

Rapport

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

Juin 2011

S O M M A I R E

Introduction	8
I^{ère} partie 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>	11
1-1- Les préconisations de la commission	12
1-2- Les préconisations de la commission qui ont été mises en œuvre ou intégrées à des plans et conventions	13
1-2-1- <u>Préconisation N°1</u> : Faire en sorte que le « <i>document unique</i> » d'évaluation des risques (DUER) soit porté à la connaissance de chaque salarié et conservé par lui	13
1-2-2- <u>Préconisation N°2</u> : Reprendre la pratique du suivi post-professionnel qui reste aujourd'hui modeste en dehors du cas de l'amiante (notamment pour les poussières de bois)	14
1-2-3- <u>Préconisation N°3</u> : Améliorer la formation et l'information des délégués du personnel et des CHSCT sur les MP	16
1-2-4- <u>Préconisations N°4 et N°5</u> : Formation et information des médecins aux problématiques des AT/MP	16
1-2-5- <u>Préconisation N°8</u> : Inciter la HAS à investir cette problématique	18
1-2-6- <u>Préconisation N°9</u> : Systématiser la mise en place d'une aide à la déclaration de la maladie et d'un accompagnement des victimes	18
1-2-7- <u>Préconisation N°13</u> : Traiter le problème de la carence systématique de l'information provenant des établissements de santé à destination des caisses dans l'attente de la facture individuelle directe	19
1-2-8- <u>Préconisation N°14</u> : Passer à un stade opérationnel dans la réduction des disparités de doctrine et/ou de résultats entre les CPAM et les CRRMP	19
1-2-9- <u>Préconisation N°15</u> : Approfondir la formation et l'information des médecins-conseils dans le domaine des maladies professionnelles	21
1-2-10- <u>Préconisation N°16</u> : Actualiser les tableaux des maladies professionnelles	21
1-2-11- <u>Préconisation N°17</u> : Remédier aux lourdes insuffisances dans les appareils de collecte de l'information et les données épidémiologiques	22

2- <u>Les développements récents de la lutte contre les grands risques professionnels</u>	25
2-1- Les troubles musculo-squelettiques (TMS)	25
2-1-1- Les actions du ministère du travail	26
2-1-2- Les actions de la CNAMTS	26
2-1-3- Les actions des autres acteurs institutionnels	27
2-2- Les risques psycho-sociaux (RPS)	28
2-2-1- Les rapports et études	28
2-2-2- Les actions des pouvoirs publics en matière de prévention des risques psychosociaux	28
2-2-2-1- Le plan santé au travail (2010-2014)	28
2-2-2-2- La COG AT/MP (2009-2012)	29
2-2-3- L'action des partenaires sociaux : les accords sur le stress au travail et sur le harcèlement et la violence au travail	29
2-2-3-1- La transposition des accords-cadres européens	29
2-2-3-2- Accords d'entreprise et bonnes pratiques	30
2-3- Risques chimiques	30
2-3-1- Les plans gouvernementaux	31
2-3-2- La mise en œuvre des règlements communautaires REACH et CLP	32
2-3-3- Les politiques de contrôle	33
2-4- Autres mesures susceptibles d'avoir un impact sur la prévention et la sous-déclaration des AT-MP	34
2-4-1- Deux mesures de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2010	34
2-4-2- Modifications du code du travail	34
2-5- La jurisprudence	36
2-5-1- Inaptitude et reclassement du salarié : l'avis et les recommandations du médecin du travail	36
2-5-2- Le travail intérimaire	36
2-5-3- Le harcèlement moral	36
2-5-3-1- La qualification des faits constitutifs d'un harcèlement moral	37
2-5-3-2 - L'obligation de résultat de l'employeur en matière de protection de la santé et de la sécurité des travailleurs	39
2-5-3-3- Les méthodes de gestion peuvent être constitutives de harcèlement moral	39
2-5-4- Autre décision	39
2-5-5- La décision du Conseil constitutionnel du 18 juin 2010	40

IIème partie Comparaisons internationales	41
--	----

1- <u>Maladies professionnelles</u>	41
1-1- Eléments statistiques	41
1-2- Facteurs pouvant expliquer les écarts constatés	46
2- <u>Accidents du travail</u>	49
2-1- Données EUROSTAT	49
2-2- Données d'assurance par pays	52

IIIème partie Principales causes de sous-déclaration et de sous-reconnaissance des risques professionnels	54
--	----

1- <u>Causes de sous-déclaration des risques professionnels</u>	54
1-1- Causes tenant aux employeurs	54
1-2- Causes tenant aux victimes	55
1-2-1- L'ignorance de la victime et la complexité de démarche de déclaration de la MP	55
1-2-2- Les appréhensions à l'égard de l'emploi	55
1-3- Causes tenant aux professionnels de santé	57
1-3-1- Les médecins de soins	59
1-3-2- Les problèmes liés à l'enregistrement des soins et prestations en AT-MP	59
1-3-3- Les médecins du travail	60
1-3-4- Les établissements de santé	62
1-4- Les effets de la coexistence de plusieurs dispositifs complexes de prise en charge	63
2- <u>La sous-reconnaissance</u>	71
2-1- Sur la dispersion entre caisses	71
2-2- Le problème des tableaux des maladies professionnelles	71
2-2-1- Les modalités administratives de révision ou de création des tableaux des maladies professionnelles	71
2-2-2- Certains tableaux nécessitent d'être révisés	73
2-3- Le problème particulier de la reconnaissance des pathologies psychiques	75
2-3-1- Les possibilités de reconnaissance en accident du travail et maladie professionnelle	75
2-3-2- Le faible nombre de pathologies reconnues dans le cadre du système complémentaire	76
2-3-3- L'ébauche d'une meilleure prise en compte de ces pathologies	78

IVème partie	
Evaluation de la sous-déclaration des accidents du travail et des maladies professionnelles	79
<u>1- Evolution de la sinistralité de la branche accidents du travail – maladies professionnelles (AT/MP)</u>	80
1-1- Panorama global de la sinistralité	80
1-2- Répartition de la sinistralité par secteur d’activité	81
1-3- Répartition de la sinistralité par âge de la victime	85
1-4- Ventilation par pathologie des maladies professionnelles reconnues par les CPAM	86
<u>2- Données épidémiologiques permettant d’apprécier la sous-déclaration des pathologies professionnelles et des accidents du travail</u>	87
2-1- Cancers	87
2-2- Troubles musculo-squelettiques	89
2-3- Asthmes et broncho-pneumopathies chroniques obstructives (BPCO)	90
2-4- Dermatoses	91
2-5- Affections du rachis lombaire, dorsalgies, lombalgies	93
2-6- Surdités	95
2-7- Les accidents du travail	95
<u>3- Evaluation des coûts moyens des pathologies retenues</u>	97
3-1- Eléments de coût issus des données de l’assurance maladie	97
3-2- Eléments de coût issus des données de la branche AT-MP	99
<u>4- Cas particulier : l’estimation du coût des cancers</u>	103
4-1- Coût des cancers en France selon l’étude de l’institut national du cancer (INCA)	103
4-2- Coût des cancers en France selon les coûts moyens par type de cancer	106
<u>5- Synthèse : évaluation de la sous-déclaration des accidents du travail et des maladies professionnelles</u>	107

Vème partie Préconisations de la commission	108
--	-----

1°) <u>Les médecins</u>	108
1-1- Formation et information des médecins	108
1-2- La médecine du travail	108
2°) <u>Les victimes</u>	108
3°) <u>Les entreprises</u>	109
4°) <u>La prise en charge des soins et actes relevant de la branche AT-MP</u>	109
4-1- Mieux informer les professionnels de santé sur les modalités d'enregistrement des soins et prescriptions en AT-MP	109
4-2- Sur leur prise en charge par les établissements de santé	109
5°) <u>L'actualisation des tableaux des maladies professionnelles compte tenu des nouvelles connaissances épidémiologiques et scientifiques</u>	109
6°) <u>Poursuivre l'effort d'harmonisation des taux de reconnaissance et des taux d'IP attribués par les médecins conseils</u>	109
7°) <u>Améliorer la collecte de l'information.</u>	109

ANNEXES	
----------------	--

- Annexe n°1	111
Suites données aux préconisations de la précédente commission (rapport de juin 2008)	
- Annexe n°2	120
Rapports récents consacrés aux risques psycho-sociaux	
- Annexe n°3	124
Questionnaire de repérage des expositions professionnelles chez les sujets atteints de cancer bronchique primitif de la Société de pneumologie de langue française	
- Annexe n°4	125
Les systèmes d'assurance en Allemagne et Espagne	
- Annexe n°5	132
Maquette d'un cursus universitaire	
- Annexe n°6	133
Compte-rendus des auditions des partenaires sociaux :	
- la FNATH	
- la CFDT	
- le MEDEF	
- la CFE-CGC	
- la CGT	
- l'UPA	

<ul style="list-style-type: none"> - la CFTC - la CGT-FO - la CGPME 	
<p>- Annexe n°7</p> <p>Contributions des partenaires sociaux</p> <ul style="list-style-type: none"> - la FNATH - la CGT-FO - la CFTC - l'UPA - le MEDEF 	148
<p>- Annexe n°8</p> <p>Lettre de mission du président</p>	167
<p>- Annexe n°9</p> <p>Composition de la commission</p>	168

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* », soit 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 8 le nombre des membres de la commission.

Un arrêté en date du 11 février 2011 a modifié sa composition. Il prévoit qu'elle comprend, outre son président, 10 membres :

- un médecin-conseil désigné par le directeur général de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés ;
- un représentant désigné par la directrice générale de l'Institut de veille sanitaire ;
- un représentant désigné par le directeur de l'Institut de recherches et de documentation en économie de la santé ;
- 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 ;
- 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 la présidente de la Société française de médecine du travail.

La présente commission a été mise en place le 5 avril 2011 et a poursuivi ses travaux jusqu'au 10 juin 2011.

La lettre de mission adressée au président de la commission par le ministre du travail, de l'emploi et de la santé précise que les travaux de la commission s'inscrivent dans la continuité de ceux des précédentes commissions et qu'ils doivent s'attacher à examiner l'ensemble des raisons qui induisent toujours une méconnaissance des risques déjà mis en lumière par la commission de 2008 (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 qu'une comparaison avec la situation prévalant dans les pays européens doit également être conduite.

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 faire 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 les 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.

I^{ère} PARTIE

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

Cinq commissions chargées d'évaluer le montant du versement de la branche accidents du travail et maladies professionnelles à la branche maladie au titre de la sous-déclaration des risques professionnels se sont déjà réunies depuis 1997 :

- *La première commission*, présidée par M. DENIEL, a rendu ses conclusions en octobre 1997. Elle a chiffré le montant de la sous-déclaration des maladies professionnelles à 135,37 M€. Le décret du 16 mars 1998 a retenu un montant de 137,20 M€ pour l'année 1997. Ce montant a été actualisé pour les années 1998 et 1999 ;

- *La deuxième*, présidée par Mme LEVY-ROSENWALD, a remis son rapport en septembre 1999. Elle a proposé, compte tenu de l'absence de données nouvelles, de reconduire le montant déterminé par la première commission après actualisation. Ce montant a été fixé à 141,02 M€ et réactualisé pour les années 2000 et 2001 ;

- *La troisième* commission, présidée de nouveau par Mme LEVY-ROSENWALD (rapport de septembre 2002), a estimé que le coût de la sous-déclaration des accidents du travail et des maladies professionnelles était compris entre 368 et 550 M€. Un montant de 330 M€ a été retenu dans les lois de financement de la sécurité sociale pour les années 2003 à 2005.

- *La quatrième*, présidée par M. Noël DIRICQ (rapport de juin 2005) a considéré que la dépense indûment assumée par l'assurance maladie au titre des AT/MP se situait entre 355 M€ et 750 M€. Les lois de financement de la sécurité sociale ont retenu un montant de 330 M€ pour l'année 2006 et de 410 M€ pour les années 2007 et 2008.

