreprises persistent à faire pression sur leurs salariés pour les dissuader de déclarer leurs accidents ou maladies. L'exemple de Michelin a souvent été cité, même si ce qui a été dit en l'espèce par certains média était exagéré. Le sujet du contrôle pose de toute manière une vraie question en termes de compétence des agents, qui gagneraient à être spécialisés : la détection des abus en matière d'arrêts de travail exige en effet d'autres connaissances que celle des causes possibles d'accidents du travail, pour lesquelles les agents des CARSAT seraient mieux armés.

Par ailleurs, la CFDT dénonce que ce travail de montage de dossier ainsi que toutes les contestations soient payés par les caisses primaires et non par les employeurs.

La DSS répond que ces coûts sont néanmoins pris en compte par la « majoration M2 ». Cependant, **la CFDT** souligne que la caisse doit toujours répondre en recommandé, ce qui représente un coût de 12 millions d'euros pour la sécurité sociale. On pourrait pourtant songer à une dématérialisation de ces réponses.

Par ailleurs, la CFDT revient sur le problème de sous-déclaration des cancers professionnels, en lien avec l'allongement du délai d'exposition qui résulte du recul de l'âge de la retraite (ex : cancer du sein et travail de nuit). Grâce au Plan cancer, les dépistages sont plus fréquents, mais il demeure néanmoins le problème de la prise en charge. En réalité, même si la réforme des retraites prend de plus en plus en compte ces problématiques, la CFDT pointe le passif de la France sur le sujet, d'autant plus avec un public vieillissant et un fort absentéisme.

D'autre part, la CFDT relève un isolement accru des hôpitaux. Même si la branche AT-MP a bien tenté d'améliorer les choses avec la lettre réseau, il faudrait pour autant arriver à faire évoluer le système, notamment administratif, dans les hôpitaux. La solidarité nationale paye beaucoup plus qu'elle ne devrait.

Le président est dubitatif quant à la manière de réaliser ce changement. D'autant plus que cela concerne bien davantage les AT, car les MP ne sont pas dans l'urgence instantanée. Dans ce cas, le problème tient alors aux médecins traitants qui ne pensent pas à rechercher l'éventuelle origine professionnelle d'une pathologie. Or, de ce point de vue, de nombreuses opérations ont été mises en œuvre par la CNAMTS.

La CFDT répond que lorsque, à l'occasion des réformes de santé au travail, le filtrage institué est clair (exemple type de l'amiante), c'est positif. Cependant, il est patent que concernant l'exposition professionnelle à la silicose par exemple, le processus demeure complexe.

Il faudrait finalement aller vers la mise en œuvre de véritables actions de sensibilisation car aujourd'hui l'intérêt de déclarer ou pas une MP est pesé par les salariés sachant qu'en toile de fond, persiste la problématique de stigmatisation du salarié qui déclare. Or, si un salarié déclare un TMS par exemple, cela signifie que d'autres en ont certainement aussi. Cependant, cela représente un coût pour l'employeur (qui se retrouve souvent isolé), en impliquant une remise en cause totale de l'organisation du travail dans l'entreprise.

La CFDT a l'impression que peu de choses ont évolué depuis la dernière commission, bien qu'il s'agisse, certes, d'un processus d'évolution à long terme. Mais les contraintes des entreprises par rapport au coût social du travail peuvent amener à des dérives tenant à la baisse de leurs charges. La fourchette sera certainement à peu près équivalente, pour autant, il faudrait se placer dans le haut.

Enfin, il faudrait un meilleur accompagnement des victimes dans la reconnaissance car les salariés affirment de manière récurrente qu'ils ne savent pas comment faire. Or cet accompagnement ne peut peser sur l'entreprise car des connaissances médicales sont nécessaires. On assiste alors au développement de cabinets privés spécialisés en AT-MP, prenant le relais des sujets liés à l'amiante.

3°) Le MEDEF (Mme CORMAN, Mme BUET et M. PELLET)

Le MEDEF indique tout d'abord que sur cette question de l'évaluation de la sous-déclaration des accidents du travail et maladies professionnelles (AT-MP), qui demeure un exercice intéressant même si celui-ci revêt désormais un côté rituel, il fera une réponse globale.

Il rappelle tout d'abord que le transfert, sur 2014 et les deux années précédentes, s'est élevé à 790 M€. Il est inenvisageable qu'il augmente ; il devrait même baisser. C'est un enjeu économique pour les entreprises, mais pas seulement : l'enjeu est aussi de prévenir les risques professionnels, car les AT-MP sont tarifés selon une méthode qui a pour objectif d'inciter à la prévention. Or si les entreprises n'ont pas davantage de prise sur la cotisation qui leur est réclamée, l'effet incitatif à la prévention diminuera.

De surcroît, il n'y a jamais eu d'objectivation de cette sous-déclaration : on est dans la fixation d'une sorte de forfait. Or celui-ci ne doit en aucune façon être vu par les pouvoirs publics comme un moyen de combler le déficit de la branche maladie.

1. Les évolutions des chiffres AT-MP depuis 2011

Le MEDEF développe les éléments en faveur de la baisse du montant :

- le nombre d'AT est à un niveau historiquement bas : 35%. Cela signifie que la prévention a augmenté et que la sinistralité a baissé. Ce niveau manifeste l'efficacité du système de prévention et légitime donc une baisse parallèle du montant ;
- sur l'évolution des MP, l'interprétation est différente. Le critère évident et majeur est l'évolution constante de la définition de la MP, c'est-à-dire de ce que les textes qualifient comme telle. Il est intéressant à ce propos de relever que le système du CRRMP est efficace : il prend en charge de plus en plus de maladies. Dans d'autres pays, les systèmes fonctionnent de cette façon alors qu'en France persiste le système par tableaux de présomption. Le MEDEF conclut en affirmant que les résultats enregistrés montrent que, au minimum, la dangerosité du milieu professionnel n'a pas augmenté.

Le MEDEF relève ensuite les éléments du rapport de 2011 que la commission doit garder à l'esprit :

- la France est le pays qui reconnaît le plus de MP (282/100000 salariés). Le système est donc très large ;
- de plus, la force de la présomption est supérieure en France. Ceci explique, pour EUROGIP, l'attractivité du système français. Le MEDEF donne l'exemple des plaques pleurales, indemnisées indépendamment des capacités pulmonaires alors que l'Angleterre a décidé de ne plus les indemniser et que l'Allemagne conditionne l'indemnisation à de graves difficultés respiratoires ;
- enfin, la France se préoccupe beaucoup de la sous-déclaration alors qu'en Finlande et en Allemagne ce n'est pas un sujet, ce qui est révélateur car il est improbable que le milieu du travail soit plus pathogène en France que dans ces pays.

2. La mise en œuvre des préconisations du rapport de la commission de 2011

Les précédents rapports ont dénombré plusieurs facteurs de sous-déclaration en les classant par publics (médecins, entreprises, victimes). Or, de nombreux efforts réalisés doivent être notés :

- concernant les victimes, un effort important d'information est venu des agences de prévention (ANACT, INRS), des agences spécialisées (Ligue contre le cancer) et de la CNAMTS avec la publication de guides pratiques. Ainsi, il est difficile de penser qu'il n'y a pas eu d'information des victimes pour savoir comment déclarer ;
- concernant les médecins, il faut voir que la formation du corps médical a bien changé : un portail spécifique pour les médecins et les professionnels de santé a été créé par la CNAMTS (site Améli.fr). De plus, les sources de documentation référencées par Google sur le sujet se sont accrues de manière considérable. Il y a aussi eu un effort sur les connaissances scientifiques, notamment dans le cadre du dernier Plan santé. Par ailleurs, les budgets des organismes tels que l'INRS et l'ANSES en matière de recherche en santé au travail sont en progrès ;
- concernant les caisses primaires d'assurance maladie, ont été publiées des lettres internes de cadrage des caisses, notamment sur les TMS et les maladies professionnelles. Par ailleurs, une discussion est menée dans le cadre du COCT relativement à la rédaction d'un guide sur la prise en charge des risques psycho-sociaux, à destination des médecins experts des CRRMP ;
- concernant les employeurs, avec les fiches d'expositions (risques chimiques, cancérigènes), les entreprises ont développé leur pratique de la traçabilité des expositions. Elles mènent donc une politique de sensibilisation et de prévention des risques professionnels ;
- concernant l'administration, le MEDEF constate une amélioration du traçage des expositions, avec un impact sur les consultations de pathologie professionnelle (surveillances post exposition).

Par ailleurs, il rappelle qu'était reprochée à l'administration la lenteur de l'évolution des tableaux. Or, le Dr. Pellet (membre d'un groupe d'experts européens travaillant sur les notices européennes des MP et expert auprès du BIT) s'oppose à cette idée. En effet, l'an passé, la commission européenne a fait faire un audit sur l'ensemble des pays d'Europe qui a conclu que, quelle que soit la manière dont les pays procèdent, les travaux durent entre un an et demi et deux ans car ils nécessitent la participation et l'entente des partenaires sociaux, de l'Etat et des organismes assureurs. La France se situe donc dans la moyenne. En ce sens, le MEDEF cite la réflexion actuelle sur la maladie de Parkinson et l'exposition aux pesticides ; le problème étant de déterminer précisément les expositions susceptibles de conduire à cette maladie, ou de la favoriser. La discussion est nécessairement longue.

Une autre chose est reprochée au système : la CPP serait actuellement inactive. Ce n'est pas exact, car de nombreux dossiers ont été traités dernièrement : de nombreuses réflexions ont été menées, par exemple sur le tableau 15 ter, le tableau 57 et sur le butadiène.

Compte tenu de tous ces facteurs, le MEDEF soutient que seule une baisse du transfert serait envisageable.

3. Questions diverses

Le MEDEF évoque le sujet sensible relatif à la fraction de risque attribuable. Il est très réservé sur une application grossière des fractions de risque attribuable pour déterminer le coût des MP. A ce titre, il prend pour exemple les maladies liées au stress.

Sur ce sujet, la Société française de psychiatrie, la Société française de médecine du travail et la CPP du COCT ont considéré que l'indemnisation des risques psycho-sociaux ne pouvait pas passer par un tableau mais par une expertise individuelle. Il a par ailleurs été permis aux médecins conseils d'attribuer un taux virtuel d'IPP aux dépressions graves afin de favoriser les expertises individuelles au niveau des CRRMP. En réalité, seuls six pays indemnisent les RPS, et tous le font au travers d'expertises individuelles. Avec le système des CRRMP, la France, en nombre de maladies prises en charge, se situe derrière le Danemark et devant l'Italie. Il s'agit ainsi d'une approche médicale, opposée à une approche statistique.

Sur le problème de la sous-traitance et des opérations de maintenance, le MEDEF relève que dans de nombreux secteurs, des progrès indéniables ont été réalisés en matière de prévention. Aucun élément fiable et actuel ne nous amène à penser qu'ils seraient des vecteurs particulièrement importants de sous-déclaration.

Le MEDEF insiste sur le fait que, s'il faut inévitablement maintenir une politique de prévention, il est aussi indispensable de préserver la marge de manœuvre financière des entreprises en ne les accablant pas de charges indues.

Par ailleurs, le MEDEF regrette que l'évaluation porte sur les points négatifs et non sur les progrès réalisés toutes ces dernières années. Il faudrait ainsi essayer d'évaluer le progrès.

Enfin, le MEDEF souligne certes que les 3/4 des MP sont des TMS, cependant les maladies graves se caractérisent en général par un délai de latence d'une vingtaine d'années. Par conséquent, le problème d'une éventuelle déclaration en MP devra être assuré par le corps médical pour déterminer si le salarié a été exposé à un facteur de risque professionnel. Mais il n'y a pas de volonté patronale de sous-déclaration.

4°) La CFE-CGC (M. SALENGRO et M. EXPERT)

La CFE-CGC rappelle que le système de la branche AT-MP repose sur un équilibre difficile : le système de réparation est tout à fait limité. De son expérience, la sous-déclaration est indiscutable, autant pour les AT que pour les MP. Lors de la journée mondiale santé sécurité au travail du 28 avril dernier, le P^r William Dab a d'ailleurs souligné que la santé au travail était en réalité éloignée de l'évaluation effectuée par la branche AT-MP. Ce « gap » pose problème. Quant aux tableaux de MP, ils ne correspondent pas à la complexité des maladies et de leur émergence (système bi-entrée).

La persistance de pratiques de sous-déclaration des AT :

La CFE-CGC relève que les grands groupes s'attachent à limiter la portée des arrêts de travail, soit en ne les déclarant pas, soit en essayant de diminuer leur durée en proposant des reprises de travail

justifiée par l'aménagement du poste, ce qui joue évidemment sur la tarification. A l'inverse, dans les petites entreprises, il s'agit plutôt d'un refus des employeurs de reconnaître les droits des salariés.

La CFE-CGC pointe le problème particulier tenant aux risques psycho-sociaux : 28 % des invalidités sont liées à des syndromes dépressifs. Pourtant, leur taux de reconnaissance par les CPAM en tant que MP est très bas, avec en outre de nettes disparités régionales.

La deuxième cause d'invalidité, ce sont les troubles ostéo-articulaires non pris en charge du fait des conditions prévues par les tableaux. En même temps, il faut bien reconnaître que la qualification de MP n'est pas forcément intéressante au regard de ce que procure une pension d'invalidité. Mais lorsque cette seconde piste n'est pas envisageable, du fait d'une incapacité de travail insuffisamment réduite malgré une incapacité à demeurer dans son emploi, alors le salarié peut être tenté d'engager une action en reconnaissance de la faute inexcusable de son employeur, seul moyen d'obtenir une réelle indemnisation de son préjudice professionnel qui peut être majeur avec une incapacité permanente de 8% (cas des pathologies de l'épaule).

La problématique de la sous-déclaration des MP :

La CFE-CGC commence par rappeler l'impact visible de la modification du tableau 57 A sur la sinistralité des pathologies de l'épaule.

Elle constate ensuite la quasi-impossibilité de faire reconnaître les pathologies articulaires hors tableau. Concernant les troubles ostéo-articulaires hors TMS, au-delà de la question du seuil de 25% d'incapacité permanente, le système complémentaire est très opaque : il est à la main du médecin conseil et dépend aussi de la politique des caisses. En effet, on constate des différences de traitement selon les régions. Si le médecin estime qu'il n'y a pas les 25% d'incapacité, la réparation ne sera pas possible, à moins d'opter pour une stratégie consistant à imputer le trouble à un AT.

De plus, le système est tout à fait opaque concernant les voies de recours dans le cas de figure où le médecin décide de ne pas transmettre le dossier à la CRRMP au motif d'un taux potentiel inférieur à 25 %. Le salarié ne connaît pas le motif réel de ce refus à transmettre et les voies de recours. Dès lors, la pathologie est forcément prise en charge par la branche maladie.

La CFE-CGC dénonce aussi la complexité du parcours pour faire reconnaître une broncho-pneumopathie chronique obstructive (BPCO) ou une bronchopathie d'origine professionnelle. Cette difficulté est liée à la multiplicité des polluants en cause. Peuvent être en cause, outre les causes professionnelles (bâtiment, etc.), le tabagisme et la pollution générale. Ces pathologies représentent environ 100 000 décès par an.

La CFE-CGC souligne aussi la complexité relative à l'établissement d'une déclaration de MP. Se poser la question de l'origine professionnelle n'est pas dans la culture du personnel soignant ; et surtout pas dans la formation des médecins. Pour ce qui concerne la formation continue, les procédures administratives ne sont pas enseignées. Cette difficulté est accrue par la rareté des MP dans la pratique des médecins traitants qui n'en rencontrent qu'une ou deux par mois.

Par ailleurs, est constaté un trou statistique concernant les pathologies liées à l'amiante dans le secteur de l'intérim.

Concernant les cancers professionnels, la CFE-CGC relève un trou statistique pour les cancers broncho-pulmonaires, mais aussi concernant le cancer de la vessie. En effet, certains cancers sont sous-évalués, voire oubliés, notamment les cancers de la peau liés à l'exposition au rayonnement solaire. Ex : le carcinome spinocellulaire intervient à un âge avancé de la vie (après la retraite) ; or les médecins ne se posent plus alors la question de l'origine professionnelle (huiles minérales, arsenic, UV)

Il y a aussi la question des solvants : un tableau existe certes (tableau 84), cependant, les déclarations à ce titre sont très faibles. Il s'agit d'un tableau très peu fourni avec une très large population concernée. La CFE-CGC constate que de ce fait les atteintes engendrées passent souvent en maladie. Que dire de l'étude de la cohorte GAZEL (EDF) qui démontre l'atteinte des fonctions cognitives des anciens salariés exposés aux solvants ? Quelle chance qu'elles soient réparées ?

Les risques psycho-sociaux pèsent de façon importante sur la branche maladie et plus précisément sur les indemnités journalières. Le seuil de 25% d'incapacité permanente est très incertain à ce sujet.

Le cas particulier de l'hôpital et du secteur hospitalier :

Pour ce qui concerne l'hôpital, le phénomène de défaut d'imputation persiste et demeure important. Cette problématique rejoint une nouvelle fois l'insuffisance de formation des médecins, en général, sur le sujet. L'idée que le médecin DECLARE l'AT ou la MP persiste. La méconnaissance très partagée de ce qu'est le concept juridique de la présomption d'imputabilité également. Cependant, ce n'est pas celui qui soigne qui remplit les dossiers ; il s'agit donc aussi d'une méconnaissance administrative. La CFE-CGC propose par conséquent de développer des adaptations des logiciels dans les hôpitaux, qui permettraient de matérialiser la contrainte de remplir le caractère professionnel ou non professionnel.

De plus, la problématique des dépassements d'honoraires constitue un frein à l'utilisation des droits AT-MP.

Divers :

La CFE-CGC constate une méconnaissance des droits concernant la prise en charge des soins en post consolidation. Pourtant, le dispositif existe, mais semble parfois peu apprécié des médecins conseils. Cela concerne de nombreuses pathologies professionnelles, notamment les asthmes professionnels, mais cela demeure peu développé (plutôt ALD en maladie).

Le suivi post-professionnel (SPP) demeure insuffisant. En effet, il est nécessaire de renouveler à chaque échéance déterminée par les textes une démarche auprès de la caisse ; le droit n'est pas reconduit. De plus, il y a une totale méconnaissance du SPP, alors que son champ est assez vaste. Il permet de faire un dépistage précoce et de bénéficier d'un suivi. En matière d'amiante, il s'agit surtout de la réparation pour l'instant. Mais le SPP permet aussi d'améliorer la connaissance sur les sinistres.

L'idée, au travers de la réparation, est de motiver les employeurs. La logique de l'entreprise est avant tout financière : c'est l'intérêt du système. Les employeurs ont des obligations, comme la déclaration des risques ; pour autant, elles sont peu respectées.

5°) La CGT (M. NATON, M. DELAUNAY et M. JOURNOUD)

En préparant l'entrevue, la CGT s'est rendue compte qu'elle n'avait en réalité pas grand chose à retrancher ou rajouter par rapport aux propos développés il y a trois ans, lors de la commission antérieure.

Selon la CGT, les enjeux AT-MP sont révélateurs du « mal-travail » dont les conséquences humaines et financières deviennent, avec la crise, un défi pour le système même de sécurité sociale. Le débat AT-MP est un sujet passionné voire passionnel ; même si on fait abstraction de la question du « qui paye ? », le coût du « mal-travail » a pris des proportions dans l'échelle des dépenses qui mettent en danger le système même de sécurité sociale.

La CGT regrette qu'au niveau ministériel ce débat ne soit pas porté avec l'intensité appropriée. Depuis 30 ans, les mêmes mesures sont proposées, sans porter une réelle attention sur les causes ; c'est-à-dire sans interroger le travail lui-même.

Dans l'actualité, le sujet renvoie à plusieurs publications :

- le rapport IGAS de juillet dernier sur le sujet « travail et santé » ;
- le document de l'IRDES de mars 2011 sur les dépenses de santé au travail ;
- la réflexion menée par la CNAMTS sur l'explosion des indemnités journalières (IJ).

Le débat est le suivant : comment, à partir d'un constat partagé, avoir une politique qui mène à interroger le travail (son organisation, ses conditions, son sens) pour tendre à rechercher les solutions aux conséquences du « mal-travail » ? La CGT ne se situe pas dans la seule logique de répression vis-à-vis du patronat, mais dans un esprit d'aide à la compréhension et à la recherche de solutions. En effet, l'idée est de participer à une réflexion sur l'apport du rapport dans l'aide à la compréhension et dans le choix de préconisations qui parviennent à pousser les administrations à changer. Le changement doit consister à mettre en place une politique de prévention dans ce pays.

Le constat sur la montée des maux est quasi-partagé. La CGT relève l'insuffisance des avancées sur le sujet des risques psycho-sociaux (RPS) qui constituent un défi humain et financier largement devant nous et qui pèsent sur les dépenses de santé (maladie).

L'administration doit être la plus juste possible dans le calcul du montant qui devrait revenir à la branche maladie. Sauf que le défi financier n'est rien par rapport au défi humain.

La CGT résume les éléments qui n'ont pas évolué depuis trois ans :

- problème de l'hôpital et de la carte Vitale. Le médecin pourrait devoir faire un CMI ; il faut donc travailler le lien entre carte vitale et ATMP ;
- réticence du corps médical à utiliser l'imprimé CERFA pour la prise en charge des frais médicaux suite à un AT ;
- utilisation quasi systématique de la carte Vitale par le corps médical suite à un AT (médecin, pharmacie, clinique, hôpitaux...) ;
- question des dysfonctionnements du système, notamment dans la gestion des courriers par les CPAM ;
- attitude des médecins conseils : ces médecins envoient des courriers en disant qu'il n'y aura pas d'incapacité indemnisable sans aucune consultation des patients (cas illustratifs cités par la CGT) ; le taux d'IPP est fixé sans consulter ni même examiner la personne ;
- pratique de certains employeurs pour ne pas déclarer un AT ou d'éviter des arrêts de travail (poste aménagé, absence autorisée, prise en charge de frais médicaux...) ;
- méconnaissance importante des procédures déclaratives et de reconnaissances des MP notamment chez les salariés ;
- difficultés des médecins traitants à faire le lien entre pathologie et exposition professionnelle ;
- sanction inexistante des CPAM, CARSAT suite au refus de l'employeur de déclaration d'un AT ;
- écart entre les résultats de l'enquête de l'inspecteur de la CPAM et la décision de cette dernière notamment concernant les RPS.

1. Eléments de contexte

Il y a trois ans, on observait une inflexion des AT-MP, qui était aussi le fruit du travail des syndicats, ainsi que des services de prévention des institutions. La question des AT n'est plus banalisée par les différents acteurs. Le vrai défi repose en réalité sur les MP. Ex : risques chimiques. Selon l'Invs, un grand nombre de cancers professionnels ne sont pas identifiés comme tels.

La CGT est très critique sur l'évolution du tableau 57. Elle propose de mener un exercice intéressant qui consisterait à se demander si l'évolution globale est à une diminution des TMS, ou si le transfert serait uniquement dû à la modification du tableau. Ce débat doit être souligné dans le rapport car la diminution des TMS (de leur déclaration) est significative. On n'est cependant pas simplement

dans un jeu (modification des règles pour agir sur les statistiques AT-MP) ; il faut tenir compte aussi de l'évolution du tissu économique : si on ferme toute l'industrie agroalimentaire en Bretagne, on tarit une source certaine de TMS par exemple.

C'est pour cette raison que le rapport constitue une source très importante, dans le but d'éclairer les « modestes » décideurs et militants.

Sur le système lui-même, **les améliorations ne se font pas suffisamment rapidement**. En ce sens, la problématique du milieu hospitalier et des flux imputés sur la carte Vitale n'a pas connu d'avancée (autre que marginale). Il s'agit pourtant d'un vrai défi qui relève de notre propre autorité quand on est administrateur à la sécurité sociale.

2. Les dysfonctionnements dans les CPAM

La COG AT-MP précédente a choisi de mettre le système de sécurité sociale au service des assurés sociaux et des victimes : il s'agit d'un service attentionné et intentionné, c'est une évolution très significative. Or, trop de problèmes de **pratiques indignes persistent** et font que par l'attitude de certains services dans les caisses primaires, le parcours du combattant se trouve encore complexifié. C'est inacceptable car le système de sécurité sociale a le devoir d'être au service des victimes et non pas de rajouter, par des suspicions et des méthodes inquisitoires, du complexe et du malheur. Il s'agit là d'un devoir d'alerte. Or, les comportements ont du mal à bouger, ce qui n'est pas recevable car ce débat ne se situe pas tant sur les moyens que sur les comportements.

Par ailleurs, il faut reconnaître que sous la pression du corps social, certaines pratiques de certains employeurs se sont « calmées ». Pour autant, la majorité des entreprises n'a pas de CHSCT ; cette structure permet pourtant d'aider les victimes.. En effet, dans le cadre de la procédure de reconnaissance, les victimes peuvent subir un deuxième choc : le refus opposé par les commissions de recours amiables (CRA) des CPAM, qui remettent rarement en cause les décisions des CPAM, même quand les dossiers produits par les victimes sont à charge. C'est très dur pour les victimes, surtout en ce qui concerne les risques psycho-sociaux.

De façon très majoritaire, même lorsqu'on dispose d'éléments à charge (intervention du CHSCT, courrier de témoignage de la victime, enquête de l'inspecteur de la CPAM, etc.) et que la CPAM n'admet pas *in fine* la reconnaissance, cela oblige les victimes à saisir le TASS pour faire reconnaître ces AT-MP. Or, le risque d'être débouté n'est pas nul. Ces situations sont très mal vécues par les victimes, notamment, encore une fois, de RPS, ce qui pose au passage le problème plus général de l'absence de tableau pour certaines MP.

D'autre part, la CGT constate de nombreux **dysfonctionnements quant à la réception de courriers par les CPAM**. D'autant plus qu'en cas de dysfonctionnement, la charge de la preuve pèse sur la victime.

Sur la question des MP, l'attitude de certaines CPAM est inacceptable. La CGT donne **l'exemple de la CPAM du Var** : enquête menée par l'inspecteur de la CPAM qui voit l'employeur (tableau 30 bis). Refus pour motif administratif car il n'y a rien dans le dossier employeur. *In fine*, tout est fait pour que les victimes finissent devant le TASS.

3. Les pratiques des entreprises

Concernant les pratiques des employeurs, il y a six ans, était dénoncée la pratique du paiement par l'employeur de la consultation médicale. Sur ce point là, un très gros travail a été accompli avec la CNAMTS (apport de preuves), sous l'impulsion des syndicats.

Finalement, les victimes le sont à plusieurs titres : accidents, pressions sur elles et question du déroulement de carrière en toile de fond. Le vrai dilemme des syndicats dans les CHSCT tient à ce que parfois les victimes ne veulent rien dire et rien faire.

Il y a trois ans, étaient constatés quelques comportements qui ont par la suite été modifiés par les employeurs : ceux-ci n'entrent plus désormais dans le cabinet médical. Cependant, subsiste la pratique consistant à donner un courrier type informant le médecin traitant sur les possibilités de poste aménagé. Or, cela renvoie à la responsabilité individuelle de la victime, ce qui est paradoxal.

Aujourd'hui le système déclaratif de l'AT relève de l'employeur (et de la victime dans les deux ans). Or, il est possible de **s'interroger sur ce système déclaratif** : est-il satisfaisant compte tenu des pressions possibles de la part de celui qui est à la fois juge et partie ?