- *La cinquième* présidée de nouveau par M. Noël DIRICQ (rapport de juillet 2008) a évalué la dépense indûment assumée par l'assurance maladie au titre des risques professionnels dans une fourchette allant de 564,7 M€ à 1,02 milliards d'euros. Les lois de financement de la sécurité sociale ont retenu un montant de 710 M€ pour les années 2009 à 2011.

MONTANT ANNUEL DU VERSEMENT DE LA BRANCHE AT/MP A LA BRANCHE MALADIE (ARTICLES L.176-1 ET L.176-2 DU CODE DE LA SECURITE SOCIALE)		
OBJET	ANNEE	MONTANT (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 à 2008	410,00
Maladies professionnelles + accidents du travail	2009 à 2011	710,00

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

La précédente commission chargée d'évaluer la sous-déclaration des AT/MP, qui s'est réunie en 2008, a constaté que, malgré le regain d'intérêt croissant accordé aux risques professionnels dont témoignaient notamment le protocole d'accord du 12 mars 2007 sur la prévention, la tarification et la réparation des risques professionnels signé par les organisations patronales et trois syndicats de salariés et les propositions relatives à la prévention de ces risques retenues dans le cadre de la conférence nationale tripartite d'octobre 2007, les phénomènes de sous-déclaration et de sous-reconnaissance persistaient.

Pour chiffrer le coût de cette sous-déclaration et sous-reconnaissance, la commission a recherché les pathologies pour lesquelles existaient des données épidémiologiques en lien avec le travail, soit les :

- TMS (syndrome du canal carpien, problèmes de l'épaule, tendinites du coude, de la main et des doigts) ;
- cancers professionnels (amiante, benzène, goudron, bois ...) ;
- dermatoses allergiques et irritantes ;
- asthmes ;
- broncho-pneumopathies chroniques obstructives (BPCO).

Elle a ensuite examiné et défini les coûts moyens des pathologies à retenir et rapporté ceux-ci aux fractions imputables aux maladies professionnelles issues des données épidémiologiques, et appliqué la même méthode pour les accidents du travail.

Elle a considéré, comme déjà indiqué, que la sous-déclaration des accidents du travail et des maladies professionnelles pouvait être évaluée dans une fourchette allant de 564,7 millions d'euros à 1,02 milliards d'euros.

S'agissant des principales causes de sous-déclaration et de sous-reconnaissance des risques professionnels, la commission soulignait que celles qu'avaient déjà répertoriées la commission de 2005 demeuraient et que des études réalisées depuis 2005 notamment sur les maladies professionnelles confirmaient et étayaient certaines de celles-ci.

Elle relevait que cette sous-déclaration des risques professionnels pouvait ainsi être le fait :

- des victimes (ignorance des substances nocives, crainte de perte de l'emploi, complexité de la démarche de déclaration de la maladie professionnelle, dispositif peu attractif de réparation des AT/MP) ;
- des employeurs (pratiques de prise en charge totale sans déclaration, effets du système de tarification, réticence à afficher des taux de sinistralité élevés ou en hausse) ;
- des acteurs du système de soins (pour les médecins, difficulté de faire le lien entre la pathologie et le travail, information et formation insuffisantes de ces derniers aux pathologies professionnelles, relations insuffisamment développées entre les médecins traitants, les médecins hospitaliers, les médecins du travail et les médecins-conseils des caisses de sécurité sociale) ;
- des établissements de santé (non-déclaration par les victimes, défaillances dans les mécanismes de traitement des dossiers avec la procédure de reconnaissance préalable de

l'accident par les CPAM, déconnexion entre le circuit de valorisation d'activité et le circuit des séjours, support de la répartition entre régimes et risques).

Quant à la sous-reconnaissance de ces risques, la commission soulignait qu'elle pouvait provenir de pratiques différentes selon les caisses. Elle mentionnait par ailleurs qu'au-delà de la sous-reconnaissance au sens strict des maladies professionnelles, la non-reconnaissance de certaines pathologies pouvait être due à l'état des connaissances scientifiques les concernant, à la limitation des pathologies prises en compte dans les tableaux ou à la rigidité de ces derniers (durée d'exposition, produits pris en compte).

1-1- Les préconisations de la commission

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

1°) Faire en sorte que le « document unique » soit effectivement porté à la connaissance de chaque salarié et conservé par lui ;

2°) Reprendre la pratique du suivi post-professionnel, qui aujourd'hui reste très modeste en dehors du cas de l'amiante (les métiers exposés aux poussières de bois seraient un premier champ plausible d'extension) ;

3°) Améliorer la formation et l'information des délégués du personnel et des CHSCT sur les maladies professionnelles ;

4°) Renforcer la formation sur les maladies professionnelles pendant les études médicales et insister particulièrement dans certaines spécialités (rhumatologie, pneumologie, dermatologie...);

5°) Renforcer la part des maladies professionnelles dans la formation continue, notamment dans certaines spécialités (par ex. allergologie et celles citées supra) ;

6°) Inciter les sociétés savantes à approfondir leur travail de sensibilisation, à l'instar de celles qui sont déjà actives en la matière (notamment pneumologie) ;

7°) Inciter la HAS à investir cette problématique ;

8°) Inciter à systématiser les investigations sur les expositions professionnelles dans certains services hospitaliers, notamment en cancérologie ;

9°) Systématiser la mise en place d'une aide à la déclaration de la maladie et d'un accompagnement des victimes (qui pourrait être confiée à la caisse d'assurance maladie de la victime qui instruit le dossier, et à défaut, aux CRAM) ;

10°) Donner de la transparence à la concurrence qui existe de facto entre la prise en charge par le régime AT/MP et la souscription d'assurances de droit commun ;

11°) Etudier l'opportunité de donner une application effective à l'obligation faite à tous les médecins de déclarer les maladies à *caractère* professionnel (art. L. 461-6 du Code de la sécurité sociale), déclaration qui pourrait être destinée aux caisses aussi bien qu'au médecin inspecteur du travail ;

12°) Etudier l'enrichissement des pièces destinées aux caisses, comme les demandes d'ALD ou les feuilles de soins, avec une rubrique permettant de signaler les cas possibles d'origine professionnelle ou d'aggravation par le travail ;

13°) Traiter le problème de la carence systématique de l'information provenant des établissements de santé à destination des caisses ;

14°) Passer à un stade opérationnel dans la réduction des disparités de doctrine et/ou de résultats entre les CPAM et entre les CRRMP ;

15°) Approfondir la formation et l'information des médecins-conseils dans le domaine des maladies professionnelles ;

16°) Actualiser les tableaux des maladies professionnelles (caractère restrictif d'un certain nombre de tableaux de maladies professionnelles du fait notamment de la liste limitative des substances et produits qu'ils prennent en compte et de la non prise en compte de données médicales et épidémiologiques récentes) ;

17°) Améliorer les appareils de collecte de l'information et les données épidémiologiques insuffisantes.

Elle soulignait, en outre, que pourraient être conduites sur le plus long terme des réflexions sur :

- l'aptitude du dispositif actuel à faire évoluer les critères de reconnaissance des maladies professionnelles ;
- la sous-déclaration par les victimes du fait de son importance de mieux en mieux mise en lumière et qui ne semble pas reculer ;
- la problématique de la déclaration dans les petites et très petites entreprises, dont de nombreux indices montrent la spécificité.

Certaines des préconisations de la commission ont été mises en œuvre, d'autres figurent dans le plan santé au travail (PST 2 - 2010-2014), la COG AT-MP (2009-2012), le plan cancer (2009-2013) et le plan national santé-environnement (2009-2013).

1-2 - Les préconisations de la commission qui ont été mises en œuvre ou intégrées à des plans et conventions

(voir en annexe la présentation sous forme de tableau synoptique plus détaillé).

1-2-1- Préconisation N°1 : faire en sorte que le « document unique » d'évaluation des risques (DUER) soit porté à la connaissance de chaque salarié et conservé par lui.

L'article R. 4121-4 du code du travail (issu du décret n°2008-1347 du 17 décembre 2008 relatif à l'information et à la formation des travailleurs sur les risques pour leur santé et leur sécurité) prévoit que ce document est notamment tenu à la disposition des travailleurs et qu'un avis indiquant les modalités d'accès des travailleurs au document unique est affiché à une place convenable et aisément accessible dans les lieux de travail. Dans les entreprises ou établissements dotés d'un règlement intérieur, cet avis est affiché au même emplacement que celui réservé au règlement intérieur.

Auparavant le document unique était uniquement tenu à la disposition de l'inspecteur du travail, du médecin du travail et du CHSCT.

Le PST 2 prévoit (action 28) différentes mesures pour relancer la démarche d'évaluation des risques professionnels (promouvoir le DUER par une campagne de communication, renforcer les interventions de conseil et de contrôle de l'inspection du travail et des services de prévention des CARSAT en vue d'assurer l'effectivité de la rédaction des DUER, renforcer le rôle de conseil du médecin du travail lors de l'élaboration du DUER par le chef d'entreprise).

1-2-2- Préconisation N°2 : reprendre la pratique du suivi post-professionnel qui reste aujourd'hui modeste en dehors du cas de l'amiante (notamment pour les poussières de bois)

1-2-2-1- La Société française de médecine du travail a publié, en février 2011, des recommandations concernant la surveillance médico-professionnelle des travailleurs exposés à l'action cancérigène des poussières de bois qui portent :

- sur la prévention primaire et la traçabilité des expositions ;
- sur le suivi médical, en proposant des modalités de dépistage des adénocarcinomes naso-sinusiens en deuxième partie de vie professionnelle et au delà de la période d'activité.

Ces recommandations s'inscrivent dans le cadre de la mesure 12.3 du plan cancer (2009-2013) et des actions 5 et 7 du plan santé au travail (2010-2014).

1-2-2-2- Le PST 2 prévoit en outre (action 5) de :

- tirer les enseignements des expériences de suivi post-exposition ou post-professionnel des différents régimes (pour les salariés, comme pour les travailleurs indépendants et exploitants agricoles) ;
- développer le suivi post-professionnel des salariés exposés aux produits cancérigènes, mutagènes ou reprotoxiques (CMR) et en évaluer l'application.

1-2-2-3- La COG AT-MP prévoit par ailleurs (programme 8) de sensibiliser les médecins traitants pour développer la surveillance médicale post-professionnelle des personnes ayant été exposées pendant leur carrière professionnelle à des risques à effet différé (visite des délégués de l'assurance maladie - DAM).

1-2-2-4- Sur la traçabilité des expositions professionnelles en général

Le rapport de M. Daniel LEJEUNE d'octobre 2008 sur la traçabilité des expositions professionnelles réalisé à la demande du ministre du travail préconisait notamment de :

- améliorer le dossier médical en santé au travail en tant qu'outil de prévention et de traçabilité des expositions professionnelles ;
- mettre en place un suivi médical post-exposition tout au long de la vie pour les travailleurs ayant été exposés à un CMR 1 ou 2 ou à toute substance, toute préparation ou tout procédé défini comme tel ;
- maintenir à titre subsidiaire les droits existants au suivi post-exposition et à la surveillance médicale post-professionnelle ;
- améliorer l'accès des salariés aux données notamment d'exposition professionnelle le concernant en facilitant l'accès au dossier médical en santé au travail, en expérimentant le remplacement de l'attestation d'exposition par un faisceau d'informations accessibles aux travailleurs.

Les préconisations de ce rapport sur le suivi médical des personnes exposées à des CMR ont été inscrites dans la loi n° 2009-967 du 3 août 2009 de programmation relative à la mise en œuvre du Grenelle de l'environnement (1). L'article 39 de cette loi dispose qu'un dispositif visant à assurer un meilleur suivi des salariés aux expositions professionnelles des substances classées cancérigènes, mutagènes ou toxiques pour la reproduction de catégories 1 et 2 (CMR1 et CMR 2) sera expérimenté en concertation avec les partenaires sociaux dans des secteurs professionnels ou zones géographiques déterminés. Cette expérimentation, dont le bilan devra être fait avant le 1er janvier 2012, a pour objet de permettre à l'Etat et aux

partenaires sociaux de définir des modalités de généralisation d'un dispositif confidentiel de traçabilité des expositions professionnelles. Ce dispositif devra être généralisé avant le 1er janvier 2013.