- **Le problème d'accessibilité du registre d'accidents bénins**

Concernant la question pour les entreprises d'avoir un registre d'accidents bénins (souvent dans les grandes entreprises), deux CARSAT ont mené des expériences sur la déclaration informatique. En effet, les syndicats dénoncent l'opacité du système actuel : le CHSCT n'est pas du tout en lien et ne peut pas consulter.

La CGT dénonce le fait que ce registre se trouve souvent dans le bureau du chef d'entreprise. Or cette circonstance modifie la démarche. Auparavant les registres se trouvaient généralement dans les infirmeries, aujourd'hui ils ont été repris par le management.

- **La question de la sous-traitance, de l'intérim et de la maintenance**

La CGT aborde le problème de la gestion de la sous-traitance du risque. La prochaine négociation sur la démocratie sociale a pour but de faire évoluer le droit, et notamment les possibilités des CHSCT. Le défi se pose aussi en termes d'organisation des lieux de représentation : ouvrir le droit du CHSCT pour tous les travailleurs.

Pour **la DSS**, ces problématiques amènent à interroger le système AT-MP lui-même, d'après lequel le responsable du sinistre doit payer. Or, ce système peut mener à des comportements d'externalisation du risque. La DSS demande ainsi le point de vue de la CGT sur la mutualisation.

La CGT répond que les réponses sont multiples et doivent passer par une reprise de discussion entre les acteurs. Il faut poursuivre la prise de conscience selon laquelle le système est à la limite du soutenable.

Par ailleurs, des évolutions réglementaires sur le rôle des donneurs d'ordre sont nécessaires : il faut aller beaucoup plus loin, y compris dans la tarification. C'est ce qui a été fait dans l'intérim mais pas dans la sous-traitance. En effet, la loi de 1975 doit être renforcée et donner des obligations plus fortes aux donneurs d'ordre. La possibilité de suivre les salariés au sein d'un groupe dans les services de santé au travail doit être développée.

- **L'attitude problématique des employeurs consistant à faire durer les procédures**

Dans le cadre des procédures, la CGT dénonce l'attitude du patronat consistant à faire durer les procédures de façon à se jouer du délai de deux ans pour la faute inexcusable de l'employeur. Il n'est pas acceptable que certains tribunaux acceptent jusqu'à cinq demandes de renvoi ; les délais devraient être stoppés, car il y a là une forme de « flibustering » destinée à paralyser l'application de la loi.

4. Les transferts de charges à la branche maladie (via la carte Vitale)

La carte Vitale a ceci de remarquable qu'elle permet, en cas de tiers payant, le remboursement rapide soit du prestataire de soins ou de produits, soit du bénéficiaire s'il n'y a pas de tiers payant. Au contraire, le formulaire CERFA pour la MP ou l'AT entraîne ipso facto un traitement manuel, beaucoup plus long et, parfois, aléatoire. Le recours à la carte Vitale, et donc à la branche maladie, est ainsi implicitement, mais effectivement encouragé. La CGT estime qu'il devrait être possible de recourir à la carte Vitale tant pour la branche maladie que pour la branche AT-MP. Tout au moins, pourrait-on faire en sorte que ce qui est enregistré d'abord en maladie puisse, une fois les démarches effectuées, être reclassé en AT-MP.

Pour la CGT, le principe d'imputabilité doit aussi s'appliquer pour le coût AT/MP, c'est-à-dire que la *branche AT/MP avance les fonds et non la branche maladie comme c'est le cas aujourd'hui*. Il est fort à parier que ça aurait des impacts positifs sur la « gestion », les procédures et la sous-déclaration y compris institutionnelle évoquée précédemment.

5. Ouvrir la reconnaissance des risques psycho-sociaux par un tableau

Sur le sujet, d'importants travaux ont été menés (mission de Michel GOLLAC) avec des éléments objectivants. La CGT préconise d'accélérer l'évolution de la commission spécialisée du COCT car c'est un lieu de débats particulièrement stériles. Il y a une attente de la société. En même temps, il ne faut pas se laisser influencer par les campagnes médiatiques autour du « burn-out ». Quand tout le monde est soumis au burn-out, c'est que plus personne ne l'est spécifiquement. Or telle n'est pas la réalité. Il est donc de la responsabilité de la puissance publique et des syndicats de répondre à ces problèmes.

La nécessité d'ouvrir la reconnaissance avec un tableau est donc absolue, surtout en possession d'éléments scientifiques.

Si ce n'est pas l'Etat qui le fait, ce seront les juges. Or, la CGT met en garde contre une politique sociale qui se ferait dans les tribunaux. La nature du dialogue social elle-même est interrogée ; en plus d'une perte de la maîtrise de la réponse.

6°) La CFTC (M. NERON et M. KETTEL)

En liminaire, la CFTC souligne qu'elle a pu constater, au fil des années, une évolution positive sur la sous-déclaration. Cependant, elle juge que le montant du transfert doit être réévalué à la hausse car il a toujours été sous-évalué. Ce point de vue lui semble d'ailleurs être celui de toutes les organisations de salariés.

1. Les professionnels de santé

Les médecins de ville demeurent insuffisamment formés et informés à la problématique des accidents du travail et maladies professionnelles (AT-MP), mais cela se fait principalement sentir sur les MP. La formation de médecine permet une connaissance des pathologies mais n'invite pas au rapprochement de la pathologie avec le milieu professionnel. En 2005, la CFTC avait fait une proposition : organiser des rencontres de sensibilisation des médecins, financées par la branche, prioritairement dans le cadre de la formation continue, même si ce ne serait pas exclusif d'actions pendant la formation initiale. L'objectif est d'inciter à dépister l'origine et à faire le lien avec le travail. Cette proposition est réitérée à chaque rencontre avec le président de la commission de la sous-déclaration des AT-MP.

Ensuite, la médecine du travail demeure perçue comme une spécialité de second ordre, insuffisamment valorisée. Or la pénurie de médecins du travail est une réalité. Il faudrait, dès le début des études, valoriser cette spécialité, en relançant une grande campagne de communication comme cela avait été fait une année. Elle pourrait prendre la forme de rencontres avec des étudiants en début de cursus.

Il faudrait, par ailleurs, remonter le *numerus clausus* afin qu'il corresponde au nombre de postes ouverts : on se trouve en effet face à une situation paradoxale, où le nombre de postes de médecins du travail proposés dans des universités augmente, mais sans effet tangible puisqu'il y a moins d'étudiants que de postes à pourvoir et qu'ils privilégient d'autres spécialités. Pourtant, les postes de médecins du travail ne sont pas, au-delà de l'intérêt même de la matière, sans présenter d'avantages : des salaires élevés du fait de la pénurie soulignée et une meilleure conciliation entre vie professionnelle et vie familiale, d'où d'ailleurs le nombre élevé de femmes qui choisissent cette spécialité.

2. Les entreprises

▪ Les difficultés de traçabilité des expositions

La CFTC constate qu'aujourd'hui, par suite de plusieurs campagnes d'information, la plupart des entreprises respecte l'obligation d'établir un document unique d'évaluation des risques (DUER). Mais cette évolution positive est contrebalancée par l'absence fréquente d'actualisation de ce document, alors qu'il devrait l'être tous les ans, prenant en compte les nouvelles expositions et les nouveaux risques.

De plus, des salariés éprouvent toujours des difficultés à pouvoir le consulter : seuls les responsables syndicaux y parviennent. D'où d'ailleurs la revendication ancienne de la CFTC d'une remise annuelle d'un exemplaire de ce document à tous les salariés, ce qui leur permettrait d'avoir une profondeur historique sur leur exposition à des facteurs de risque.

Satisfaire à cette revendication paraît d'autant plus important que si l'entreprise a l'obligation d'établir un DUER, elle n'est pas tenue, en revanche, de conserver les anciennes versions de celui-ci dans une banque de données (il existe seulement une circulaire sans sanction), alors que cela peut poser problème lorsque l'entreprise disparaît. Pourtant, l'expérimentation menée en Seine-Maritime sur le cancer de la vessie a montré l'intérêt de cet archivage de données : une équipe de chercheurs a expertisé toutes les archives papiers des ingénieurs conseils qui notaient toutes les substances.

Une expérimentation poursuivant un objet similaire avait d'ailleurs été tentée dans le cadre de la précédente convention d'objectifs et de gestion (COG) de la branche AT-MP : il s'agissait, pour des entreprises volontaires, de remplir une base de données relative aux substances cancérigènes, mutagènes et reprotoxiques (CMR) qu'elles utilisaient. Mais les entreprises n'ont manifestement pas joué le jeu, de sorte que l'idée n'a pas été reprise dans la COG conclue pour la période 2014-2017.

Cela a au demeurant donné lieu à un important débat dans le cadre de la commission des AT-MP en 2012. La partie patronale et le directeur des risques professionnels de la CNAMTS ont souligné que la fiche d'exposition issue de la réforme des retraites de 2010 permettait de remplacer cette expérimentation, alors que cette fiche n'est remise au salarié qu'à certains moments. La CFTC propose donc que le salarié obtienne tous les ans une copie de cette fiche d'exposition, bien qu'elle soit insuffisamment renseignée puisqu'elle ne retrace que ce qui est répertorié comme porteur de risque en l'état actuel des connaissances et non pas toutes les expositions (notamment les substances chimiques, les nanomatériaux, etc.).

La question de la création d'un entrepôt de données permettant une vraie traçabilité devrait donc être posée. C'est d'autant plus essentiel qu'avec la réduction du nombre de médecins du travail, se développe un phénomène de concentration des services de santé au travail. Or, lorsque des services de santé au travail disparaissent, se pose la question du sort de leurs archives. Elles devraient normalement être reversées au médecin inspecteur du travail régional, mais ce n'est pas toujours fait.

La CFTC regrette donc que dans l'actuelle COG, la question de la traçabilité ait été totalement écartée au bénéfice d'un recentrage des priorités d'action sur les risques qui emportent aujourd'hui les dépenses les plus élevées. Or on ne peut pas faire de la prévention sans se préoccuper des possibles

risques émergents : diminuer la sous-déclaration passe aussi par la prise en compte et la traçabilité de l'ensemble des expositions ; le défaut de traçabilité d'aujourd'hui sera la sous-déclaration de demain. La CFTC renvoie sur ce point à la note qui avait été rendue sur l'expérimentation de l'entrepôt de données, qui était faisable juridiquement, économiquement et techniquement ; le blocage est seulement lié au refus des employeurs.

- **La dissimulation des AT**

Certaines entreprises s'attachent à éviter que les AT soient déclarés, craignant à la fois d'afficher un taux de sinistralité élevé et de voir leurs cotisations augmenter. Des pressions peuvent donc à ce titre être exercées sur les salariés. Ce n'est certes pas très fréquent, mais c'est néanmoins anormal, d'autant que cette attitude émane souvent de grandes entreprises.

Mais la sous-déclaration des AT peut être aussi le fait du salarié, qui n'informe pas son employeur du sinistre, notamment dans les petites entreprises. En effet, le contexte économique actuel pousse certains salariés à masquer des accidents bénins par crainte de perdre leur emploi. C'est évidemment très difficile à combattre.

- **Les moyens de l'inspection du travail**

La CFTC est inquiète des moyens qui demeureront à la disposition de l'inspection du travail par suite de la réforme du corps des inspecteurs. Cette réforme a suscité un grand débat, notamment au Sénat. En effet, la disparition du corps des contrôleurs du travail n'est pas compensée par une augmentation corrélative du nombre d'inspecteurs. Seul un tiers des contrôleurs pourront devenir inspecteurs. Les effectifs du corps des inspecteurs vont par ailleurs diminuer fortement en raison de nombreux départs à la retraite dans un proche avenir, qui ne seront pas compensés : on va passer de sections à trois agents à des sections comportant un seul agent.

Il faut aussi relever que le contrôle est parfois exercé par d'autres corps que celui de l'Etat. Exemple : le contrôle de l'Agence de sûreté nucléaire (ASN) lors de la construction de l'EPR qui avait fait état d'un phénomène de sous-déclaration dans le domaine du BTP. L'attitude de l'ASN sur ce point est à mettre en regard de celle du ministère du travail, qui ne paraît pas se préoccuper de la sous-déclaration, et des dispositions qui figurent dans la dernière COG, où la sous-déclaration renvoie seulement à la lutte contre la fraude (avec le rôle de la DGCCRF). Finalement, il n'y a pas vraiment de contrôle de la sous-déclaration.

La CFTC fait ensuite le lien avec la réduction des effectifs des ingénieurs et des contrôleurs conseils des CARSAT (baisse de 4% prévue dans la COG), alors pourtant que ce sont eux qui vont sur le terrain. A cette difficulté s'ajoute celle tenant à l'augmentation des tâches administratives qui leur sont demandées aux fins de faire remonter toujours plus d'indicateurs, ce qui accentue leur éloignement du terrain. La CFTC avait tenté de combattre cette évolution, mais en contrepartie, il a été décidé qu'ils seraient moins nombreux.

La CFTC relève par ailleurs le problème des intérimaires : normalement l'entreprise qui emploie devrait mettre en place un suivi des expositions, mais il est très difficile d'avoir une mémoire des expositions des intérimaires.

Lors de l'audition du directeur des risques professionnels et du directeur général du travail dans le cadre du COCT, la question de la présence des services d'inspection du travail au CHSCT avait été abordée. Selon le code du travail, l'inspecteur du travail et l'ingénieur CARSAT doivent être invités à assister au CHSCT. Or, les chiffres sur la participation aux CHSCT montrent que l'inspecteur du travail ne peut assister qu'à une réunion sur six. C'est pourtant l'occasion pour l'inspection du travail d'être présente dans l'entreprise et de se mettre au fait des problématiques de santé au travail. De même pour les services de prévention des CARSAT, qui n'ont pas plus les moyens d'assister aux

réunions de CHSCT, l'incitation financière va remplacer la présence des ingénieurs et des contrôleurs de sécurité dans les entreprises, au motif qu'il faut privilégier les démarches collectives.