Le PST 2 (action 7) et La COG ATMP (programme 5) prévoient également dans ce cadre une étude de la faisabilité de dispositifs de traçabilité individuelle et collective des expositions aux agents CMR1 et 2 et la mise en place progressive d'un dispositif général de traçabilité des expositions aux risques professionnels.

L'article 60 de la loi du 9 novembre 2010 portant réforme des retraites prévoit par ailleurs que :

- un dossier médical en santé au travail, constitué par le médecin du travail, retrace dans le respect du secret médical les informations relatives à l'état de santé du travailleur, aux expositions auxquelles il a été soumis ainsi que les avis et propositions du médecin du travail (art. L.4624-2 du code du travail) ;

- l'employeur consigne dans une fiche, selon des modalités déterminées par décret (qui n'est pas encore paru), pour chaque travailleur exposé à un ou plusieurs facteurs de risques professionnels déterminés par décret et liés à des contraintes physiques marquées, à un environnement physique agressif ou à certains rythmes de travail susceptibles de laisser des traces durables identifiables et irréversibles sur sa santé, les conditions de pénibilité auxquelles le travailleur est exposé, la période au cours de laquelle cette exposition est survenue ainsi que les mesures de prévention mises en œuvre par l'employeur pour faire disparaître ou réduire ces facteurs durant cette période. Une copie de cette fiche est remise au travailleur à son départ de l'établissement, en cas d'arrêt de travail excédant une durée fixée par décret (qui n'a pas encore été publié) ou de déclaration de maladie professionnelle (art. L.4121-3-1 du code du travail).

Les facteurs d'exposition à des risques professionnels ont été précisés par le décret N°2011-354 du 30 mars 2011 (codifiés à l'article D.4121-5 du code du travail). Il retient :

- *Au titre des contraintes physiques marquées :*

- . les manutentions manuelles de charges définies à l'article R. 4541-2 du code du travail (CT),
- . les postures pénibles définies comme positions forcées des articulations,
- . les vibrations mécaniques mentionnées à l'article R. 4441-1 du CT ;

- *Au titre de l'environnement physique agressif :*

- . les agents chimiques dangereux mentionnés aux articles R. 4412-3 et R. 4412-60 du CT, y compris les poussières et les fumées,
- . les activités exercées en milieu hyperbare définies à l'article R. 4461-1 du CT,
- . les températures extrêmes,
- . le bruit mentionné à l'article R. 4431-1 du CT ;

- *Au titre de certains rythmes de travail :*

- . le travail de nuit dans les conditions fixées aux articles L. 3122-29 à L. 3122-31 du CT,
- . le travail en équipes successives alternantes,
- . le travail répétitif caractérisé par la répétition d'un même geste, à une cadence contrainte, imposée ou non par le déplacement automatique d'une pièce ou par la rémunération à la pièce, avec un temps de cycle défini.

1-2-3- Préconisation N°3 : améliorer la formation et l'information des délégués du personnel et des CHSCT sur les MP

- *La CNAMTS a inscrit cette action* dans le plan national d'actions coordonnées « TMS 2009-2012 », pour promouvoir et accompagner la mise en œuvre de dispositifs pérennes de prévention des TMS auprès des CHSCT. Plus de 1000 visites d'entreprises ont été réalisées en 2009 ;

- *Les CARSAT* ont défini une cible d'établissements à suivre sur la période. Cette cible doit comprendre au moins 50% des établissements de plus de 50 salariés (de préférence avec un CHSCT) ayant eu au moins 3 cas de TMS reconnus entre 2005 et 2007 ;

- *L'INRS* a réalisé en 2009 des actions de formation à distance pour les membres des CHSCT : « participer à la mission de prévention en entreprise » avec un volet « identifier les risques d'atteinte à la santé au poste de travail ».

Le PST 2 prévoit (action 29) :

- d'élaborer une recommandation sur les modalités de l'expertise pour les CHSCT ;
- d'améliorer la qualité de la formation des membres des CHSCT et des délégués du personnel (DP) ;
- de mener des actions de communication sur les missions des CHSCT et des DP en matière de santé et sécurité au travail.

1-2-4 - Préconisations N°4 et N°5 : Formation et information des médecins aux problématiques des AT/MP

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).

Le plan santé au travail (2005-2009) prévoyait de sensibiliser les professionnels de santé 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.

Ces formations notamment dans le cadre du cursus universitaire des médecins n'ont pas été instaurées.

A noter que le PST 2 prévoit de nouveau l'instauration de telles formations :

-l'action 32 prévoit :

- de former les médecins de soins à l'identification des maladies professionnelles : engager une concertation avec le ministère 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'introduire la santé-sécurité au travail dans tous les types de formation :

-Action 8 : ingénieurs et cadres, architectes, dans les lycées professionnels et les centres de formation aux apprentis, dans la formation des demandeurs d'emploi et de développer dans l'enseignement une filière professionnelle en santé au travail avec la création de diplômes du type licence/master et d'autres formations diplômantes et qualifiées (cf. aussi actions 60 et 61 du PNSE 2).

-Action 9 : de développer une filière professionnelle en matière de santé-sécurité au travail.

Des actions ont néanmoins été conduites par la CNAMTS auprès des médecins :

- deux campagnes d'information ont été conduites auprès des médecins traitants par les DAM, l'une en 2008 sur les MP, l'autre en 2011 sur les TMS et la prévention de la désinsertion professionnelle ;

- dans le cadre de la formation professionnelle conventionnelle (FPC) des modules de formation sur les risques professionnels à destination des médecins ont été mis en place. Ces formations abordent des thèmes variés : prise en charge du risque professionnel par le médecin traitant, prévention, suivi, réparation, connaissance de la législation des accidents du travail et des maladies professionnelles, en particulier les plus fréquentes (troubles musculo-squelettiques et cancers professionnels). 185 formations ont ainsi été réalisées entre 2007 et 2009 pour environ 3000 participants ;

- un outil internet mis en place par la CRAMIF à l'attention des médecins traitants a été mis en ligne en mai 2011 sur le site AMELI de la CNAMTS qui permet de faire un lien entre métiers et pathologies répertoriées dans les tableaux de maladies professionnelles. Une rubrique « déclarer » détaille les formalités à la charge du médecin.

Par ailleurs, les sociétés savantes médicales jouent également un rôle dans la formation des médecins traitants à la thématique des maladies professionnelles en développant notamment des outils d'aide au dépistage et à la déclaration.

Ainsi M. le professeur Dalphin a présenté à la Commission un questionnaire sur le repérage des expositions professionnelles chez les sujets atteints de cancer bronchique primitif (CBP). En 2001 un groupe de travail visant à élaborer ce questionnaire destiné à aider le médecin dans la détection des CBP d'origine professionnelle a été créé, afin de répondre au constat de sous-déclaration des CBP (sur 3500 cas estimés d'origine professionnelle, seuls 500 étaient reconnus tous les ans, soit 15%). Ce dernier pouvait s'expliquer notamment par une méconnaissance du sujet par les pneumologues (origine professionnelle de certains CBP, procédure et bénéfice social), des réticences à déclarer en MP les malades fumeurs, et un manque d'outils de repérage simple et utilisable et l'absence d'accès au CCPP.

Un programme d'information a été mis en place (communication lors de congrès, diffusion de fiches) autour de cet autoquestionnaire de repérage dirigé. Il a été testé pendant 6 mois, terminé en 2002 et actualisé en 2009. L'Inca a participé à sa diffusion. Des progrès dans la reconnaissance des CBP ont été réalisés, puisqu'en 2009, près de 14 000 CBP ont été déclarés, dont 60 % ont été reconnus. Des questionnaires similaires ont été développés par d'autres sociétés savantes, comme par exemple par le groupe GERDA (Groupe d'études et de recherches en dermato-allergologie).

1-2-5 - Préconisation N°8 : Inciter la HAS à investir cette problématique

- La Haute Autorité de Santé (HAS) a publié en janvier 2009, à la demande de la Société française de médecine du travail (SFMT), une série de recommandations relatives au contenu et à la tenue du dossier médical en santé au travail dans l'objectif d'une amélioration des pratiques professionnelles ;

- Les recommandations précitées de la SFMT publiées en février 2011 sur la surveillance médico-professionnelle des travailleurs exposés à l'action cancérigène des poussières de bois ont été labellisées par la HAS et l'INCA. Un protocole d'évaluation de l'exposition a également été transmis qui doit permettre une actualisation prochaine de ces recommandations.

Le plan cancer (mesure 12.3) prévoit l'élaboration, à l'attention des médecins du travail et des médecins traitants, des recommandations de bonnes pratiques pour améliorer la surveillance médicale des travailleurs exposés à des CMR et que ces recommandations seront élaborées par la Haute autorité de santé (HAS).

La COG (programme 8) prévoit d'obtenir rapidement de la HAS la définition des modalités du suivi médical des personnes ayant été exposées à des risques à effet différé et de procéder aux adaptations nécessaires.

1-2-6 - Préconisation N°9 : Systématiser la mise en place d'une aide à la déclaration de la maladie et d'un accompagnement des victimes

La COG AT/MP (programme 8) prévoit d'améliorer l'accompagnement des personnes fragilisées par les conséquences d'un AT ou d'une MP en définissant en 2009 une offre de service spécifique.

Une offre de service nationale pour la perte d'un proche a été mise en place dans ce cadre par la CNAMTS et diffusée à l'ensemble des caisses en décembre 2010. Elle se décline en deux phases :

- la 1^{ère} phase vise à informer la famille et les proches de la personne décédée de leurs droits et à les accompagner dans leurs démarches auprès de la CPAM : capital décès, maintien de droit, remboursement des frais de santé, versement d'une rente d'ayant droit, remboursement des frais funéraires, etc... Elle s'accompagne notamment de courriers d'information personnalisés aux assurés et sera complétée d'un dépliant « mon parcours d'assuré » à la fin du 1^{er} trimestre 2011 ;

- la 2^{ème} phase débutera après le lancement par l'Etat d'un télé-service unique visant la simplification des démarches des usagers avec, notamment, la suppression de certaines pièces administratives. Il s'agira alors de concevoir une organisation coordonnée de prise en charge des assurés entre les différents secteurs de l'assurance maladie et ses partenaires.

D'autres offres de service ont été développées par certaines caisses :

- accompagnement des victimes au moment de la consolidation d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle (CPAM du Loiret et du Loir et Cher) ;

- suivi des dossiers graves des accidents de travail (CPAM du Gard et DRSM du Languedoc Roussillon) ;

- accueil dédié spécifique sur des thématiques particulières – reconnaissance, AT mortels, indemnités journalières et rentes, ITI et capital décès (CPAM de la Côte d'Or).

En outre, une offre de service nationale de prévention de la désinsertion professionnelle (PDP), mise en place en septembre 2010, prévoit à cet effet :

- des plaquettes d'information à destination des assurés et des partenaires (médecin du travail, médecin traitant, employeur) et une plaquette sur la visite de pré-reprise ;
- une organisation nationale permettant une meilleure prise en charge des assurés (mise en place de cellules de coordination régionales et locales). Ces cellules sont composées de référents des services médical, social, administratif et de prévention du risque professionnel ;
- une brochure intitulée «le point de repère du service social» décrivant l'activité et l'offre du service social en matière de PDP.

Au total, 78 396 assurés ont bénéficié en 2009 d'un accompagnement individualisé par les services sociaux des caisses et 88 860 en 2010 (données CNAMTS).

1-2-7- Préconisation N°13 : Traiter le problème de la carence systématique de l'information provenant des établissements de santé à destination des caisses dans l'attente de la facture individuelle directe

Un guide annexé à la circulaire n° DHOS/F4/2009/319 du 19 octobre 2009 relative aux règles de facturation des soins dispensés dans les établissements de santé définit les règles de facturation par l'hôpital des AT et des MP et les relations avec les organismes de sécurité sociale.

La commission n'a pas eu connaissance d'études permettant de dire dans quelle mesure la situation de sous-déclaration a pu s'améliorer dans les hôpitaux.