En outre, la CFTC s'inquiète du devenir des CHSCT qui sont sur la sellette depuis plusieurs années. Ils risquent à terme de disparaître ou d'être fusionnés avec des délégués du personnel, selon la proposition du rapport VERKINDT.

3. La médecine du travail

La CFTC dénonce le manque de communication entre médecins du travail et médecins de ville, ce qui conduit au basculement de pathologies liées au travail vers la branche maladie.

Elle concède toutefois que la réforme de la médecine du travail, en permettant d'élargir les compétences des infirmières, constitue une solution pour faire face à la pénurie de médecins du travail.

Mais elle déplore le manque d'indépendance de la médecine du travail vis-à-vis de l'employeur dans certaines entreprises dotées de services de santé « autonomes ». Cette anomalie a été relevée au niveau du Parlement européen lors d'un débat sur l'indépendance médicale car dans d'autres pays, la médecine du travail est totalement indépendante des entreprises. La CFTC propose ainsi une organisation sous forme d'établissement public par exemple.

4. La prise en charge des soins

▪ La révision des tableaux de MP

La CFTC dénonce la lenteur excessive de révision des tableaux. Dans le précédent rapport, il était relevé qu'une cinquantaine de tableaux sur les dermatoses devraient être révisés.

A cette lenteur, s'ajoute la complexité de mise en œuvre des dispositions de certains tableaux, comme par exemple la partie A du tableau 57 : depuis sa révision, elle contient des dispositions très restrictives dues à l'intégration de critères chiffrés (élévation du bras à 60° du torse pendant au moins 3 h 30 par jour), qui sont sans doute justifiées au plan médical mais dont la preuve est difficile à rapporter pour le salarié. Il ne faut pas s'étonner dès lors d'observer une baisse de la déclaration de MP pour ce tableau, ce qui a pour conséquence un transfert vers la branche maladie pour les victimes qui n'arrivent pas à établir le lien entre leur pathologie et le travail. Pourtant, les organisations du travail n'ont pas changé. C'est une des raisons pour lesquelles la CFTC demande une augmentation du transfert.

Bien que la CFTC accepte une redéfinition des tableaux, cela ne doit pas remettre en cause la présomption d'imputabilité. En effet, cela ne peut qu'entraîner un transfert vers l'assurance maladie.

Elle souligne enfin le problème posé par le seuil d'incapacité requis (25%) pour un passage devant le comité régional de reconnaissance des maladies professionnelles (CRRMP), dont l'effet se fait durement sentir en matière de lésions psychiques, l'atteinte de ce seuil pour ces cas ne concernant que les plus graves. Sa suppression est donc souhaitable, en contrepartie de quoi la CFTC pourrait accepter des critères plus rigoureux pour certains tableaux.

▪ Les RPS

Pour la CFTC, il faudrait créer un tableau permettant une prise en charge des psychopathologies professionnelles, même si cette entreprise s'avère complexe. Elle relève que l'Organisation internationale du travail se positionne en ce sens puisqu'elle a révisé l'annexe de sa recommandation n°194 sur la liste des maladies professionnelles en y intégrant les psychopathologies, même si cette annexe ne correspond pas à un tableau de maladie professionnelle au sens du droit français. Des outils sont validés scientifiquement et prouvent le lien entre certaines psychopathologies et le travail. Ils sont

surtout développés aux Etats-Unis et sont repris dans l'enquête SUMER. Mais le problème est d'arriver à construire une méthodologie qui puisse mettre en évidence le lien entre le risque et la pathologie, avant même la survenance caractérisée de cette dernière. Au contraire, pour un stress post traumatique le lien avec le travail est évident. Elle cite en ce sens une étude sur le suivi d'AZF.

▪ **L'harmonisation des taux de reconnaissance**

La nouvelle COG (2014-2017) témoigne d'une prise de conscience car l'Etat s'est engagé à poursuivre les travaux d'actualisation des barèmes indicatifs. En effet, les barèmes indicatifs qui ont vingt ans d'ancienneté sont à revoir et à mettre à jour. La CFTC regrette que les conclusions du groupe RUELLAN n'aient toujours pas entraîné de changement.

La CNAMTS devrait poursuivre l'effort de définition de critères communs pour la fixation de taux d'IP homogènes par les médecins conseils. Même s'il est vrai que les cas sont rarement similaires, il est tout de même nécessaire de resserrer l'écart-type. La CFTC souligne néanmoins les efforts réalisés par la CNAMTS, en matière d'instruction.

Elle constate qu'il existe des interprétations des barèmes différentes selon les Cours d'appels, mais l'unification de la jurisprudence relève de la Cour de cassation. La CFTC souligne qu'il existe aussi des évolutions importantes dans les définitions des différents chefs de préjudices et dans leur évaluation et qu'il faut faire évoluer les barèmes pour être en cohérence avec ces évolutions.

La CFTC soulève la problématique récente de la diffusion d'un guide barème par la direction des risques professionnels de la CNAMTS qui a donné le sentiment d'avoir privilégié le déficit fonctionnel. En effet, le barème AT-MP ne distingue pas le préjudice lié au déficit fonctionnel du préjudice professionnel. La CFTC serait favorable à une scission du barème car elle constate qu'aujourd'hui les modalités de réparation des accidents du travail et des maladies professionnelles sous-estiment les préjudices lorsque le taux d'incapacité est inférieur à 50%. Or si le barème est totalement éloigné de la pratique des tribunaux, les victimes d'AT-MP seront moins bien indemnisées qu'en application du régime de réparation de droit commun. Dans les autres cas d'indemnisation sur la base d'un barème forfaitaire (FIVA, ONIAM, etc.), le barème est réévalué périodiquement compte tenu de l'évolution de la jurisprudence ; ce qui n'est pas le cas des barèmes AT et MP.

5. Les victimes

La CFTC constate que les victimes sont délaissées et ne connaissent pas les démarches à accomplir. Des efforts ont toutefois été faits par la CNAMTS qui a élaboré des dépliants publiés sur son site « Ameli.fr » depuis février 2014.

La CFTC propose que les assistantes sociales aient des informations pour pouvoir conseiller, accompagner les victimes et les informer sur leurs droits aux diverses prestations et leur éventuel cumul.

Afin de combattre le phénomène de sous-déclaration, il faudrait pouvoir disposer de données vraiment fiables et plus précises sur les AT-MP.

La fourchette évaluée par la commission a tendance à s'élargir. Comme les pouvoirs publics ont eu tendance à prendre leur moyenne, cette dernière a moins progressé que le haut de la fourchette, ce qui fait que les montants transférés ont insuffisamment augmenté. Selon la CFTC, il faudrait resserrer la fourchette pour contenir le législateur et réévaluer le montant dû par la branche AT-MP à la branche maladie.

Enfin, la CFTC remarque que l'évaluation de la sous-déclaration ne comporte aucune estimation sur le rachis lombaire. Elle s'inquiète donc de savoir si, dans le prochain rapport, cette absence d'évaluation subsistera.

7°) La CGT-FO (M. REBERRY, M. SCHOULLER et Mme MANDELCAJG)

La CGT-FO rappelle préalablement que la commission présidée par M. DIRICQ avait retenu une fourchette large, ce qui prouve que l'exercice, difficile il est vrai, auquel se consacre la commission de la sous-déclaration, n'est pas une science.

La CGT-FO dispose d'un certain nombre de constats pour dire qu'il y a des difficultés sur la déclaration. En effet, beaucoup de salariés sont à l'origine des déclarations d'AT, alors qu'il s'agit d'une obligation pesant sur l'employeur. Il serait intéressant d'avoir des chiffres, de disposer du nombre de déclarations provenant de salariés quand les employeurs ne la font pas. Ce serait un indicateur pertinent.

Le sujet est d'autant plus sensible qu'il est absolument nécessaire de garder les ordres de grandeur actuels : même si on constate des baisses concernant les AT, il faut pondérer les chiffres, résultant des engagements en matière de prévention. Les chiffres ne reflètent pas une vérité absolue. L'observation portée sur l'élément statistique ne laisse pas penser qu'il y a eu des changements fondamentaux.

La CGT-FO s'inquiète du projet d'exonérer les entreprises des cotisations AT/MP sur les « bas salaires ». Ceci constitue un véritable changement de paradigme : on n'est plus dans la responsabilité de l'entreprise alors que c'est le fondement du régime.

C'est aussi une façon de déresponsabiliser les employeurs. La relation à la base est déséquilibrée : c'est pour cela qu'en tant que salarié, on ne peut se protéger car les règles sont dictées par l'employeur. La santé-sécurité est du ressort de l'employeur, tenu à une obligation de résultat. Actuellement, les conditions de travail se durcissent (destructions d'emplois). Aussi cette évolution fait-elle craindre un désengagement de l'employeur en matière de prévention des risques professionnels.

Il faut aussi arrêter de se concentrer sur la fraude des salariés et retourner le discours de la fraude sur la sous-déclaration des employeurs. Il faudrait même, à ce titre, infliger des amendes aux employeurs.

→ *Dans la mesure où le montant de la cotisation ne serait pas lié au taux de sinistralité, y-aurait-il plus ou moins de déclarations ?*

Une telle mesure serait anormale : la cotisation se retrouverait à la charge de la collectivité des employeurs et les plus vertueux paieraient donc pour les non vertueux. De surcroît, avec le mécanisme d'allègement de cotisations, c'est la collectivité nationale qui paiera en fait, alors même qu'on avait eu le courage de dire non à la reprise de la dette de la branche par la CADES.

→ *Le responsable doit être le payeur, certes, mais ça l'incite aussi à ne pas déclarer. A partir de là, il faut choisir entre les options.*

La CGT-FO soulève, au sujet des MP, le problème du délai de latence des maladies (ex : amiante) : qui paye quand se déclare la maladie ?

→ *Quid du problème de la sous-traitance, maintenance ?*

La CGT-FO relève un problème supplémentaire : le salarié fait la démarche auprès de son médecin généraliste. Cependant, le manque d'information se situe tant au niveau du salarié que du médecin. Sur l'ensemble des MP, a été mis en place le suivi post-professionnel. Or, aujourd'hui, c'est une coquille vide : plus personne ne fait les démarches, donc cela retombe finalement sur la branche maladie. Plusieurs questions se posent : à quel moment a-t-on été exposé ? A quelle substance ? Et si la maladie

n'est pas dans les tableaux, c'est pire. La délégation donne l'exemple du tableau 57 lequel, concernant la prévention, a eu quelques effets, bien qu'il s'agisse surtout d'un effet de texte.

C'est l'enjeu de demain, avec les directives européennes ; les machines s'améliorent et les AT diminuent. Cependant, avec la découverte de substances dangereuses, de nouveaux risques de MP émergent.

La CGT-FO souligne :

- le manque de formation et le peu d'intérêt des médecins généralistes. Il faut donc renforcer ce sujet dans la formation initiale et surtout sur la formation continue. Les médecins généralistes sont désemparés ;
- le problème persistant relatif au secteur hospitalier. La CGT-FO propose de créer, dans les formulaires administratifs, une case d'identification de l'origine, du lieu de l'accident.

Sur les cancers professionnels, le Pr. William Dab, lors de la journée mondiale sur la santé et la sécurité au travail du 28 avril dernier, a considéré qu'il serait possible de mener des expérimentations dans les hôpitaux et ainsi de systématiser les investigations, les recherches sur les cancers professionnels.

Par ailleurs, les CARSAT pourraient apporter quelques aides : aide à la déclaration et surtout, aide à l'accompagnement afin de dresser un historique de la traçabilité des expositions chez les différents employeurs. Se pose cependant le problème des moyens. Pourtant, le besoin d'accompagnement en relation avec les services de santé au travail est incontestable.

Avec une limite toutefois. La CGT-FO cite à ce titre les travaux de l'INRS sur une maladie repérée surtout en Bretagne qui se caractérise par les mêmes symptômes que la grippe, mais qui est liée aux volailles. Ils démontrent ainsi la nécessité de former les médecins traitants, notamment en lien avec les spécificités du tissu économique régional.

Le parcours professionnel est aujourd'hui très difficile à tracer, en particulier lorsque des substances manipulées il y a très longtemps n'étaient pas interdites, voire banales. La formation continue des médecins généralistes est ainsi capitale.

Par ailleurs, le sujet des RPS est une vraie question.

La CGT-FO cite également le Danemark qui a reconnu le lien entre cancer du sein et travail de nuit.

Le climat actuel est plus difficile qu'il y a quatre ans. En effet, moins de choses ont globalement évolué dans le cadre de la santé au travail. La CGT-FO met même en garde contre un climat régressif : si le système de prévention est attaqué, de fait, il y aura un surcroît de sous-déclarations (ex : réforme pénibilité).

En conclusion, la CGT-FO demande que le montant du transfert soit au moins équivalent aux montants fixés lors des dernières LFSS (soit 790 M€). Une diminution de ce montant serait un très mauvais message et aurait des conséquences négatives certaines sur les politiques de prévention.

Il s'agit certes d'une estimation ; pour autant, la CGT-FO ne comprendrait pas que le montant baisse. Il y a des messages à maintenir et celui-ci est important. D'autre part, même dans une période difficile, la branche est parvenue à s'équilibrer, donc il y a les moyens d'assurer.

8°) La CGPME (M. THILLAUD)

La CGPME rappelle que le principe même du transfert financier de la branche des accidents du travail et des maladies professionnelles (AT-MP) vers l'assurance maladie induit par les travaux de la

commission de la sous-déclaration des AT-MP lui paraît des plus critiquables. Elle souhaite à cet égard savoir si les modalités de fonctionnement de cette commission ont évolué et si celle-ci serait en mesure d'indiquer présentement à la CGPME dans quel sens ses conclusions devraient aller.