1-2-8 - Préconisation N°14 : Passer à un stade opérationnel dans la réduction des disparités de doctrine et/ou de résultats entre les CPAM et les CRRMP

- Le ministère du travail, la CNAMTS et la DSS ont confié à un groupe d'experts le soin d'actualiser le guide à destination des CRRMP pour notamment contribuer à l'harmonisation de la politique de réparation des maladies professionnelles. Ce nouveau guide diffusé fin 2009 fait le point sur la réglementation et propose des éléments d'analyse des maladies les plus fréquemment examinées dans le cadre du système complémentaire ;

- La COG ATMP 2009-2012 (programme 7) prévoit une homogénéisation des pratiques des caisses dans le domaine de la réparation. Dans ce cadre, des efforts particuliers ont été menés par la CNAMTS pour réduire l'hétérogénéité des taux de reconnaissance sur le risque trajet et les TMS.

On constate ainsi depuis 2008, une nette diminution de l'écart entre les déciles extrêmes, particulièrement entre 2009 et 2010, pour atteindre :

- -41,4% sur le risque trajet (taux de croissance de l'écart entre le 9^{ème} et le 1^{er} décile entre décembre 2010 et décembre 2007) ;
- -28,4% sur le risque MP57 membre supérieur.

- Indicateurs de réduction de l'hétérogénéité des taux entre caisses

Risque Trajet :

Trajet : Résultats arrêtés à fin ...	déc-07	déc-08	déc-09	déc-10
Nombre de caisses	106	106	106	106
Taux moyen de reconnaissance (en dernière décision)	74,6%	74,7%	77,1%	76,7%
Moyenne 1er décile	61,1	64,4	69,6	69,4
Moyenne 9ème décile	85,8	84,1	84,3	83,9
Ecart entre 9ème et 1er décile	24,7	19,7	14,7	14,5
Taux de croissance de l'écart entre le 9ème et le 1er décile par rapport à décembre 2007		-20,4%	-40,5%	-41,4%

Risque MP 57 membre supérieur :

MP : Résultats arrêtés à fin ...	déc-07	déc-08	déc-09	déc-10
Nombre de caisses	106	106	106	103
Taux moyen de reconnaissance (en première décision)	78,0%	75,6%	73,7%	73,9%
Moyenne 1er décile	52,6	54,0	55,8	59,2
Moyenne 9ème décile	93,0	91,8	88,6	88,1
Ecart entre 9ème et 1er décile	40,3	37,8	32,7	28,9
Taux de croissance de l'écart entre le 9ème et le 1er décile par rapport à décembre 2007		-6,3%	-18,9%	-28,4%

La forte amélioration des résultats des pratiques en matière de reconnaissance résulte notamment :

- d'un renforcement des coordinations régionales et interrégionales sur les différents processus métiers,
- de la mise en place d'offres de formation vers le réseau,
- d'une communication des résultats sur ces thèmes.

Il convient par ailleurs de noter que la révision du tableau de maladies professionnelles n°57, actuellement en cours, entend être un facteur d'homogénéisation des pratiques, dans la mesure

où c'est en partie un manque de précision des libellés de ce tableau qui est à l'origine des divergences constatées.

Par ailleurs, des efforts ont été faits pour harmoniser la pratique des caisses en matière de taux d'IP. En effet, le barème indicatif d'invalidité annexé au code de la sécurité sociale et permettant de fixer des taux d'incapacité permanente pour les maladies professionnelles est obsolète et n'a pas été révisé. Cela s'explique par le fait que le Haut Comité médical de la sécurité sociale, chargé de les faire évoluer, a été supprimé en 2004. Toutefois, en l'absence de barèmes actualisés et dans l'attente de la rénovation du dispositif de l'incapacité permanente, la CNAMTS a diffusé des aides à l'évaluation de l'IP à destination des médecins conseils (lettre réseau CNAMTS LR-DRP 63-2010). Un tel outil est particulièrement utile pour les pathologies donnant lieu à une large fourchette de taux d'IP, telles que les cancers ou les insuffisances respiratoires.

1-2-9- Préconisation N°15 : Approfondir la formation et l'information des médecins-conseils dans le domaine des maladies professionnelles

La CNAMTS a mis en place à Lille une formation continue des médecins-conseils et gestionnaires administratifs (33 binômes formés en 2008, 100 en 2009, 98 en 2010). Le but de cette formation nationale est de développer de façon harmonisée des compétences médicales et administratives bien identifiées, renforcer les relations entre les gestionnaires médicaux et administratifs autour de pratiques communes.

1-2-10- Préconisation N°16 : Actualiser les tableaux des maladies professionnelles

La révision du tableau N° 57

La commission chargée d'évaluer la sous-déclaration des risques professionnels avait préconisé dans son rapport de 2005 de réviser le tableau n°57 (affections péri-articulaires provoquées par certains gestes et postures). Elle notait que le tableau 57 ne tenait pas compte des nouvelles modalités d'organisation du travail et que « *les présentations cliniques sont particulièrement insuffisantes. Le cas de l'épaule est particulièrement déficient puisque les tableaux cliniques sont actuellement obsolètes et en désaccord complet avec l'évaluation moderne des classifications acceptées et recommandées par les sociétés savantes. Par ailleurs, les moyens d'exploration de ces structures péri-articulaires se sont multipliés, permettant une approche de bien meilleure qualité : l'échographie (exploration des tendons, que ce soit à l'épaule ou au coude, mais aussi du canal carpien), le scanner et l'arthroscanner (l'épaule), l'IRM pour toutes les structures péri-articulaires et à terme l'IRM dédiée. Le tableau 57 n'en tient pas suffisamment compte. Par ailleurs les cervicalgies engendrées notamment par le travail sur écran ne sont pas prises en compte dans ces tableaux* ».

Le tableau est en cours de révision. Le décret portant révision du §A relatif à l'épaule sera prochainement publié. Les travaux portant sur le §B relatif au coude ont été engagés fin 2010.

La révision de ce tableau qui représente 80 % des MP indemnisées représente un enjeu important. En effet, elle vise à prendre en compte l'évolution des données scientifiques et médicales et à préciser certains libellés du tableau et devrait permettre d'harmoniser les pratiques de reconnaissance des caisses et de désengorger les CRRMP. Le processus de

révision, bien que fondé sur une approche scientifique, n'a pour l'instant pas abouti à un consensus des partenaires sociaux (cf. ci-dessous 2ème partie).

Les autres tableaux que le rapport de la commission de 2008 préconisait de réformer (tableaux n° 90, 91 et 94 pour les BPCO, n°65 pour les lésions eczématiformes de mécanisme allergique, tableaux relatifs aux affections du rachis lombaires) ne l'ont pas été.

D'autres tableaux ont été révisés :

- Tableau n° 1 (affections dues au plomb) : décret n° 2008-1043 du 9 octobre 2008 ;

- Tableaux n° 4 (hémopathies provoquées par le benzène et tous les produits en renfermant), n° 16 bis (affections cancéreuses provoquées par les goudrons de houille, les huiles de houille, les grais de houille et les suies de combustion du charbon), n° 36 bis (affections cancéreuses provoquées par certains dérivés du pétrole) et n° 43 (affections provoquées par l'aldéhyde formique et ses polymères). Un tableau n° 43 bis a été créé (affections cancéreuses provoquées par l'aldéhyde formique et ses polymères) : décret n° 2009-56 du 15 janvier 2009 ;

- Tableau n° 19 (spirochétoses à l'exception des tréponématoses) : décret n° 2009-1194 du 7 octobre 2009.

1-2-11 - Préconisation N°17 : Remédier aux lourdes insuffisances dans les appareils de collecte de l'information et les données épidémiologiques

En dehors des sources récurrentes (données CNAMTS, InVS, rapports d'activité RNV3P), peu de nouvelles données épidémiologiques ont été publiées. L'enquête SUMER de 2003 est en cours de réactualisation mais les résultats finaux ne seront connus qu'ultérieurement en 2011. De même, la prochaine enquête santé décennale de l'INSEE ne paraîtra qu'en 2013, et l'enquête « Conditions de travail » de la DARES qu'en 2012.

L'InVS a cependant :

- développé de nouvelles matrices emplois-expositions dans le cadre du programme Matgéné :

2008	- matrices emplois expositions aux fibres minérales artificielles : laines minérales, fibres céramiques réfractaires.
2009	- matrices emplois expositions à cinq solvants chlorés ; - matrice cultures-expositions aux pesticides arsenicaux.
2010	- matrice d'exposition professionnelle à la silice cristalline ; - matrice d'exposition professionnelle aux fibres d'amiante.
Matrice en cours de finalisation	- matrice d'exposition aux fibres céramiques réfractaires (FCR) ; - matrice hydrocarbures aromatiques polycycliques (population exposée professionnellement aux huiles minérales).

- établi des données sur le travail de nuit et le cancer du sein ;
- réalisé en 2010 dans le cadre du programme d'étude Cosmop¹ sur la mortalité par cause selon l'activité professionnelle, une analyse spécifique sur les suicides qui a permis de produire des données relatives au taux de suicide selon les catégories professionnelles et les secteurs d'activité (« Suicide et activité professionnelle en France : premières exploitations de données disponibles », avril 2010).

L'Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (ANSES) créée par une ordonnance en date du 7 janvier 2010 et qui fusionne l'Agence française de sécurité sanitaire des aliments (AFSSA) et l'Agence française de sécurité sanitaire de l'environnement et du travail (AFFSET), est chargée, en vue de l'accomplissement de ses missions, de la mise en place d'un réseau d'organismes et de la coordination de leurs travaux, à des fins d'évaluation des risques sanitaires dans son champ de compétence (article R1313-1 du Code de la santé publique) ². Plus précisément, en ce qui concerne la santé au travail, depuis 2006, l'ANSES assure les missions permanentes suivantes : élaboration, en collaboration notamment avec l'INRS, de recommandations sur les valeurs limites d'exposition professionnelle ; site internet dédié à la substitution des CMR ; coordination du réseau national de vigilance et de prévention des pathologies professionnelles RNV3P (développement d'un système d'information centralisé et multi-accès, exploitations statistiques de la base de données). En outre, elle conduit des expertises collectives sur certains risques émergents (nanotechnologies, radiofréquences, perturbateurs endocriniens, pesticides). Le Plan santé travail 2009-2012 (PST2) lui a, par ailleurs, confié le pilotage de son objectif 1 : « Poursuivre la structuration et le développement de la recherche et de l'expertise en santé au travail ».

L'expérimentation faite sur le repérage des cancers de la vessie lancée en 2008 par la CNAMTS dans le Nord- Pas- de- Calais, la Picardie et la Haute Normandie a été étendue à 5 autres régions en 2010 (PACA, La Réunion, Ile de France, Bourgogne et Franche Comté) et début 2011 à la Lorraine et à la Champagne-Ardenne.

Des études confirment les pourcentages imputables aux risques professionnels pour certaines pathologies retenues par la précédente commission (cf. ci-dessous, IVème partie). D'autres, comme celle du Pr Gérard³, apportent des éclairages épidémiologiques nouveaux (liens possibles entre poussières de bois et cancers du colon, entre travail de nuit et cancers du sein, entre utilisation de certains herbicides et maladie de Parkinson chez les agriculteurs...)

¹ Le programme Cosmop, mis en place par le département santé-travail de l'InVS, consiste à décrire de façon systématique depuis 1968 les causes de décès selon l'activité professionnelle, afin de fournir régulièrement des indicateurs concernant les risques liés au travail dans la population française. L'objectif de ce programme est de repérer d'éventuelles surmortalités dans certains secteurs ou catégories socioprofessionnelles et d'en suivre l'évolution afin de contribuer à générer des hypothèses nouvelles et à orienter les actions de prévention.

² Sont notamment inclus dans le réseau les organismes suivants: ANACT, CCMSA, CNAMTS, EHESP, InVS, InCA, INRS, INSERM, IRSN

³ « L'apport des connaissances en médecine et santé au travail à l'ensemble de la population », Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine, 2010, 194, N° 4 et 5.

- L'article du professeur J. AMEILLE : « *Origine professionnelle des BPCO : les preuves s'accumulent* » paru dans le Concours Médical, janvier 2011, N°1 pp.56-58 précise que la contribution des facteurs professionnels dans les BPCO est estimée autour de 15 %⁴;

- Pour les asthmes, les spécialistes réunis à Paris en avril 2011 pour le 6^{ème} congrès francophone d'allergologies, mentionnent que les asthmes professionnels représentent environ 15 % des asthmes de l'adulte.

- Pour les BPCO d'origine professionnelle, l'étude de Blanc P. et al "Occupation exposure and the risk of COPD : dusty trades revisited. Thorax 2009 »- 64:6-12 mérite d'être signalée car elle présente deux intérêts principaux. Le premier est qu'elle fait bien la différence entre les stades 1 et 2 de l'évolution de la pathologie. Le second est qu'elle a permis d'évaluer l'exposition en utilisant une double méthode - déclarative d'une part (par exemple : avez-vous déjà été exposé aux vapeurs, gaz, poussières et fumées ?) et une matrice post-exposition (MPE) d'autre part.

Le PST 2 contient plusieurs programmes d'actions visant à développer la collecte d'information (actions 5 et 6 notamment)

Action 5 : *Améliorer la connaissance sur les expositions professionnelles, leur répartition et leur évolution :*

- développer un système d'évaluation pour mieux orienter les actions de prévention primaire ;

- poursuivre l'élaboration de matrices emplois-expositions applicables à la population afin de retracer les expositions « vie entière » des populations y compris après leur départ en inactivité (Matgéné) (mesure 9 du plan cancer) et leur mise à la disposition des acteurs de terrain ;

- développer les outils de modélisation prédictifs (exposition et évaluation de risque) ;

- optimiser le système d'information de la surveillance des expositions des travailleurs aux rayonnements ionisants (SISERI) afin de conduire des études épidémiologiques sur des populations ciblées de travailleurs ;

- améliorer la concertation sur les bases de données et les enquêtes afin d'optimiser leur utilisation, en mettant en place un comité de pilotage réunissant les organismes concernés, et poursuivre l'harmonisation des nomenclatures et thésaurus utilisables en santé au travail démarrée dans le cadre du RNV3P.

Action 6 : *Améliorer la connaissance sur les pathologies en lien avec le travail :*

- développer le suivi épidémiologique de cohortes de travailleurs (tous secteurs, tous régimes de protection sociale) afin de mieux appréhender les risques professionnels différés et notamment les risques de cancers (voir mesure 9 du plan cancer 2) ;

- mettre en place un système d'information sur les accidents du travail et les maladies professionnelles regroupant les données des différents régimes de protection sociale ;

- animer et piloter le recueil des signalements et des investigations de clusters en population générale et en milieu professionnel en matière de cancer (mesure 9 plan cancer 2) ;

- mettre en place un outil de suivi des maladies à caractère professionnel.

⁴ Cf également l'article : « *La pathologie respiratoire infectieuse d'origine professionnelle* » de M. COMAN, B.LODDE, J.D. DEVITTE paru dans Archives des maladies professionnelles et de l'environnement de septembre 2008.

En outre, la CNAMTS et son réseau ont engagé depuis 2009 un programme à destination des entreprises, qui complète les actions de maîtrise médicalisée des dépenses. Il s'agit d'informer et de proposer un accompagnement des entreprises qui présentent des atypismes en raison de l'importance des arrêts de travail indemnisés. Pour repérer les atypismes des arrêts « maladie » (non AT-MP), les informations du système statistique national ont dû être complétées par des données recueillies à l'aide de requêtes ponctuelles directement lancées dans chacun des centres de traitement informatique de l'assurance maladie, et complétées par un examen des données au cas par cas, pour in fine identifier quelques dizaines d'entreprises par région.

Conclusion

La grande majorité des préconisations de la commission a reçu des suites, même si on n'en est pas encore à en percevoir les résultats concrets. En revanche, certains sujets s'avèrent constituer des difficultés durables, notamment la formation initiale des médecins et le mécanisme de révision des tableaux, malgré les efforts déployés par l'administration. On devra donc y revenir dans les chapitres suivants.

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.

Il convient notamment de recenser ces actions à l'égard de trois risques essentiels : troubles musculo-squelettiques, risques psycho-sociaux et risque chimique.

2-1- Les troubles musculo-squelettiques (TMS)

Les TMS, ensemble d'affections péri-articulaires qui touchent les tissus mous (muscles, tendons, nerfs, vaisseaux, cartilages), peuvent être causés en milieu professionnel par des facteurs biomécaniques (répétitivité des gestes, efforts excessifs, mauvaises postures...), par l'accroissement des contraintes organisationnelles (cadences, automatisation ou rotation des postes insuffisantes) et par des facteurs psychosociaux.

Ils représentent la première des pathologies professionnelles indemnisées en France (82 % des indemnisations en premier règlement en 2009). Ils font, en conséquence, l'objet d'une attention particulière des pouvoirs publics et des acteurs institutionnels de la prévention des risques professionnels.

2-1-1 - Les actions du ministère du travail

- La campagne nationale de communication sur les TMS

Les ministres chargés du travail et de la santé ont lancé en 2008 la campagne nationale triennale de communication sur les TMS intitulés « *TMS, parlons-en pour les faire reculer* » qui s'est achevée en 2010. Cette dernière a également mobilisé le ministère chargé de l'agriculture et les partenaires institutionnels en matière de prévention des risques professionnels (CNAMTS, INRS, CCMSA, ANACT, OPPBTP).

Cette campagne à destination du grand public, des entreprises, des organisations professionnelles et des acteurs de la prévention et de la santé au travail, visait deux objectifs principaux :

- faire connaître les TMS et sensibiliser à l'importance de leur prévention ;
- soutenir et accélérer les démarches de prévention engagées par les employeurs, et informer ces derniers sur les bons interlocuteurs en la matière.

La campagne s'est appuyée sur différents vecteurs : la presse professionnelle, la radio, la diffusion de brochures, et enfin internet via la rubrique relative aux TMS refondue en 2010 sur le site « travailler mieux » du ministère du travail.

Le bilan de la campagne 2010 a mis en évidence un meilleur niveau d'information sur les TMS qu'en 2009, puisque 41% des personnes interrogées déclaraient avoir entendu parler des TMS contre 39% en 2009.

- Le Plan Santé au travail (2010-2014)

Le PST 2 (action 12) a retenu les TMS comme risque dont la prévention doit être renforcée avec les objectifs suivants :

- inciter chaque entreprise avec l'aide de sa branche à élaborer un « plan de prévention pluriannuel des TMS » assorti d'indicateurs chiffrés permettant d'en évaluer l'impact ;
- renforcer la formation des acteurs de prévention, notamment des intervenants en prévention des risques professionnels (cette action doit être menée conjointement avec les CARSAT, l'INRS, l'OPPBTP, les ARACT, la CCMSA, au niveau régional ou inter-régional) ;
- poursuivre les actions de communication sur la prévention des TMS.

2-1-2 - Les actions de la CNAMTS

La COG AT-MP pour 2009-2012 a retenu les TMS comme l'une des priorités d'action de la branche. Son programme 1 prévoit la définition d'un plan national d'actions coordonnées (PNAC) par la promotion et l'accompagnement de la mise en œuvre de dispositifs pérennes de prévention des TMS dans les entreprises dans des secteurs d'activité ciblés par les comités techniques nationaux, sous forme d'actions collectives soutenues par les branches professionnelles, d'interventions directes dans les entreprises visant à déployer des méthodes d'évaluation et de prévention et d'actions de communications.

L'objectif est de stabiliser l'indice de fréquence (nombre de maladies professionnelles pour 1000 salariés) jusqu'en 2012, dans les secteurs particulièrement touchés comme l'agroalimentaire, le BTP, la grande distribution, le secteur du nettoyage et de la propreté.

Plus de 1000 visites d'entreprises ont ainsi été réalisées en 2009. Les CARSAT ont en outre défini une cible d'établissements à suivre sur la période, qui doit comprendre au moins 50 % des établissements de plus de 50 salariés (de préférence avec un CHSCT) ayant eu au moins 3 cas de TMS reconnus entre 2005 et 2007.

Concernant les campagnes d'information, la CNAMTS a activement participé à la campagne triennale précitée du ministère du travail et organisé, en mai 2009, la 2^{ème} semaine de prévention des TMS.

Par ailleurs, la campagne 2011 des délégués d'assurance maladie à destination des médecins traitants intègrera un module spécifique sur la prévention de la désinsertion professionnelle due aux TMS avec un déploiement national prévu au 1^{er} semestre 2011.

2-1-3 - Les actions des autres acteurs institutionnels

- La conférence pour la prévention des TMS « PREMUS 2010 »

L'InVS et le Laboratoire d'ergonomie et d'épidémiologie en santé au travail (LEEST) ont organisé fin août 2010, comme tous les trois ans, la 7^{ème} conférence internationale pour la prévention des TMS « PREMUS 2010 ». Rassemblant 600 participants dont les meilleurs spécialistes mondiaux des TMS ainsi que des médecins et praticiens, la conférence visait à faire le point sur les connaissances scientifiques les plus récentes, sur les mécanismes physiologiques en cause dans le développement des TMS et les rôles conjoints des facteurs de risques individuels et professionnels. Les débats ont plus particulièrement porté sur les interventions en entreprises et les stratégies de maintien dans l'emploi et de retour au travail.

- Le forum national « Prévenir les TMS : osons l'innovation »

Par ailleurs, l'ANACT organise chaque année une semaine pour la qualité de vie au travail, qui a concerné en 2010 les TMS avec le forum national « Prévenir les TMS : osons l'innovation », conçu en partenariat avec l'INRS, l'OPPBTP, l'AFSSET, la CCMISA et la CNRACL. Le réseau ANACT a présenté lors de ce forum ses objectifs principaux : penser la prévention des TMS au stade de la conception de tout projet de transformation dans l'entreprise, mettre en œuvre des pratiques d'accompagnement des entreprises en utilisant notamment les outils de la gestion des ressources humaines, considérer les facteurs psychosociaux et organisationnels comme causes possibles de TMS.

En outre, l'ANACT a testé et développé en 2010, à destination des acteurs de la prévention en entreprise, l'outil d'évaluation et de simulation « MuskaTMS » visant à évaluer le niveau de risque TMS dans une structure, simuler l'impact de différentes transformations techniques et organisationnelles afin de choisir celles qui exposent le moins les travailleurs et enfin évaluer a posteriori les risques après transformation.

La nette augmentation des déclarations et des reconnaissances de TMS enregistrée dans les dernières années (cf. ci-dessous) n'est sans doute pas sans lien avec ces campagnes d'information.

2-2- Les risques psycho-sociaux (RPS)

Les risques psycho-sociaux connaissent depuis 2008 une attention particulière liée notamment aux problèmes survenus dans certaines entreprises et qui ont fait l'objet d'une très large médiatisation. Ces risques apparaissent comme l'un des problèmes majeurs actuels de la santé au travail tant pour les pouvoirs publics que pour les partenaires sociaux et ont donné lieu à plusieurs rapports et études.

2-2-1- Les rapports et études

Le rapport sur « *La détermination, la mesure et le suivi des risques psychosociaux au travail* », remis le 12 mars 2008 au ministre du travail par Philippe Nasse et Patrick Légeron a été précurseur de plusieurs autres rapports sur le sujet des risques psycho-sociaux.

On trouvera en annexe les éléments relatifs aux rapports suivants :

- « *Rapport sur la santé mentale, l'affaire de tous. Pour une approche cohérente de la qualité de la vie* » du groupe de travail présidé par Mme Viviane Kovess-Masfetty de novembre 2009 ;

- rapport sur : « *Bien-être et efficacité au travail – 10 propositions pour améliorer la santé psychologique au travail* » de MM. Henri LACHMANN, Christian LAROSE et Mme Muriel PENICAUD de février 2010 ;

- « *Rapport d'information fait au nom de la commission des affaires sociales du Sénat par la mission d'information sur le mal-être au travail* », Gérard Deriot, juillet 2010 ;

- rapport du Collège d'expertise sur le suivi des risques psychosociaux au travail coordonné par Michel Gollac, Directeur du Laboratoire de Sociologie quantitative du CREST, d'avril 2011 ;

- rapport de la mission parlementaire d'information de l'Assemblée Nationale sur les risques psychosociaux de mai 2011 (rapporteur M. Guy LEFRAND) ;

- les travaux de l'InVS.