Le président précise tout d'abord que la commission, comme les fois précédentes, s'est entourée des personnalités scientifiques susceptibles de lui apporter tous éclairages nécessaires. Dans ce qui fait l'objet des travaux de la commission, les évolutions rapides n'existent pas et si l'existence même d'une sous-déclaration est incontestable, il demeure difficile d'en apprécier le volume et de cerner les secteurs concernés : la collecte de l'information en la matière est un sujet en soi. En l'état actuel des textes, les travaux que la commission mène se limitent à évaluer les bornes inférieure et supérieure du coût pour l'assurance maladie de cette sous-déclaration. Les pouvoirs publics arrêteront le montant du transfert financier entre les deux branches à partir de cette fourchette.

Pour la **CGPME**, les travaux de la commission sont entachés d'un biais majeur : l'absence d'indicateurs et surtout d'indicateurs fiables. C'est d'ailleurs une préoccupation réelle pour un certain nombre d'acteurs, au point que l'une des commissions du Conseil d'orientation des conditions de travail s'en est emparée.

La conséquence en est à la fois simple et contestable : le chiffre que les pouvoirs publics arrêtent à partir de l'évaluation réalisée par la commission résulte en réalité d'un choix politique et financier lié à la situation des comptes publics.

La CGPME observe néanmoins deux évolutions majeures depuis la dernière période triennale : d'une part, le positionnement de l'administration a changé et cela s'est en particulier traduit dans les modifications apportées au tableau 57 ; d'autre part, la réforme des retraites a eu un effet collatéral sur la vie naturelle des régimes de tableaux de MP.

Les MP représentent en effet, actuellement, une centaine de tableaux : ils étaient 80 il y a 20 ans et ne concernaient en outre que des maladies « univoques », c'est-à-dire dont l'origine exclusivement professionnelle était peu discutable. Mais depuis 20 ans, les politiques successives se sont attachées à faire entrer dans les tableaux des maladies « ubiquitaires » : les maladies dégénératives que sont les troubles musculo-squelettiques, les maladies néoplasiques (cancers) et les maladies psychiques, dont les causes peuvent être multiples, y compris professionnelles, parmi d'autres. Ainsi, la législation fabrique-t-elle des sur-déclarations.

De plus, sur la centaine de tableaux existants, quatre concentrent 83% des maladies déclarées, à savoir ceux relatifs aux maladies dégénératives précitées et aux maladies liées à l'amiante.

Ce constat prouve que le système est bancal. Le sursaut qu'a fini par avoir l'administration au regard des déviations du tableau 57 démontre qu'il y avait manifestement sur-déclaration ; il n'était d'ailleurs que d'observer l'attitude des CRRMP et leurs divergences d'approche pour comprendre que l'on était dans une logique d'accord de gré à gré.

Mais il a fallu qu'on en arrive à cet état de fait pour que l'administration prenne conscience de la situation et impulse un mouvement de moralisation du tableau 57. Car il s'agit bien là d'un problème de morale sociale et civique, auquel il est d'autant plus important d'apporter une réponse que la réforme des retraites s'est faite a minima et laisse aux assurés des « soupapes de sécurité » qui reposent justement sur les MP et ne laissent donc pas d'inquiéter la CGPME.

La CGPME souligne par ailleurs que la révision du tableau 57 aboutit à une situation des plus incongrues : la partie A est demeurée pendant un an au Conseil d'Etat ; la partie B ne semble pas en sortir. On s'éloigne ainsi du champ de la réparation médico-légale dans le cadre d'un consensus social.

Quoi qu'il en soit, l'évolution intervenue au cours des trois dernières années doit être intégrée par la commission dans son évaluation de la sous-déclaration et, logiquement, elle devrait conduire à une

diminution de la participation des employeurs à ce titre. On ne peut pas rester dans une attitude figée consistant à considérer que ce prélèvement n'a vocation qu'à augmenter. Sur un autre plan, au passage, il doit être relevé que la question va inévitablement se poser de la coexistence du FCATAA et du dispositif de compte personnel de prévention de la pénibilité.

S'agissant des maladies ubiquitaires, il convient de définir des conditions d'accès à la réparation qui leur soient spécifiques : cela constituerait un nouveau modèle de réparation. Un système de présomption d'origine n'est pas acceptable. En comparant les systèmes européens, il est clair que les reconnaissances sont beaucoup plus nombreuses en France. Cependant, le pire tient à ce que les conditions d'accès à la réparation ne sont pas les mêmes. Enfin, que la réparation (l'effet financier) diffère totalement.

Le système de présomption d'origine doit donc cesser et il faut passer, pour les maladies ubiquitaires, à une nouvelle ère. Le droit à réparation est devenu un devoir de réparation pour justifier la sous-déclaration. Cette évolution a d'ailleurs débuté avec les CRRMP. La CGPME propose ainsi de créer un autre article cadre pour l'élaboration de tableaux de MP. Il existe par exemple dans certains pays étrangers le système dit « de la part professionnelle ». Refuser d'admettre qu'une maladie ubiquitaire puisse avoir une part d'origine essentiellement professionnelle aboutirait à l'excès inverse de celui que la CGPME dénonce.

L'exemple typique est le mésothéliome, à l'appui de la réparation duquel il n'est plus exigé un diagnostic anatomo-pathologique alors même que les employeurs n'ont jamais contesté que certains, dont l'origine professionnelle n'était pourtant pas pleinement avérée, soient cependant réparés en tant que maladies professionnelles, dans la mesure où ils ne représentaient qu'une très faible part (environ 10 %) de l'ensemble des mésothéliomes.

Le paiement de ce type de charges financières ajouté à bien d'autres ces dernières années, finit par nuire grandement à la compétitivité des entreprises et, *in fine*, à l'emploi des salariés. On aboutit donc un résultat totalement délétère, contraire à celui recherché.

Annexe n° 7
Contributions des partenaires sociaux



Audition de FO par la Commission relative à l'évaluation du coût de la sous-déclaration des AT/MP

30 avril 2014

En préambule de cette audition, FORCE OUVRIERE tient à soulever le problème de financement qui se pose avec le projet d'exonérer les entreprises des cotisations AT/MP sur les « bas salaires ».

Ceci constitue un réel changement de paradigme : les citoyens devront-ils financer les soins d'un AT ou d'une MP qui aurait dû relever de l'unique responsabilité de l'employeur ?

Les employeurs, pourtant tenus à une obligation de sécurité de résultat seront complètement déresponsabilisés ce qui entraînera un désengagement global en matière de prévention des risques professionnels.

Cette façon d'appréhender les ATMP, conjuguée à un manque d'ambition dans les réformes concernant la santé au travail fait craindre un problème de sous-déclaration majeur pour les décennies à venir.

Contrairement au constat établi lors de la dernière audition par cette commission en 2011, les évolutions en matière de santé au travail sont peu ambitieuses, décevantes voire négatives.

La réalité sur le terrain est encore plus difficile, les conditions de travail dégradées deviennent banales et il est essentiel, pour FORCE OUVRIERE de répéter que durcir les règles de reconnaissance des ATMP induira, de fait, une sous-déclaration encore plus importante.

Les évolutions négatives voire régressives sont nombreuses, nous citerons celles qui pourraient avoir un impact sur la sous-déclaration :

☞ l'état d'avancement des travaux de Virville relatif à la pénibilité retiendrait des seuils d'exposition moins favorables que ceux que prévoient les textes législatifs et réglementaires actuels ;

☞ la modification du tableau 57 (Affections périarticulaires provoquées par certains gestes et postures de travail) restreint les conditions de reconnaissance de maladie professionnelle (pour les pathologies de l'épaule). C'est une mesure prise uniquement pour faire des économies et non pour œuvrer en faveur de la bonne santé au travail. Augmentation des CRRMP et des phénomènes de sous-déclaration (ce qui était auparavant reconnu comme MP ne le sera plus et sera « réparé » par le régime maladie alors qu'il s'agit bien d'une MP). Décret d'octobre 2011

☞ ATTENTION : ce qui s'est produit pour le paragraphe A (épaule) pourrait se produire pour le paragraphe C (poignet). – même si cette modification aurait moins d'impact en terme d'effectifs concernés, elle traduirait un état d'esprit dangereux souhaitant gommer les problèmes plutôt que d'y apporter des solutions satisfaisantes;

☞ l'échec de la réforme de la médecine du travail. Comme chacun le sait, les médecins du travail ne sont pas assez nombreux et leur indépendance est souvent menacée. Les salariés eux-mêmes ont donc souvent peur de leur faire part d'une MP, d'un AT ou de mauvaises conditions de travail. La situation n'évoluant pas, les travailleurs seront les premières victimes d'un manque de visites, d'informations et d'accompagnement dans leurs démarches éventuelles de reconnaissance d'ATMP. Nous déplorons que cette situation ne voit pas d'issue et que ses conséquences viennent amplifier le phénomène de sous- déclaration.

☞ l'absence de création de tableau de MP au titre des RPS (que nous réclamons déjà depuis de nombreuses années), alors que la DGT met en place cette année un groupe de travail sur le burn out a priori sans inviter les organisations syndicales à y participer;

☞ la norme « management des systèmes de santé/sécurité » à laquelle la France s'est opposée. Cette norme desservira la prévention des risques professionnels et ses effets pourraient aller à l'encontre même des principes généraux de prévention tels que le Code du travail les prévoient. Ainsi, Eurogip, l'INRS et la KAN se sont dits « *préoccupés par le fait que la norme ISO n'offrirait pas de valeur ajoutée tout en entraînant une pression plus forte pour la certification... Cela affecterait avant tout, les petites et moyennes entreprises qui devraient être certifiées pour obtenir des commandes en tant que sous-traitants...* » (Déclaration commune sur la politique de normalisation en santé et sécurité au travail – Bonn 25/03/2014).

Comme nous l'avons souligné les années précédentes, il convient de faire une distinction entre les AT, d'une part, et les MP d'autre part. En effet, les démarches à effectuer en vue de la reconnaissance du caractère professionnel sont distinctes et initiées par des acteurs différents. La sous- déclaration est donc par nature, spécifique à l'accident ou à la maladie.

- **Les accidents du travail**

En 2012, le nombre d'AT (640 891) enregistre une baisse de 4,3% par rapport à 2011. Néanmoins, il ne faut pas s'y tromper ce chiffre reflète aussi l'effet de la baisse de l'activité économique (l'emploi a diminué d'au moins 1,1% tous secteurs confondus en 2012).

La déclaration des AT relève des employeurs et emporte des conséquences financières sur leur taux de cotisation ATMP.

Les manœuvres frauduleuses pour ne pas déclarer un accident sont donc nombreuses et vous ont déjà été décrites souvent (ex. : primes de « non accident du travail », peur de la perte d'emploi ou de sanction, « petits arrangements »...).

A ce titre, Force Ouvrière estime qu'il serait intéressant de disposer du nombre de déclarations d'AT initiées directement par le salarié et non par l'employeur. Ces

chiffres pourraient être révélateurs de l'inaction de certains employeurs et nous donneraient un début de chiffrage de la sous- déclaration des AT...chiffrage qu'il faudrait bien entendu majorer (car pour un nombre donné de salariés qui prennent l'initiative de la déclaration, combien sont-ils à ne pas pallier le manquement des employeurs ?).

Cette information permettrait aussi d'appliquer une pénalisation sur la cotisation ATMP pour les employeurs qui ne déclareraient pas l'AT, au mépris de la législation.

Il faut que la sous- déclaration des AT soit considérée comme une fraude à l'assurance maladie et donc, sanctionnée comme telle. Il faut en terminer avec l'idée volontairement répandue selon laquelle la fraude à l'assurance maladie la plus importante est celle des salariés en arrêt de travail « non justifié ».

Egalement, en cas de transport de la victime à l'hôpital/ clinique, il faudrait que le lieu de la survenance de l'accident soit consigné dans un document par les pompiers/samu/secours. Ainsi, s'il s'agit du lieu de travail, cet élément certain ne pourra donner lieu à aucune contestation ultérieure et « coupera court » à toute tentative d'arrangement de l'employeur avec le salarié.

- **Les maladies professionnelles**

Pour la première fois depuis des années, nous constatons une diminution du nombre des MP. Pour expliquer cette tendance statistique, l'Assurance Maladie pointe le contexte de baisse général de l'effectif salarié et fait état d'une « baisse qui est surtout sensible s'agissant des syndromes de l'épaule ». FORCE OUVRIERE continue de s'insurger contre ces pratiques de maquillage d'une réalité difficile qui touche des milliers de salariés et dont les conséquences impactent aussi bien leurs familles que l'ensemble de la société.

Cette manœuvre, qui a entraîné la modification du Tableau 57, représente déjà une sous-reconnaissance des TMS, pourtant avérés.

Les TMS représentent en 2012, 78% des MP et reflètent des conditions de travail dégradées. La destruction massive d'emploi (qui perdure aujourd'hui) a engendré, pour les salariés qui ont conservé leur activité, des cadences effrénées et une pression de plus en plus importante. Ainsi le mal est tant physique que moral. Malheureusement, ce constat avait déjà été fait en 2011, mais la passivité des autorités à prendre des mesures pour réduire le fléau des RPS doit être fermement dénoncée. De plus, ces chiffres vont continuer de diminuer de manière artificielle (les conséquences du décret d'octobre 2011 se sont déjà faites ressentir en 2012, mais avec quelles intensités en 2013, 2014 et pour les années à venir ?...).

Force Ouvrière revendique la création d'un tableau de MP prenant en compte les RPS.

Les TMS ainsi que les pathologies en lien avec les RPS ont une origine commune : des conditions de travail dégradées, résultant souvent d'une organisation du travail néfaste pour la santé des travailleurs.

Par ailleurs, la sous- reconnaissance des MP peut résulter d'un manque d'information des victimes, qui, déjà fragilisées par une maladie, doivent être à l'initiative de démarches longues et complexes (argument des causes multifactorielles, enquêtes...).

A ce titre, et comme préconisé dans les précédents rapports, il serait pertinent que les CARSAT fournissent une aide à la déclaration et à l'accompagnement des victimes (reconstitution des carrières professionnelles, traçabilité des expositions...). Toutefois, cette nouvelle mission ne peut être menée correctement qu'avec davantage de personnel et une réelle formation (traçabilité des expositions professionnelles, contacts éventuels avec le médecin du travail..).

Egalement, la sous- reconnaissance des MP est due à une méconnaissance des risques professionnels par les « médecins de ville ». L'ensemble du corps médical doit donc être mieux formé, (renforcement de l'enseignement des pathologies professionnelles dans la formation continue) et ce, d'autant plus, que de nombreuses maladies à effet différé peuvent se déclarer bien après l'interruption de la vie professionnelle. Enfin, les connaissances scientifiques sur les affections professionnelles doivent être largement diffusées auprès des acteurs de la prévention des risques professionnels (davantage de « garde-fous »).

Il est donc indispensable de mettre en œuvre une préconisation du rapport de 2008, selon laquelle il faut systematiser les investigations sur les expositions professionnelles dans les services hospitaliers et notamment en cancérologie.

Pour lutter contre la sous – reconnaissance, il faut également adapter les tableaux des MP aux réalités actuelles. Par exemple, il convient de souligner que de plus en plus de femmes travaillent la nuit et que de nombreuses études ont mis en exergue un lien entre cette situation et des perturbations hormonales responsables du cancer du sein. Cette pathologie doit donc faire l'objet d'un tableau qui facilitera la reconnaissance du caractère professionnel de cette maladie (pour les travailleuses de nuit, reconnaissance de MP au Danemark depuis 2007).

Le problème de la sous-traitance et de la sous-reconnaissance est également une problématique importante qui doit être évoquée devant cette commission.

FORCE OUVRIERE demande que le montant du transfert soit au moins l'équivalent des montants fixés lors des dernières LFSS (soit 790 M€). Une diminution de ce montant serait un très mauvais message et aurait des conséquences négatives certaines sur les politiques de prévention.



Paris le,
16 mai 2014

**COMMISSION DE LA SOUS DECLARATION
DES ACCIDENTS DU TRAVAIL ET DES MALADIES
PROFESSIONNELLES
RENCONTRE AVEC Mr JP. BONIN**

Comme précisé lors de notre dernière rencontre avec Mr DIRICQ en 2011, à la lecture des différents rapports depuis 2005 on peut noter une amélioration principalement sur les déclarations dans leur ensemble (toutefois insuffisante). Elle est malheureusement confrontée à la montée en puissance des Maladies professionnelles (49000 en 2009 - 54000 en 2012) et grand nombre les déclarations liées aux TMS et surtout aux RPS difficiles à cerner car découlant de différents facteurs.

La remarque principale étant que certaines préconisations sont récurrentes d'un rapport à l'autre. Dès lors, il faut s'interroger sur les obstacles à leurs mises en œuvre.

Analyse et propositions CFTC dont certaines s'appuient sur le rapport 2008 et ses 17 préconisations proposées et principalement sur celui de 2011 insuffisamment traité à ce jour car comme noté ci dessus certaines restent sans réponses.

Professionnels de santé:

Malgré les campagnes de sensibilisation menées par la CNAMTS, les médecins de ville ne sont pas suffisamment sensibilisés aux Maladies professionnelles. La CFTC préconise depuis 2005 la mise en place de journées de "sensibilisation" financées par la branche ATMP dans le cadre de la formation continue des médecins. Il y a pourtant plusieurs préconisations actées dans le rapport de 2011 que nous reprenons littéralement car elles sont toujours d'actualité et peuvent être à nouveau couchées sur le futur rapport:

" Dans le cadre du cursus de formation initiale des médecins, il faut insister sur le fait qu'ils devront rechercher si les pathologies qu'ils auront à traiter sont en rapport avec le travail du patient. Promouvoir un enseignement sur la connaissance des pathologies professionnelles et sur la procédure de déclaration de ces dernières "

" conduire des actions de sensibilisation auprès des présidents d'université pour que soient instaurés les cours sur les pathologies professionnelles durant la formation

initiale des médecins (rhumatologues, dermatologues, pneumologues prioritairement) entre autres."

Nous avons peu d'informations sur le suivi de ces préconisations mais les quelques retours dont nous disposons nous montrent que les professionnels ne sont toujours pas suffisamment sensibilisés.

Par ailleurs il faudrait valoriser la fonction de médecin du travail qui est présentée comme une spécialité de second ordre loin derrière d'autres considérées comme plus nobles.

En entreprise:

Malgré l'obligation de la mise en place du "document unique" ce document est encore parfois absent et très souvent non actualisé. Il faut que les entreprises évaluent avec précisions les risques potentiels d'expositions pour leurs salariés et les portent à la connaissance du personnel (*directive 2008*) et non seulement des CHSCT. Cette action permettrait de faire le rapprochement entre pathologie et activité professionnelle et réduirait les sous déclarations. Cette action avait déjà été préconisée en 2008.

Nous sommes toujours confrontés à une dissimulation d'accidents du travail dans certaines entreprises due à une réticence à afficher un taux élevé de sinistralité. Cette dissimulation peut s'accompagner d'une pression exercée sur le salarié. Le contexte économique actuel pousse également certains salariés à masquer des accidents bénins par crainte de perdre leur emploi.

Nous regrettons qu'il n'y ait pas un suivi réel, conservé dans une banque de données de la traçabilité individuelle ainsi que l'abandon de l'expérimentation de la traçabilité collective en entreprise. La fiche d'exposition imposée par la loi de novembre 2010 n'est pas suffisamment complète pour assurer un suivi exhaustif.

Autre préconisation du dernier rapport qui nous laisse dubitatifs: le fait de vouloir poursuivre les efforts de contrôle par les corps d'inspection et d'encourager l'accompagnement de la mise en œuvre de la réglementation notamment par l'élaboration de conventions d'objectifs avec les organisations professionnelles concernées.

Il existe une grande incertitude sur les moyens de l'inspection du travail. La disparition du corps des contrôleurs du travail n'est pas compensée par une augmentation corrélative du nombre d'inspecteurs. Seulement un tiers des contrôleurs pourront d'ici 3 ans devenir inspecteurs. Par ailleurs, il y a beaucoup de départ à la retraite dans le corps des inspecteurs du travail.

Il y a un risque certain que l'effectif des agents de contrôle diminue et qu'ils aient plus d'entreprise à surveiller qu'aujourd'hui. En raison des réductions budgétaires, les effectifs des services de prévention des CARSAT sont également en diminution significative. De même, le fonds de prévention des AT/MP est aussi en diminution et cela entraînera une diminution du financement des actions de prévention des entreprises.

Nous sommes par ailleurs inquiets sur le devenir des CHSCT qui risquent à terme de disparaître dans les PME, voire d'être fusionnés avec le CE (selon la proposition du MEDEF) ou avec les DP (selon la proposition du rapport VERKINDT).

La médecine du travail:

Nous sommes toujours confrontés à un manque de communication entre médecins du travail et médecins de ville ce qui fait souvent basculer des pathologies découlant du travail vers l'assurance maladie. Les initiatives menées dans certaines régions depuis 2010 devraient se généraliser mais semblent marquer le pas.

Découlant de la réforme de la Médecine du travail, élargir les compétences des infirmières et IPRP entre autres peut être une solution complémentaire pour faire face à la pénurie de médecins du travail sachant tout de même qu'au final le médecin doit rester l'interlocuteur privilégié et le lien direct avec l'entreprise. Nous déplorons que dans certaines entreprises dotées de "service de santé autonome" les chefs d'entreprises mettent à mal l'indépendance des médecins. Les propositions de réorganisation des conditions de travail et d'ergonomie des postes de travail entre autres sont trop souvent écartées pour des raisons économiques.

Prise en charge des soins et actes relevant de la branche ATMP:

Il est préconisé également dans le dernier rapport de poursuivre et accélérer l'actualisation des tableaux des maladies professionnelles pour tenir compte des connaissances épidémiologiques et scientifiques nouvelles. Cette accélération est des plus relatives car à ce jour trop peu de tableaux ont été révisés. Notons que dans le dernier rapport (2011), il est relevé qu'une cinquantaine de tableaux relatifs aux dermatoses devraient être révisés. Qu'en est-il ?

Nous l'avons déjà relevé en 2011, il n'existe toujours pas de prise en charge des psychopathologies professionnelles au titre des tableaux de maladies professionnelles malgré les réunions de travail au sein du COCT. Dans le même temps, l'Organisation internationale du travail a révisé l'annexe de sa recommandation n° 194 sur la liste des maladies professionnelles en y intégrant les psychopathologies. Même si la reconnaissance de psychopathologies hors tableau progresse, elle reste limitée à quelques dizaines de cas annuellement. En outre, elle ne concerne que les psychopathologies ayant entraîné une incapacité de plus de 25%.

Par ailleurs, il existe une tendance à remettre en cause la présomption d'imputabilité des maladies professionnelles lors de la révision des tableaux, ce qui ne peut qu'entraîner un transfert vers l'assurance maladie. En effet, les récentes révisions des tableaux de maladies professionnelles ont été l'occasion de plusieurs contentieux devant le Conseil d'Etat.

La révision de la partie A du tableau n° 57 (affections péri-articulaires provoquées par certains gestes et postures) contient des dispositions très restrictives qui permet de penser qu'il y aura une forte baisse des reconnaissances dans le cadre de la présomption dans les conditions du tableau ce qui se confirme d'ailleurs. Les victimes, qui sont exclues de la présomption par la révision du tableau, n'arrivent pas à établir que leur pathologie est en lien avec leur travail, elles relèveront désormais de l'assurance maladie. Dans ce cas la révision de ce tableau est contre-productive et risque d'entraîner un report vers des prises en charges par l'assurance maladie.

Concernant l'harmonisation des taux de reconnaissance et des taux d'IP attribués par les médecins conseils, la CNAMTS devrait poursuivre son effort de

définition de critères communs pour la fixation de taux d'IP homogènes par les médecins conseils. Il y a vraiment urgence dans ce domaine.

La CFTC déplore qu'il n'y ait aucune évolution du barème indicatif. Elle fait le constat, qu'aujourd'hui, les modalités de réparation des accidents du travail et des maladies professionnelles sous-estiment les préjudices lorsque le taux d'incapacité est inférieur à 50%. En outre, le barème AT-MP ne distingue pas le préjudice lié au déficit fonctionnel du préjudice professionnel. Or, le risque de perte d'emploi et de déqualification professionnel n'est pas nécessairement lié au taux d'incapacité. Il dépend à la fois de la capacité à accomplir un travail et de la capacité à occuper un emploi compte tenu de la perte de capacité de travail, de la formation et de l'expérience professionnelle. Dans la Convention d'Objectifs et de Gestion de la branche ATMP 2014 2017 il est noté que l'Etat s'engage à poursuivre les travaux engagés en vue d'actualiser les barèmes indicatifs en tenant compte de l'évolution des techniques médicales et des métiers (action 4.2). Les conclusions du groupe de travail « RUELLAN » n'ont toujours pas entraîné de changement.

Les victimes:

L'information des victimes par des dépliants élaborés par la CNAMTS tant attendue depuis des années semble se mettre en place depuis février 2014 (site AMELI). Il est encore trop tôt pour en mesurer l'impact. Le dépliant ne mentionne pas les prestations qui peuvent être obtenues en cas de faute inexcusable de l'employeur. Il n'indique pas plus la possibilité de faire un recours en cas de FIE. Des enquêtes sur des pathologies ciblées (cancer de la vessie, mésothéliome) ont démontré qu'un pourcentage important ne faisait pas de demande de reconnaissance alors que leurs cas semblaient relever de la législation sur les maladies professionnelles.

Faisant suite à une préconisation du précédent rapport la possibilité d'aide à la déclaration et aux démarches administratives par les assistantes sociales des organismes de sécurité sociale qui exercent déjà de telles démarches pour les personnes qui sollicitent une pension d'invalidité s'applique désormais. Elles pourraient également informer les personnes sur leurs droits aux diverses prestations et leur cumul (notamment cumul possible d'une rente AT/MP et d'une pension d'invalidité ou avec l'allocation aux adultes handicapés).

Un véritable suivi post professionnel permettrait souvent de faire le lien entre une ancienne exposition et une pathologie se déclarant post activité professionnelle. La victime est souvent dans l'impossibilité d'établir qu'elle a été exposée à un risque particulier (pas de document et pas d'archives dans ses anciennes entreprises qui sont souvent fermées depuis).

Afin d'améliorer les pistes pour combattre la sous déclaration, il faudrait pouvoir disposer de données plus précises concernant le nombre d'ATMP. Les statistiques périodiques de la DARES ainsi que les remontées des différentes caisses locales de la CNAMTS sont certainement inférieures à la réalité et faussent les données.

Enfin nous proposons que le montant dû par la branche ATMP à la branche maladie (790 millions d'euros) soit réévalué pour les trois années à venir car ce montant est pour nous bien en deçà du montant réel.

Comme précisé en préambule, la CFTC note des améliorations au regard de certaines préconisations des rapports 2008 et 2011 mais d'autres demeurent récurrentes et nécessitent des mesures nouvelles afin d'obtenir des résultats plus convaincants.