2-2-2- Les actions des pouvoirs publics en matière de prévention des risques psychosociaux

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

Le PST 2 définit les risques psychosociaux comme un des risques prioritaires de prévention de la santé au travail. Il retient 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).

2-2-2-2- La COG AT/MP (2009-2012)

Les RPS font également partie des actions prioritaires retenues dans la COG 2009-2012 de la branche ATMP. Elle prévoit dans son programme 1 de définir un programme national d'actions coordonnées (PNAC) et des indicateurs de mesure.

Le PNAC « risques psycho-sociaux » vise à réduire l'exposition à ces risques en axant son action sur :

- la promotion de l'évaluation de ces risques et leur prévention primaire dans les entreprises (indicateur : 200 établissements/an bénéficiant d'une session de formation ou d'une information sur les RPS en CHSCT) ;
- le développement de la capacité du réseau à répondre aux demandes des entreprises (indicateur : doublement du nombre d'intervenants internes et externes référencés par le réseau).

2-2-3- L'action des partenaires sociaux : les accords sur le stress au travail et sur le harcèlement et la violence au travail

2-2-3-1- La transposition des accords-cadres européens

Les partenaires sociaux, dans le cadre de la politique européenne de dialogue social, ont la possibilité de signer des accords-cadres qui sont ensuite transposés au niveau national. Dans le domaine des RPS, deux accords de ce type ont été signés, l'un sur le stress au travail en 2004 et l'autre sur le harcèlement et la violence au travail en 2007.

Ils ont été transposés au niveau national par deux accords :

- L'accord national interprofessionnel sur le stress au travail du 2 juillet 2008 :

Cet accord fixe trois principaux objectifs : augmenter la prise de conscience et la compréhension du stress au travail, attirer l'attention sur les signes susceptibles d'indiquer des problèmes de stress au travail, identifier le stress et fournir aux employeurs et travailleurs un cadre permettant de détecter, de prévenir, d'éviter et de faire face aux problèmes de stress au travail ;

- L'accord sur le harcèlement et la violence au travail du 26 mars 2010 :

Cet accord poursuit deux objectifs : améliorer la sensibilisation, la compréhension et la prise de conscience des employeurs, des salariés et de leurs représentants à l'égard du harcèlement et de la violence au travail et leur apporter un cadre concret pour l'identification, la prévention et la gestion de ces problèmes.

2-2-3-2- Accords d'entreprise et bonnes pratiques

Par ailleurs, les pouvoirs publics ont lancé le 9 octobre 2009 un plan d'urgence pour la prévention du stress au travail. Le ministre du travail a notamment demandé aux 1500 entreprises de plus de mille salariés d'ouvrir des négociations sur le stress au travail, en transposant l'accord national interprofessionnel du 2 juillet 2008 portant sur le sujet.

Un bilan de ce plan a été dressé lors du Conseil d'orientation des conditions de travail du 19 avril 2011. 600 accords ou plans d'action ont déjà été engagés par les grandes entreprises dans le cadre du plan d'urgence. L'analyse de 234 de ces accords fait apparaître que 4 accords sur 5 sont des accords de méthode, qui visent à définir un processus de diagnostic et d'évaluation des RPS dans l'entreprise, et non de fond (identification des réponses et des axes d'actions) et que très peu comportent un engagement précis de la direction ou précisent les modalités de son implication.

Le ministre a par ailleurs demandé au directeur général du travail d'écrire à toutes les entreprises de plus de 1000 salariés qui n'ont pas à ce jour engagé de plan d'action ou de négociation pour les inciter à le faire et de mobiliser les commissions mixtes paritaires afin de dynamiser la négociation de branche pour mieux accompagner les PME.

En outre, une « liste verte des entreprises vertueuses » en matière de lutte contre le stress a été mise en ligne par le ministère du travail le 18 février 2010. En effet, certaines entreprises se mobilisent pour promouvoir la santé psychologique au travail, par le biais de plans d'actions pour améliorer la vie au travail, d'actions de formation des managers, la signature d'accords sur le sujet avec les syndicats ou la mise en place de processus d'alerte.

2-3- Risques chimiques

La prévention des risques chimiques et notamment les risques liés aux agents cancérigènes, mutagènes ou toxiques pour la reproduction (CMR), fait l'objet d'une attention particulière des pouvoirs publics depuis quelques années et a été inscrite dans les divers plans d'action mis en place.

2-3-1- Les plans gouvernementaux

-Le Plan Santé au travail 2

Le PST 2 prévoit dans son action 11 de poursuivre une politique active de prévention des risques professionnels de cibler le risque chimique, par les actions suivantes :

Action 11- risque chimique

- expérimenter les propositions du rapport relatif à la traçabilité des expositions professionnelles, qui visent à développer une démarche stratégique d'organisation de la prévention primaire des risques CMR, conduite par l'entreprise, avec tous ses acteurs ;
- développer les méthodes de mesurage de l'air dans les lieux de travail (extension du champ d'application des valeurs limites d'exposition professionnelle, amélioration des méthodes de mesurage, vérification périodique des installations d'aspiration et de l'efficacité du captage) ;
- développer la surveillance biologique des expositions ;
- améliorer les repérages de l'amiante avant travaux ou interventions de maintenance ;
- poursuivre les actions engagées sur l'incitation et l'aide à la substitution (action 11 PNSE 2, travaux engagés par l'AFSSET dans le cadre de l'action 4.9 du PST1) ;
- inciter les entreprises, avec l'aide de leur branche, à élaborer des plans pluriannuels de réduction de l'utilisation des principaux CMR de catégorie 1 et 2, assortis d'indicateurs chiffrés ;
- effectuer des campagnes de contrôle de l'application des réglementations auprès des entreprises en ciblant les cancérogènes les plus utilisés ;
- conduire des actions de communication sur l'amélioration des connaissances scientifiques et les évolutions réglementaires associées (fibres d'amiante, CMR, produits phytosanitaires) et organiser des séminaires régionaux et nationaux d'information sur la substitution ;
- modifier le décret de 1987 sur les travaux d'application de produits phytopharmaceutiques ;
- mettre en place d'ici 2015 un Certificat d'aptitude dénommé Certif - phyto visant l'ensemble des professionnels (agricoles ou non) appelés à conseiller, vendre, distribuer ou utiliser des produits phytopharmaceutiques (soient environ 900 000 personnes).

- Le deuxième plan national santé-environnement (PNSE 2) -2009-2013

Le PNSE 2 prévoit (action 11) de développer des actions d'incitation et d'aide à la substitution de substances toxiques en milieu de travail et favoriser le développement de procédés alternatifs. Il prévoit également de renforcer le suivi des expositions professionnelles (action 12) et d'améliorer notamment le niveau de prévention des risques liés à la présence de substances CMR dans les déchets.

Les préconisations de la COG et du PNSE 2 sur ce point ont fait l'objet, comme déjà indiqué, d'une disposition législative à l'article 39 de la loi n° 2009-967 du 3 août 2009 de programmation relative à la mise en œuvre du Grenelle de l'environnement I : mise en place d'un dispositif d'expérimentation visant à assurer un meilleur suivi des salariés aux expositions professionnelles des substances classées cancérogènes, mutagènes ou toxiques pour la reproduction de catégories 1 et 2 (CMR1 et CMR 2).

- Les actions de la CNAMTS :

Les risques chimiques font également partie des risques prioritaires ciblés par le programme 1 de la COG AT-MP 2009-2012.

La CNAMTS conduit une action spécifique sur les cancers professionnels qui a pour objectif de réduire de 100 000 le nombre de salariés exposés aux CMR d'ici à 2012. A cette fin, les agents des services de prévention aident les entreprises à identifier les risques chimiques et à apporter des solutions concrètes à ces expositions. Des actions particulières ont été menées par les CARSAT, CRAM et CGSS pour informer les maîtres d'ouvrage récurrents de leurs obligations concernant les travaux de maintenance et désamiantage obligatoires, et afin d'améliorer leurs pratiques en matière de prévention de l'exposition à l'amiante.

2-3-2- La mise en œuvre des règlements communautaires REACH et CLP

- Le règlement REACH

Le règlement REACH (n° 1907/2006) relatif à l'enregistrement, l'évaluation et l'autorisation des substances chimiques ainsi que les restrictions applicables à ces substances est entré en vigueur le 1^{er} juin 2007. Il institue une Agence européenne des produits chimiques (AEPC) et vise à améliorer la protection de la santé des salariés et de l'environnement, en améliorant la connaissance et l'information sur les produits chimiques. Il permet de mieux gérer le risque à travers la mise en place d'une procédure d'enregistrement de toutes les substances produites et importées en quantités supérieures à une tonne par an par les industriels, et d'une procédure d'évaluation de ces dossiers à charge de l'AEPC, en vue d'une éventuelle restriction de mise sur le marché ou d'une soumission à procédure d'autorisation.

Les sanctions pénales applicables en cas de non-respect des obligations instituées par ce règlement ont été précisées par l'ordonnance n°2009-229 du 26 février 2009 prise pour l'application de l'article 12 de la loi n°2008-757 du 1^{er} août 2008 relative à la responsabilité environnementale. Cette ordonnance prévoit notamment que chaque corps de contrôle cité à l'article L.521-12 du code de l'environnement peut sanctionner au titre de ce même code un responsable de la mise sur le marché ou un utilisateur d'une substance, d'une préparation ou d'un article.

En outre, le décret n° 2010-150 du 17 février 2010 relatif au contrôle des produits chimiques et biocides est venu compléter ce dispositif en introduisant un certain nombre de sanctions administratives et en attribuant de nouveaux pouvoirs aux services d'inspections (droit de prélèvement, procédure de saisine du préfet dans le cadre d'une mise en demeure...).

- Le règlement CLP (Classification, Labelling and Packaging of substances and mixtures)

En parallèle, est entré en vigueur le 20 janvier 2009 le règlement (CE) N° 1272-2008 dit « CLP » qui définit les critères et obligations de classification, d'étiquetage et d'emballage des substances et mélanges chimiques. Il se fonde sur le Système général harmonisé (SGH) du Conseil économique et social des Nations Unies de classification et d'étiquetage des produits chimiques, et son application en France a été précisée par arrêté du 7 décembre 2009.

Comme l'imposent les règlements CLP et REACH, la direction générale du travail (DGT) participe au fonctionnement depuis 2009 du service d'assistance technique (« helpdesk ») en vue de fournir aux entreprises des conseils sur leurs obligations et responsabilités, géré depuis le 1^{er} juin 2009 par l'Institut national de l'environnement industriel et des risques.

-L'accompagnement de la mise en œuvre de la réglementation relative aux agents chimiques

En 2009, la DGT a coordonné l'élaboration de guides à destination des services déconcentrés ou des entreprises (guide d'aide au contrôle sur le plomb, guide de prévention du risque amiante, guide d'application de la réglementation CMR établi en liaison avec la FIPEC...) et élaboré, en collaboration avec les membres du réseau de l'INTEFP, une formation pour les agents de l'inspection du travail sur la thématique « REACH et contrôle ».

La prévention du risque chimique a par ailleurs donné lieu à la conclusion de conventions d'objectifs avec les organisations professionnelles, pour notamment, y inclure les TPE et PME (cas par ex. des conventions sectorielles d'objectifs portant sur les CMR signées le 21 avril 2008 respectivement avec l'UIMM, l'UIC et la FIPEC avec un avenant signé le 14 juin 2011).

2-3-3- Les politiques de contrôle

-La réglementation relative aux contrôles techniques en entreprise

Le ministère du travail a rationalisé la réglementation relative aux contrôles techniques permettant de mesurer l'exposition des travailleurs aux agents chimiques dangereux par le décret n°2009-1750 du 15 décembre 2009 relatif au contrôle du risque chimique sur les lieux de travail. Il vise à réaménager le dispositif existant dans le code du travail relatif au contrôle des valeurs limites d'exposition professionnelles (VLEP) et les valeurs limites biologiques (VLB). Il rend notamment obligatoires des contrôles périodiques annuels par des organismes accrédités pour les agents chimiques cancérigènes, mutagènes ou toxiques pour la reproduction (CMR) de catégorie 1 ou 2 disposant d'une VLEP réglementaire et pose le principe général de la surveillance biologique des expositions sur l'initiative des médecins du travail.

-Les campagnes de contrôle

Plusieurs campagnes de contrôle ciblées sur des risques spécifiques ont été mises en œuvre :

- la campagne nationale de contrôle de 2008 relative aux poussières de bois a conduit le ministère du travail à élaborer un plan d'action visant à sensibiliser et former les employeurs et les salariés aux risques de l'exposition aux poussières de bois et à apporter un appui technique aux petites entreprises, notamment par le biais de conventions sectorielles (bâtiment, industries du bois) ;

- dès octobre 2009, une campagne de contrôle relative aux polychlorobiphényles (PCB), notamment utilisés comme isolants électriques, a été mise en œuvre afin de respecter le calendrier de décontamination et l'élimination des équipements les plus pollués pour le 31 décembre 2010 ;

- en 2010, une campagne nationale de contrôle a été organisée, sous l'égide de l'Union européenne, relative aux risques d'exposition des travailleurs aux agents chimiques dangereux, ciblant les entreprises de nettoyage et la réparation de véhicules. Elle visait, d'une part à dresser un bilan de l'application des obligations réglementaires sur l'utilisation des

agents chimiques dangereux et d'autre part à améliorer les conditions de travail des salariés et devrait induire une diminution des accidents du travail et des maladies professionnelles. Les résultats sont attendus pour la seconde moitié de 2011.

2-4- Autres mesures susceptibles d'avoir un impact sur la prévention et la sous-déclaration des AT-MP

2-4-1- La loi de financement de la sécurité sociale pour 2010 a retenu deux mesures susceptibles d'avoir des incidences sur la sous-déclaration des risques professionnels :

- *L'article 74* renforce le dispositif des incitations financières qui sont un des éléments de motivation des entreprises pour améliorer la sécurité et la protection de la santé au travail. Cet article modifie l'article L.422-5 du code de la sécurité sociale et institue des aides financières dites « simplifiées » au profit des petites entreprises qui réalisent des actions de prévention et définies soit par la caisse nationale dans le cadre de programmes nationaux soit par chaque caisse d'assurance retraite et de la santé au travail dans le cadre de ses instances.

Par ailleurs, il renforce les dispositifs de majoration de cotisations AT-MP existants en fixant le principe d'une majoration minimale afin d'inciter les entreprises à mettre en œuvre le plus rapidement possible les mesures demandées dans l'injonction et en permettant une majoration de la cotisation sans injonction préalable dès lors qu'une situation particulièrement grave de risque exceptionnel a déjà fait l'objet d'une injonction. Ce dernier dispositif vise à inciter les entreprises à mettre en œuvre des mesures durables de prévention afin d'éviter la répétition des situations de risque.

- *L'article 95* étend le dispositif des pénalités financières prévues à l'article 162-1-14 du code de la sécurité sociale aux situations de non respect par les employeurs des obligations relatives à la déclaration d'accident du travail à l'organisme local d'assurance maladie et à la remise de la feuille d'accidents à la victime.

2-4-2- Modifications du code du travail

Les mesures modifiant le code du travail portent principalement sur des améliorations de la protection des salariés vis-à-vis de certains risques (électriques, rayons optiques, risque hyperbare).

Années	Textes	Mesures prises
2008	<p>1°) Décret n° 2008-1217 du 25 novembre 2008 relatif au Conseil d'orientation sur les conditions de travail</p> <p>2°) Arrêté du 26 décembre 2008 relatif aux commissions spécialisées du Conseil d'orientation sur les conditions de travail</p> <p>3°) Décret n° 2008-1382 du 19 décembre 2008</p> <p>4°) Décret n° 2008-467 du 19 mai 2008</p> <p>5°) Décret n° 2008-558 du 13 juin 2008</p>	<p>1°) précise la composition, le fonctionnement et les attributions du Conseil d'orientation sur les conditions de travail</p> <p>2°) précise les attributions des commissions spécialisées du Conseil d'orientation sur les conditions de travail</p> <p>3°) Protection des travailleurs exposés à des conditions climatiques particulières</p> <p>4°) Comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail d'un établissement à risques technologiques ou comprenant une installation nucléaire</p> <p>5°) Rémunération des organismes chargés de la formation des salariés membres des Comités d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail</p>
2009	Décret n°2009-1570 du 15 décembre 2009	Contrôle du risque chimique sur les lieux de travail
2010	<p>1°) Décret n° 2010-78 du 21 janvier 2010</p> <p>2°) Décret N° 2010-750 du 2 juillet 2010</p> <p>3°) Décret n° 2010-1017 du 30 août 2010</p> <p>4°) Décret n° 2010-1018 du 30 août 2010</p>	<p>1°) Information des travailleurs sur les risques pour leur santé et leur sécurité</p> <p>2°) Protection des travailleurs contre les risques dus aux rayonnements optiques artificiels</p> <p>3°) Dispositions concernant la protection des travailleurs contre les dangers d'origine électrique que doivent observer les maîtres d'ouvrage entreprenant la construction ou l'aménagement de bâtiments destinés à recevoir des travailleurs</p> <p>4°) Dispositions relatives à la prévention des risques électriques dans les lieux de travail</p>
2011	<p>1°) Décret n° 2011-39 du 10 janvier 2011 relatif aux compétences et à la formation des coordonnateurs de sécurité et de protection de la santé</p> <p>2°) Décret n° 2011-45 du 11 janvier 2011 relatif à la protection des travailleurs en milieu hyperbare</p>	<p>2°) Mesures et moyens de prévention, règles techniques, formation, organisation des interventions.</p>

2-5- La jurisprudence

Un certain nombre de décisions des tribunaux ont des effets sur la déclaration des risques. Le rapport de la précédente commission avait souligné les effets de la jurisprudence de la Cour de cassation sur ce point pour ce qui est de l'extension de l'obligation de sécurité de résultat de l'employeur et de la préservation de la santé des salariés. D'autres décisions de la Cour sont intervenues sur ce point depuis 2008. Le nombre important de décisions rendues sur le harcèlement moral et la responsabilité de l'employeur est à relever.

2-5-1- Inaptitude et reclassement du salarié : l'avis et les recommandations du médecin du travail

Dans un arrêt du 10 novembre 2009 (soc., N°08-42.674) la Cour de cassation a considéré que l'avis du médecin du travail sur l'aptitude du salarié à occuper un poste de travail s'impose aux parties, qu'il n'appartient pas aux juges du fond de substituer leur appréciation à celle du médecin du travail et qu'en cas de difficulté ou de désaccord sur la portée de l'avis d'aptitude délivré par le médecin du travail, le salarié ou l'employeur peuvent exercer le recours prévu par l'article L. 4624-1 du code du travail.

Dans un autre arrêt du 14 octobre 2009 (soc., N°08-42.878) elle a jugé que l'employeur, tenu d'une obligation de sécurité de résultat, doit en assurer l'effectivité. Il doit ainsi prendre en compte les recommandations du médecin du travail et, en cas de refus, faire connaître les motifs qui s'opposent à ce qu'il y soit donné suite. Il en résulte que, lorsque le salarié fait valoir que l'employeur n'a pas adapté son poste de travail conformément aux recommandations du médecin du travail, il appartient à l'employeur de justifier qu'il a procédé à une telle adaptation.

Dans un arrêt du 6 février 2008 (soc., N°06-44.413) la Cour précise la portée de l'article L 4624-1 du code du travail au regard du rôle de l'employeur en matière de reclassement pour inaptitude. Elle a jugé que dans l'hypothèse où le salarié conteste la compatibilité du poste auquel il est affecté avec les recommandations du médecin du travail, il appartient à l'employeur de solliciter à nouveau l'avis de ce dernier. Dès lors, viole l'article L. 241-10-1 du code du travail, l'arrêt d'une cour d'appel qui déboute de ses demandes le salarié, licencié pour insubordination pour avoir refusé son affectation à des postes aménagés par l'employeur, dont il contestait la compatibilité avec les recommandations du médecin du travail.

2-5-2- Le travail intérimaire

Dans un arrêt du 30 novembre 2010 (soc., N°08-70.390), la Cour rappelle la force de l'obligation de sécurité de résultat et précise sa déclinaison entre l'entreprise de travail temporaire et l'entreprise utilisatrice. Il résulte ainsi des dispositions combinées des articles L. 4121-1 et L. 1251-21 du code du travail que l'entreprise de travail temporaire et l'entreprise utilisatrice sont tenues, à l'égard des salariés mis à disposition, d'une obligation de sécurité de résultat dont elles doivent assurer l'effectivité, chacune au regard des obligations que les textes mettent à leur charge en matière de prévention des risques.

2-5-3- Le harcèlement moral

La Cour de cassation a rendu de très nombreuses décisions depuis 3 ans sur le harcèlement moral contribuant à préciser les dispositions du code du travail applicables en la matière.

Les dispositions du code du travail sur le harcèlement moral

Article L.1152-1 - Aucun salarié ne doit subir les agissements répétés de harcèlement moral qui ont pour objet ou pour effet une dégradation de ses conditions de travail susceptible de porter atteinte à ses droits et à sa dignité, d'altérer sa santé physique ou mentale ou de compromettre son avenir professionnel.

Article L.1152-2 - Aucun salarié ne peut être sanctionné, licencié ou faire l'objet d'une mesure discriminatoire, directe ou indirecte, notamment en matière de rémunération, de formation, de reclassement, d'affectation, de qualification, de classification, de promotion professionnelle, de mutation ou de renouvellement de contrat pour avoir subi ou refusé de subir des agissements répétés de harcèlement moral ou pour avoir témoigné de tels agissements ou les avoir relatés.

Article L.1152-3 - Toute rupture du contrat de travail intervenue en méconnaissance des dispositions des articles L. 1152-1 et L. 1152-2, toute disposition ou tout acte contraire est nul.

Article L.1152-4 - L'employeur prend toutes dispositions nécessaires en vue de prévenir les agissements de harcèlement moral.

Article L.1152-5 - Tout salarié ayant procédé à des agissements de harcèlement moral est passible d'une sanction disciplinaire.

Article L.1152-6 - Une procédure de médiation peut être mise en œuvre par toute personne de l'entreprise s'estimant victime de harcèlement moral ou par la personne mise en cause.

Le choix du médiateur fait l'objet d'un accord entre les parties.

Le médiateur s'informe de l'état des relations entre les parties. Il tente de les concilier et leur soumet des propositions qu'il consigne par écrit en vue de mettre fin au harcèlement.

Lorsque la conciliation échoue, le médiateur informe les parties des éventuelles sanctions encourues et des garanties procédurales prévues en faveur de la victime.

2-5-3-1 – La qualification des faits constitutifs d'un harcèlement moral

L'existence et la caractérisation d'un harcèlement moral relevaient du pouvoir souverain du juge du fond. Compte tenu de la nécessité d'harmoniser les décisions souvent disparates des cours d'appel sur un sujet sensible et qui monte en puissance, la Cour de cassation a estimé qu'elle devait opérer un contrôle de la qualification des faits pour clarifier la notion de harcèlement moral. C'est ce qu'elle a fait dans 4 arrêts rendus le 24 septembre 2008 (soc., N°06-43.504, N°06-45.579, N°06-45.794, N°06-45.747, N°06-46.517).