Le + syndical

Audition Commission sous déclaration AT/MP du 30 avril 2014

Sous déclaration des Accidents du Travail

- La pratique dite des postes aménagés est appliquée par la plupart des grands groupes avec des modalités diverses : pression directe auprès des salariés ou auprès de leurs médecins pour qu'il n'y ait pas de certificat médical initial AT ou bien qu'il n'y ait pas prescription d'IJ.
- Refus de certains employeurs de déclarer l'accident du travail parce qu'ils estiment qu'il n'y a pas eu d'AT ou par « principe » et méconnaissance de leurs droits des salariés. Ce refus est encore plus grand pour les AT entrant dans le cadre des RPS
- Taux de reconnaissance très bas des AT « RPS » par les CPAM avec des disparités régionales. Certaines CPAM (médecins conseils) exigent que les arrêts de travail excédant 15 jours soient prescrits par des psychiatres. Ce qui n'est pas des plus faciles dans certaines régions. On considère parfois que cela relève de l'entreprise et du médecin du travail.

Sous déclaration des Maladies professionnelles

- TMS : impact des modifications du tableau 57 A déjà constaté sur la sinistralité des pathologies de l'épaule.
- TMS : quasi impossibilité de déclarer les pathologies articulaires hors tableau si IPRP < 25% : cervicarthrose, lombarthrose, lombarthrose et lombalgies sans sciatique
- Les pathologies ostéoarticulaires sont pourtant la deuxième cause d'invalidité
- Pathologies psychiques : la reconnaissance en MP est marginale, 94 reconnaissances en 2011 pour 196 demandes ayant passé le filtre d'accès en CRRMP. L'incidence des pathologies psychiques (Burn out et syndromes anxio dépressifs) est pourtant sans commune proportion. Les pathologies psychiques sont la première cause d'invalidité et à l'origine de plus de 25% des inaptitudes.
- Le poids des RPS sur le poste IJ est très important (assurance maladie)
- Bronchopathies ou BPCO avec fumées poussières ou irritants non reconnues : leur reconnaissance est très complexe du fait de la multiplicité des polluants professionnels en cause, du fait que les tableaux réparent essentiellement les pneumoconioses et du barrage institué par le taux de 25% pour accéder CRRMP

- Impact sur l'assurance invalidité de ces pathologies non reconnues (BPCO, syndromes anxio-dépressifs, pathologies ostéo-articulaires)
 - Pathologies cutanées bénignes non déclarées : eczéma par exemple. On n'y pense pas et l'impact en IP est faible même si les allergies cutanées sont à l'origine d'incapacités
 - Les cancers professionnels : manque de culture des hospitaliers trou persistant entre attendus et déclarés (InVS) l'exemple des cancers de la vessie est typique quand on cherche on trouve. Nécessité de formation initiale et de formation continue de tous les médecins notamment les spécialistes
 - Trou statistique concernant les pathologies liées à l'amiante dans le secteur de l'interim témoin de la méconnaissance et de la difficulté de faire valoir ses droits quand on est intérimaire
 - Les cancers cutanés sont sous évalués quant à leur origine professionnelle notamment dans le BTP : effet diffère des cancers spino cellulaires effet dose (voir étude Dr EXPERT faite en collaboration avec les dermatologues en 2008) voir reconnaissance bitume et cancers cutanés. L'exposition aux UV naturels et artificiels (utilisation pour les collages méthacryliques) n'est pas recherchée par les dermatologues. d'autant plus que ces cancers surviennent souvent très tard dans la vie , bien après la retraite
 - Les pathologies bénignes provoquées par l'amiante sont sous dépistées : plaques pleurales épaississements et même asbestose dans les professions du BTP : dépistage systématique dans un SIST du BTP alpes maritimes par scanner à paraître dans travail et sécurité
- Sous estimation des effets diffères des expositions aux solvants : la sinistralité MP des solvants est très très faible et pourtant l'utilisation des ACD est massive. La sous déclaration des effets aigus ou des effets différés est probablement très importante. Sous estimation du risque silice en général notamment dans les métiers du bâtiment

Cas particulier de l'Hôpital et secteur hospitalier :

- La sous imputation reste très importante
- Ne veulent pas s'embêter avec « les papiers », méconnaissance administrative assez répandue et puis problématique des dépassements d'honoraires qui sont un frein à l'utilisation des droits AT/ MP
- Délais de reconnaissance très long des MP la plupart du temps 6 mois et conséquences : au pire recul du geste opératoire et au mieux non imputation au régime at MP

Considérations générales

- Amélioration souhaitable des connaissances médicales des médecins généralistes mais perfectibles surtout en matière d'ouverture des droits
- Méconnaissance des droits en matière de la prise en charge des soins en post consolidation notamment pour les asthmes professionnels
- Disparités locales ou régionales en matière de taux de reconnaissance des MP notamment - la branche AT MP y travaille

- Peut être pas d'impact sur la branche maladie de la disparité taux IP en particulier les 5% professionnels commission Ruellan
- Un point particulier le trou de reconnaissance entre suicides reconnus ATMP et taux évalués ou attendus autour de 300 par an
- Le suivi post professionnel est toujours très insuffisant : méconnaissance du dispositif et lourdeur administrative puisqu'il faut renouveler constamment la demande de prise en charge ce qui est un frein manifeste

Réformer la commission Coct des maladies professionnelles qui est en situation de blocage

- Le patronat souhaite d'une certaine façon lever le principe de la présomption d'imputabilité
- Les experts hospitaliers ont une vision restrictive notamment en matière de liste limitative des travaux
- Le système des tableaux spécifique exemple le nickel pose problème. En effet la liste des tableau existe deux fois dans le titre et dans la liste des travaux et la doctrine des services fait que si la pathologie existe dans ce tableau spécifique et si l'exposition n'est pas celle du tableau et bien cela va en CRRMP au titre de l'alinéa 4 : exemple houille ou nickel
- Le taux de 25% d'ip prévisible même s'il a été aménagé depuis 2 ans est un frein
- D'autre part il est à la main des médecins conseils et les nouvelles dispositions non entrées dans le code de sécurité sociale ressortent du bon vouloir du médecin conseil

Dr SALENGRO et Dr EXPERT



**Commission relative à l'évaluation du coût de la sous-déclaration des maladies
professionnelles (article L.176-2 du Code de la sécurité sociale)
Contribution du MEDEF**

Depuis 1997 la branche ATMP verse une contribution à la branche maladie au titre de la sous-déclaration des accidents du travail. Cette contribution ne cesse d'augmenter alors même que des progrès sensibles ont été réalisés ces dernières années par les employeurs, par la CNAMTS, par les médecins, par les conseillers des salariés etc. (2004 : 330 millions d'euros, 710 millions en 2010 puis 790 millions).

Le dernier transfert s'élève à 790 millions d'euros. Il n'est pas envisageable que ce transfert soit augmenté. Il nous apparaît conforme à la réalité de diminuer le montant du prélèvement opéré sur la branche ATMP compte tenu des actions menées ces dernières années. Le maintien d'un transfert excessif fragilise cette branche et remet en cause le caractère incitatif de la prévention des risques professionnels, à laquelle les entreprises et les salariés sont attachés.

- Nous avons constaté lors de la dernière évaluation l'absence d'estimation des progrès réalisés : d'importantes mesures ont été mises en œuvre dans le cadre de la COG de la branche ATMP. Par ailleurs, la sous-déclaration est présentée comme un phénomène couramment répandu, sans que celui ne soit jamais scientifiquement prouvé ni statistiquement démontré.

- S'il devait y avoir une augmentation du transfert, la branche ATMP ne serait plus en mesure de financer les objectifs qui viennent d'être adoptés par la branche ATMP, à travers sa nouvelle COG. La branche a dû faire des efforts dans l'élaboration de son budget du fait du contexte économique. Il convient de ne pas rompre les équilibres trouvés.

D'une manière générale, les commentaires détaillés que nous avons développés lors des précédentes auditions de cette Commission restent d'actualité, et sont même confortés par l'évolution favorable d'un certain nombre de facteurs.

1. Bilan des accidents du travail (AT) et des maladies professionnelles (MP) indemnisées : une amélioration évidente de la situation, officiellement constatée dans le dernier bilan annuel des conditions de travail.

A. Les accidents du travail :

Le bilan des conditions de travail 2012 du Ministère du travail note « *une baisse du risque et de la gravité des AT entre 2005 et 2010* », avec une baisse des AT tant en nombre qu'en taux, une baisse de la proportion d'AT avec incapacité permanente partielle, une baisse de l'indice de gravité ainsi qu'une baisse notable des accidents du travail mortels. Les AT ont atteint en 2012, selon ce document, « *un niveau historiquement bas de 35 AT pour 1000 salariés* ».

Déjà, en 2011, nous avons remarqué « *une baisse générale de la fréquence des accidents du travail* » : leur taux de fréquence a été divisé par trois en cinquante ans.

Cette évolution favorable des statistiques, sur les 20 dernières années, atteste de notre point de vue l'efficacité du système français de prévention.

B. Les maladies professionnelles :

Après une augmentation régulière du nombre de maladies professionnelles déclarées et reconnues, leur nombre est aujourd'hui stable mais leur coût augmente : « *l'année 2012 a été marquée par une augmentation de 4% des imputations à la branche AT MP des maladies professionnelles* ». « *Les sommes consacrées à l'indemnisation des maladies liées à l'amiante sont en augmentation de 7,9% par rapport à 2011 pour atteindre 992 millions d'euros* ».

Par ailleurs, la reconnaissance des MP via le système complémentaire ne cesse d'augmenter : en 2012 les comités régionaux ont reconnu 7598 maladies au titre de l'alinéa 3 (+ 15,7% par rapport à 2011), et 302 maladies en alinéa 4 (+ 17,6% par rapport à l'année précédente). Ce qui démontre que ce système est à la fois moderne et performant.

Comme l'a rappelé le bilan du ministère du travail, ces chiffres ne reflètent pas mécaniquement une dégradation de la santé des salariés au travail ». En effet, l'augmentation du nombre de pathologies reconnues est aussi due à une meilleure reconnaissance juridique du droit des salariés (cf. les travaux menés par la commission spécialisée des maladies professionnelles p. 6 de la présente note) tant par le système des tableaux que par le système complémentaire.

De plus un grand nombre de maladies professionnelles ont des origines multiples y compris non professionnelles et sont prises en charge au titre de la législation sur les accidents du travail et des maladies professionnelles.

Nous tenons à rappeler le constat déjà clairement établi dans le précédent rapport de la Commission relative à l'évaluation du coût de la sous-déclaration des maladies professionnelles en 2011 :

- Le rapport de la commission en 2011 a en effet bien noté que la France est le pays d'Europe qui reconnaît le plus de MP (282 reconnaissances pour 100 000 salariés, pour 141 en Espagne, 98 au Danemark et 40 en Allemagne en 2006) : « *La France et l'Espagne sont les pays qui reconnaissent le plus de MP, sachant que les TMS y représentent respectivement 3/4 et 4/5 du total des MP reconnues en 2006* ».
- La France est également le pays d'Europe qui reconnaît le mieux les cancers professionnels (10,44 reconnaissances pour 100 000 assurés en Fr, 6,47 en Allemagne et 4,98 au Danemark).

Selon le dernier rapport de la Commission, « *Il est probable que la force de présomption qui est attachée à chaque liste influe aussi sur le rang de chaque pays. La France illustre particulièrement ce facteur, étant le pays qui offre la présomption d'origine professionnelle la plus forte* ».

Celle-ci notait également, que « *l'attractivité du système d'indemnisation est un facteur explicatif qui doit également être considéré : le fait que la France soit le seul pays européen (UE-15) à indemniser les plaques pleurales sans exiger une diminution de la capacité pulmonaire de la victime explique que les demandes de reconnaissance et les cas reconnus soient nombreux (en 2000, le ratio français est de 14,27 cas de plaques pleurales reconnus pour 100 000 assurés, contre 10,8 en Finlande, 3,5 en Allemagne, 0,08 en Belgique, 0,16 au Danemark 1,73 en Norvège et 0,78 en Suisse)* ».

Comme on le voit bien dans l'exemple ci-dessus, la France est loin d'être le pays d'Europe où s'observerait le plus grand nombre de sous-déclarations d'AT ou de MP.

Il est d'ailleurs étonnant de constater que des pays comme l'Allemagne ou la Finlande, qui indemnisent beaucoup moins de maladies professionnelles que la France, ne considèrent pas la sous-déclaration des MP comme une préoccupation majeure : le rapport 2011 concluait que « *au vu des échanges au sein d'Eurogip, la question de la sous-déclaration ne semble pas constituer, pour beaucoup de pays, un sujet de préoccupation majeur. C'est surtout le cas par exemple en Allemagne, Autriche, Suisse et Finlande. Ces pays considèrent en effet qu'il n'existe pas spécifiquement d'obstacle à la déclaration* ».

Ces conclusions viennent infirmer un certain nombre d'idées fausses, souvent considérées à tort comme acquises et incontestables, sur les imperfections prétendues de notre système de reconnaissance des maladies professionnelles.

2. L'évolution des facteurs de sous-déclaration constitue un autre élément positif à prendre en considération

Les précédents rapports de la Commission ont permis d'individualiser différents facteurs de sous-déclaration, et il nous semble intéressant d'analyser leurs évolutions car on peut s'apercevoir qu'il existe une réelle prise en compte des recommandations qui ont pu être faites et donc de véritables progrès.

Les causes peuvent être classées en cinq grands chapitres : facteurs relatifs aux victimes, aux médecins déclarants, aux Caisses primaires de Sécurité sociale, aux employeurs et à l'Etat.

A. Evolution des facteurs de sous déclaration relatifs aux victimes :

Un réel effort d'information des salariés a été fait par les agences de prévention (ANACT, ARACT, INRS) et les Agences spécialisées (Institut National du cancer, Ligue nationale du cancer par exemple), ainsi que par les caisses de Sécurité sociale. Ces efforts ont été relayés par les associations de victimes et par les syndicats de salariés. Il est donc difficile de penser que tous ces efforts n'ont eu aucun retentissement sur l'information des salariés.

B. Facteurs relatifs aux médecins déclarants (médecins libéraux, médecins du travail).

L'information du corps médical concernant la réparation des MP s'est nettement améliorée. Par exemple, le site Ameli.fr de la CNAMTS a mis en place un portail spécifique, à destination des professionnels de santé, consacré aux maladies professionnelles.

Si des améliorations peuvent encore certainement se faire en ce domaine, il faut cependant constater que, par exemple, le site internet Google consacré aux « informations des médecins traitants sur les maladies professionnelles » comporte actuellement 516 000 références...

Des efforts ont également été faits pour progresser dans le champ des connaissances scientifiques et médicales concernant les liens entre pathologies et travail, afin de mieux cerner les pathologies professionnelles éventuelles : le Plan santé travail a consacré à cet objectif un chapitre entier de mesures, les budgets de la recherche en santé au travail alloués par le ministère du Travail et le ministère de la Santé à l'Anses et au département santé-travail de l'InVS ont progressé, et le COCT s'est attaché à répertorier l'ensemble des organismes menant des recherches en santé au travail.

C. Facteurs relatifs à l'instruction des dossiers par les Caisses Primaires de Sécurité sociale

Les caisses se sont attachées à améliorer la formation des médecins conseils de CPAM et des enquêteurs sur les pathologies professionnelles, à éditer des lettres internes de cadrage pour leur réseau de médecins conseils.

Pour combler peu à peu les inégalités dans les taux de reconnaissance par les médecins conseils ou par les CRRMP (Comités régionaux de reconnaissance des maladies professionnelles), la commission des Pathologies professionnelles du COCT a remis à jour le guide de procédures pour les CRRMP et s'est attaché à affiner son suivi annuel des reconnaissances en MP par les CRRMP.

D. Facteurs de sous-déclaration relatifs aux employeurs :

Depuis le début des évaluations de la Commission, des efforts importants ont été réalisés notamment pour améliorer la traçabilité des expositions aux risques chimiques les plus dangereux.

Ces mesures règlementaires vont dans le sens d'une meilleure information à la fois des employeurs, des salariés et des médecins du travail sur les risques éventuels d'atteinte grave de la santé.

S'agissant de la déclaration des maladies professionnelles, celle-ci incombe au salarié, non au chef d'entreprise. Dans tous les cas, le CHSCT ou à défaut les délégués du personnel, veillent à l'observation de la législation relative à la santé et la sécurité au travail des salariés et peuvent effectuer des enquêtes sur les questions relatives aux accidents du travail et maladies professionnelles dans les entreprises.

Enfin, un certain nombre de réglementations sont intervenues pouvant inciter certains salariés à effectuer des déclarations de maladies professionnelles. C'est le cas par exemple de la mise en place, à l'initiative des partenaires sociaux, de l'indemnité temporaire d'inaptitude : le salarié déclaré inapte suite à une maladie professionnelle, depuis le 1er juillet 2010, peut bénéficier d'une indemnité temporaire d'inaptitude pendant une durée d'un mois maximum à

compter de la date de délivrance de l'avis d'inaptitude. Ce qui n'est pas le cas en de maladie non d'origine professionnelle.

E. Facteurs relatifs à l'Etat et son administration:

L'amélioration du traçage des expositions ne peut que conduire peu à peu à l'amélioration du suivi post professionnel pour les salariés ayant été exposés à des substances nocives à long terme (cancérogènes, par exemple) au niveau des Consultations de pathologies professionnelles.

En ce qui concerne les reproches de lenteur dans la mise à jour des tableaux de MP en fonction des connaissances scientifiques, on peut désormais se référer au travail comparatif réalisé par la Commission européenne, au travers des conclusions du Groupe de travail *Occupational Diseases in Europe*, des résultats de l'enquête européenne menée par GVG, et des débats de la conférence européenne sur les MP à Bruxelles en décembre 2013. Ce travail a montré que, quelles que soient les procédures choisies par les Etats Membres pour élaborer leur liste de MP, la durée de réflexion et de concertation nécessaire pour élaborer un tableau de MP est, dans l'ensemble des pays européens sans exception, située entre 1,5 an et 2 ans. La France se situe bien dans ce délai.

Cette complexité s'explique aussi par le fait qu'un grand nombre de maladies ont un caractère multifactoriel c'est-à-dire que plusieurs facteurs notamment personnels ont contribué à la survenance de la pathologie : la part de responsabilité des expositions professionnelles est à la fois difficile à déterminer, car ce sont des maladies très multifactorielles et que les différents facteurs de causalité sont très intriqués, mais également parce que la part prise par les facteurs professionnels est le plus souvent faible, voire très faible.

Depuis le dernier rapport, la Commission des pathologies professionnelles du COCT n'est pas restée inactive :

- réfection du tableau du T 15 ter (cancers de vessie dus aux amines aromatiques) avec extension des expositions prises en charge, réfection des tableaux 57 A (épaules), B (coudes) et C (Poignets) pour mieux préciser les maladies en cause, les expositions et les délais de prise en charge, travail de réflexion sur d'éventuels tableaux de MP concernant les expositions aux monomères plastiques : 1,3 Butadiène, Chlorure de Vinyle monomère.
- En ce qui concerne la difficile **question des maladies psychiques** en relation avec les risques psycho-sociaux du travail, il faut saluer le travail très conséquent mené par la Commission des pathologies professionnelles avec le concours de la Société française de psychiatrie et la Société Française de médecine du travail : définition précise des maladies pouvant être expertisées, au cas par cas, au niveau des CRRMP, indications sur la manière de fixer les taux d'IPP de ces maladies, indications sur les facteurs de risques professionnels et extraprofessionnels à analyser. Cette Commission termine actuellement un guide destiné aux médecins conseils et agents enquêteurs des caisses et aux experts des CRRMP concernant ces maladies.

Comme on le constate dans l'analyse des différents facteurs de sous-déclaration, des importants efforts ont été accomplis pour améliorer la situation décrite dans le précédent rapport de la Commission.

3. L'Approche statistique par « fractions de risques attribuables »

Comme nous l'avons déjà exprimé lors des précédents rapports de la Commission, nous sommes extrêmement réservés sur cette méthode : les fractions de risques attribuables sont des éléments statistiques probabilistes qu'il importe de manier avec beaucoup de précaution, tant ces estimations dépendent à la fois de la définition des personnes exposées (et les seuils d'exposition diffèrent selon les études) et de la façon dont les multiples facteurs de risques connus, professionnels ou non, sont pris en compte dans les études.

En ce sens, l'INSERM constate (Rapport d'expertise collective INSERM « Cancer. Approche méthodologique du lien avec l'environnement ». Ed INSERM 2005) : *" Il reste encore beaucoup d'incertitudes sur la valeur des risques attribuables aux différents facteurs étiologiques : alimentation, exposition professionnelle, pollution..."*

Egalement, l'Académie de médecine, de l'Académie des sciences et du Centre international de Recherche sur le Cancer (Rapport "les causes de cancer en France en 2000". Synthèse en Français, 2007) : *« L'identification des causes est une tâche difficile car, si de nombreuses études sont effectuées chaque année dans le monde, beaucoup de résultats sont contradictoires ou discutables... »*

Pour ces raisons, nous mettons en question la légitimité d'utiliser, au niveau de la Commission, des données épidémiologiques pour calculer, à partir d'éléments très théoriques et ne faisant pas l'unanimité des scientifiques, un pourcentage de « risques attribuables au travail », et, plus encore, d'utiliser ces données relatives non pas pour la prévention, mais pour calculer un « coût attribuable à ces maladies ». Il faut d'ailleurs remarquer qu'aucun pays au monde, en dehors de la France, n'utilise dans cet objectif les fractions de risques attribuables.

Conclusion :

Considérant les efforts accomplis pour satisfaire aux diverses recommandations du rapport 2011 de la Commission relative à l'évaluation du coût de la sous-déclaration des maladies professionnelles, considérant l'évolution très positive des résultats obtenus en matière d'accident du travail, considérant l'accroissement continu des indemnisations au titre des maladies professionnelles, que ce soit au travers des tableaux de MP ou du système complémentaire, considérant enfin que la France est le pays d'Europe où les salariés sont le mieux indemnisés au titre des maladies professionnelles, **il nous semble que le taux du transfert financier opéré entre la caisse ATMP et le Régime général doit diminuer de façon notable.**

Une nouvelle augmentation de ce taux remettrait véritablement en question l'utilité de tous les efforts menés dans le domaine de la prévention des maladies professionnelles et des accidents du travail.

Annexe n° 8
Lettre de mission du président



MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ

*La Ministre**Paris, le*

Monsieur le Conseiller-maître,

Je vous remercie d'avoir bien voulu accepter de présider la Commission chargée d'évaluer le coût pour la branche maladie de la sous-déclaration des maladies professionnelles et des accidents du travail (AT-MP).

Les travaux de celle-ci me paraissent pouvoir s'inscrire dans la continuité de ceux des précédentes commissions. Ils s'attacheront ainsi tout d'abord à dresser le bilan des suites données aux préconisations de la précédente commission, puis à examiner l'ensemble des causes de sous-déclaration dans le but d'aboutir enfin à l'évaluation du coût réel pour la branche maladie de la sous-déclaration des AT-MP. La comparaison avec la situation prévalant dans les pays européens devra également être de nouveau conduite.

Dans le respect du périmètre des risques couverts par la branche AT-MP, votre commission pourra me remettre toute proposition qu'elle jugera utile en vue d'améliorer les procédures de reconnaissance de ces risques, les études épidémiologiques, la législation applicable ainsi que les outils statistiques et comptables.

Pour mener à bien vos travaux et notamment estimer le coût, pour la branche maladie, de la sous-déclaration des AT-MP, vous pourrez vous appuyer sur les services du ministère du travail, de l'emploi, de la formation professionnelle et du dialogue social (direction générale du travail) et du ministère des affaires sociales et de la santé (direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, direction de la sécurité sociale, direction générale de la santé, direction générale de l'offre de soins), sur ceux de la direction des risques professionnels de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés ainsi que de l'Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail et de l'Institut de Veille Sanitaire.

Monsieur Jean-Pierre BONIN
Conseiller-Maître honoraire
Cour des Comptes
13, rue Cambon
75 100 - PARIS 01 SP

La commission devra remettre son rapport au plus tard le 15 juin 2014 de manière à ce qu'il puisse être transmis au Parlement avant le 1^{er} juillet, comme le prévoit l'article L. 176-2 du code de la sécurité sociale.

Je vous prie d'agréer, Monsieur le Conseiller-maître, l'expression de ma sincère considération.

Marisol TOURAINE

Annexe n° 9

Composition de la commission

(Arrêté du 14 février 2011 relatif à la composition de la Commission prévue à l'article L.176-2 du code de la sécurité sociale)

Président de la Commission :

M. Jean-Pierre BONIN : conseiller-maître honoraire à la Cour des Comptes

Membres de la Commission :

1° Désigné par le directeur général de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés :

Mme le Docteur Odile VANDENBERGHE, médecin conseil

2° Désigné par la directrice générale de l'Institut de veille sanitaire :

M. Julien BRIERE

3° Désigné par le directeur de l'Institut de recherches et de documentation en économie de la santé :

Mme Pascale LENGAGNE

4° Désigné par le directeur général du travail au ministère du travail, de l'emploi et de la santé :

M. le Docteur Michel NIEZBORALA, médecin inspecteur du travail, DIRECCTE Midi-Pyrénées

Mme Anna SCHPITZ, inspectrice du travail, DIRECCTE Ile-de-France

5° Désigné par le directeur général de l'Agence nationale de sécurité sanitaire, de l'alimentation, de l'environnement et du travail :

M. Henri BASTOS

6° Le directeur du groupement d'intérêt public Eurogip :

M. Raphaël HAEFLINGER

7° Désignés par les présidents de deux sociétés savantes :

- Société de pneumologie de langue française : M. le Professeur Nicolas GIRARD
- Société française du cancer :

8° Désignés par la présidente de la Société française de médecine du travail :

- M. le Professeur Alexis DESCATHA, PUPH de médecine du travail ;
- M. le Docteur Antoine GISLARD, PH de médecine du travail.

Membres invités

Au titre de la Direction de la Sécurité Sociale

- Mme Marie-Anne JACQUET, adjointe au sous-directeur de l'accès aux soins, des prestations familiales et des accidents du travail
- Mme Marianne CORNU-PAUCHET, adjointe au sous-directeur des études et des prévisions financières
- M. Fabrice UMARK, chef du bureau des accidents du travail et maladies professionnelles
- Mme Céline CAREL, chef du bureau des études et évaluation
- M. Matthieu DARNER, adjoint au chef du bureau des études et évaluation

Au titre de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés

- M. Dominique MARTIN, directeur des risques professionnels
- M. Pascal JACQUETIN, adjoint au directeur des risques professionnels
- Mme Stéphanie DE FLAUGERGUES, mission statistique de la direction des risques professionnels

Au titre de la Direction générale de la santé

Mme Mireille FONTAINE, conseiller médical auprès de la sous-directrice de la prévention des risques liés aux milieux de vie et à l'alimentation

Au titre de la Direction générale du travail

- Mme Stéphanie GILARDIN, chef du bureau des risques chimiques, physiques et biologiques
- M. Rémi GRANDGIRARD, bureau de la politique et des acteurs de la prévention

Au titre de la Direction générale de l'offre des soins

M. Gilles HEBBRECHT, chargé de mission facturation

Rapporteurs :

- M. Sylvain GROGNET, chargé de mission auprès du sous-directeur des études et des prévisions financières
- Mme Céline CAREL, chef du bureau des études et évaluation
- M. Matthieu DARNER, adjoint au chef du bureau des études et évaluation
- M. Mathieu JARDIN, chargé d'études statistiques au bureau des études et évaluation
- M. Fabrice UMARK, chef du bureau des accidents du travail et maladies professionnelles