La Cour a ainsi considéré :

- qu'il résulte de l'article L. 122-52, devenu l'article 1154-1 du code du travail, applicable en matière de discrimination et de harcèlement et interprété à la lumière de la Directive CE/2000/78 du 27 novembre 2000 portant création d'un cadre général en faveur de l'égalité de traitement en matière d'emploi et de travail, que, dès lors que le salarié concerné établit des faits qui permettent de présumer l'existence d'un harcèlement, il incombe à la partie défenderesse de prouver que ces agissements ne sont pas constitutifs d'un tel harcèlement et que sa décision est justifiée par des éléments objectifs étrangers à tout harcèlement (arrêt N°06-43504) ;

- que peuvent constituer un harcèlement moral des agissements ayant pour objet ou pour effet une dégradation des conditions de travail susceptibles de porter atteinte aux droits et à la dignité du salarié, d'altérer sa santé physique ou mentale ou de compromettre son avenir professionnel et qu'en conséquence encourt la cassation l'arrêt d'une cour d'appel qui n'a pas recherché si de tels éléments étaient établis par la salariée, et dans l'affirmative, s'ils étaient de nature à faire présumer un harcèlement moral, alors que celle-ci invoquait le retrait arbitraire de son statut de cadre, la stagnation de sa rémunération et la détérioration progressive de ses conditions de travail (arrêt N°06-45.579).

- que doit être également cassé l'arrêt d'une cour d'appel qui, pour débouter un salarié de sa demande en dommages-intérêts pour harcèlement moral, ne tient pas compte de l'ensemble des éléments établis par celui-ci, et ne met pas ainsi la Cour de cassation en mesure d'exercer son contrôle sur le point de savoir si les faits étaient de nature à faire présumer un harcèlement moral (pourvois N° 06-45.747 et 06-45.794) ;

- mais que doit être approuvée la décision d'une cour d'appel qui, pour débouter la salariée de ses demandes de dommages-intérêts pour harcèlement moral et discrimination syndicale, a relevé que chacune des mesures invoquées par celle-ci était justifiée par la situation économique de l'entreprise et la nécessité de sa réorganisation (pourvoi N° 06-43.504).

Dans un autre arrêt du 17 juin 2009 (N°07-43 947) elle a cassé, pour défaut de réponse aux conclusions du salarié, une décision d'une cour d'appel qui pour débouter le salarié de ses demandes, s'était bornée à retenir que « *les agissements constitutifs d'un harcèlement moral ne pouvaient simplement résulter d'un stress, d'une anxiété, d'un surmenage, d'un conflit personnel, de contraintes de gestion, du pouvoir disciplinaire ou d'organisation de l'employeur mais devaient être la conséquence d'une volonté réitérée de l'employeur se manifestant par des éléments identifiables par le juge et portant atteinte à la dignité de la personne en créant un environnement intimidant, hostile, dégradant, humiliant, offensant et que tel n'était pas le cas en l'espèce* » alors que le salarié « *faisait valoir qu'à son retour de congé maladie, il avait retrouvé, sans en avoir été prévenu, son bureau vidé, ses dossiers mélangés et qu'il s'était vu affecté dans un local isolé en compagnie de deux autres agents également classés agents inadaptés* ».

Dans une décision du 10 novembre 2009 (N°08-41497) la Cour a jugé qu'il résulte d'une part de l'article L. 1152-1 du code du travail que « *le harcèlement moral est constitué, indépendamment de l'intention de son auteur, dès lors que sont caractérisés des agissements répétés ayant pour effet une dégradation des conditions de travail susceptibles de porter atteinte aux droits et à la dignité du salarié, d'altérer sa santé ou de compromettre son avenir professionnel* », d'autre part de l'article L. 1154-1 de ce code que la charge de la preuve d'un harcèlement moral ne pèse pas sur le salarié et que doit dès lors être cassé l'arrêt d'une cour d'appel qui, pour débouter une salariée de sa demande de dommages-intérêts pour harcèlement moral, retient que « *les agissements dont elle se plaint ne peuvent être considérés comme des agissements répétés de harcèlement moral et s'inscrivent dans l'exercice du pouvoir de direction de l'employeur, tant qu'il n'est pas démontré par la salariée qu'ils relèvent d'une démarche gratuite, inutile et réfléchie destinée à l'atteindre et permettant de présumer l'existence d'un harcèlement* ».

Elle a considéré par contre que ne peut s'analyser en agissements répétés constitutifs de harcèlement moral au sens de l'article L. 1152-1 du code du travail une décision de

l'employeur de rétrograder un salarié, peu important que, répondant aux protestations réitérées de celui-ci, il ait maintenu par divers actes sa décision (arrêt du 9 décembre 2009, N°07-45-521).

2-5-3-2 - L'obligation de résultat de l'employeur en matière de protection de la santé et de la sécurité des travailleurs

Dans deux arrêts du 3 février 2010 (soc., N°08-44 019 et N° 08-40 144) la Cour a jugé que tenu d'une obligation de sécurité de résultat en matière de protection de la santé et de la sécurité des travailleurs, l'employeur manque à cette obligation lorsqu'un salarié est victime sur le lieu de travail d'agissements de harcèlement moral ou sexuel (pourvoi N° 08-44.019), ou de violences physiques ou morales (pourvoi n° 08-40.144), exercés par l'un ou l'autre de ses salariés, quand bien même il aurait pris des mesures en vue de faire cesser ces agissements.

2-5-3-3- Les méthodes de gestion peuvent être constitutives de harcèlement moral

Dans une décision du 10 novembre 2009 (soc., N° 07-45321) la Cour a jugé que « *peuvent caractériser un harcèlement moral les méthodes de gestion mises en œuvre par un supérieur hiérarchique dès lors qu'elles se manifestent pour un salarié déterminé par des agissements répétés ayant pour objet ou pour effet d'entraîner une dégradation des conditions de travail susceptibles de porter atteinte à ses droits et à sa dignité, d'altérer sa santé physique ou mentale ou de compromettre son avenir professionnel* » et qu'une cour d'appel qui a relevé, d'une part, qu'un « *directeur d'établissement soumettait les salariés à une pression continue, des reproches incessants, des ordres et contre-ordres dans l'intention de diviser l'équipe se traduisant* », pour un salarié déterminé, « *par sa mise à l'écart, un mépris affiché à son égard, une absence de dialogue caractérisée par une communication par l'intermédiaire d'un tableau, et ayant entraîné un état très dépressif* », et qui a constaté, d'autre part, « *que ces agissements répétés portaient atteinte aux droits et à la dignité du salarié et altéraient sa santé, a ainsi caractérisé un harcèlement moral, quand bien même l'employeur aurait pu prendre des dispositions en vue de le faire cesser* ».

L'employeur est aussi responsable des faits de harcèlement lorsqu'ils sont commis par un tiers, chargé par lui de mettre en place de nouveaux outils de gestion et qui pouvait dès lors exercer une autorité de fait sur les salariés (arrêt du 1^{er} mars 2011 - N°09-69616).

2-5-4- Autre décision

Le tribunal administratif de Toulouse dans une décision en date du 17 mars 2011 a condamné un employeur (l'Ecole nationale d'architecture de Toulouse) à indemniser une enseignante atteinte d'un cancer du poumon dû au tabagisme passif.

Il est à noter que dans un arrêt du 29 juin 2005 (soc., N° 03-44412), la Cour de cassation avait jugé que l'employeur est tenu d'une obligation de sécurité de résultat vis-à-vis de ses salariés en ce qui concerne leur protection contre le tabagisme dans l'entreprise et que manque à cette obligation et ne satisfait pas aux exigences des articles R. 3511-1, R. 3511-4 et R. 3511-5 du Code de la santé publique, l'employeur qui se borne à interdire à ses salariés de fumer en présence de l'un d'entre eux et à apposer des panneaux d'interdiction de fumer dans le bureau collectif que ce dernier occupait.

2-5-5- La décision du Conseil constitutionnel du 18 juin 2010

Le Conseil constitutionnel a considéré dans sa décision N°2010-8 QPC du 18 juin 2010 qu'en cas de faute inexcusable de l'employeur, la victime d'un AT/MP a droit à une réparation de l'ensemble des préjudices non couverts par le livre IV du code de la sécurité sociale. Le Conseil constitutionnel avait été saisi de ce point par la Cour de cassation.

II^{ème} partie

Comparaisons internationales

En 2011, la commission a souhaité se référer à des comparaisons internationales. C'est pourquoi elle a compté dans ses rangs le directeur d'Eurogip, groupement d'intérêt public constitué en 1991 par la CNAMTS et l'INRS. Eurogip a fourni à la commission des éléments de comparaison avec plusieurs Etats européens en matière de reconnaissance des AT-MP. En ressort le constat d'une diversité certaine et de la multiplicité des facteurs qui peuvent contribuer à l'expliquer.

1 - MALADIES PROFESSIONNELLES

1-1 Eléments statistiques

A la différence des accidents du travail, il n'existe pas de données européennes disponibles en matière de sinistralité MP. En effet, les résultats de l'application de la phase 1 de la méthodologie SEMP (Statistiques Européennes de Maladies Professionnelles) ont été jugés par Eurostat trop peu fiables pour être publiés.

L'Allemagne, par exemple, ne fournit pas de données de maladies professionnelles au système SEMP. Les résultats sont en outre particulièrement influencés par les chiffres français qui représentaient 53% des résultats transmis à EUROSTAT dans l'UE 15. Ainsi, si des données de cas de MP reconnues ont pu être publiées dans le passé, elles ont été finalement retirées des publications d'EUROSTAT.

Les données présentées ci-dessous sont extraites de trois rapports publiés par Eurogip et élaborés en collaboration avec les organismes d'assurances AT/MP de 12 pays européens. Il s'agit de statistiques nationales (non corrigées par l'application d'une méthodologie) portant sur les demandes de reconnaissance et les cas reconnus comme maladies professionnelles par ces mêmes organismes. La plupart des données datent de 2006 (2008 pour les cancers), dernières années disponibles au moment de la rédaction des rapports source⁵.

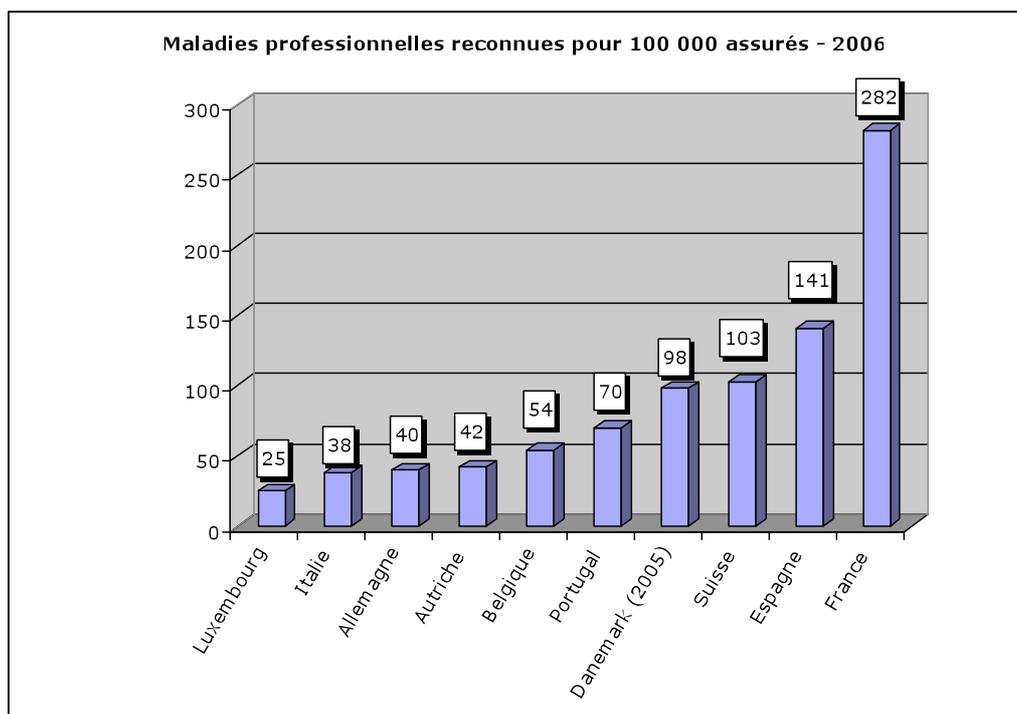
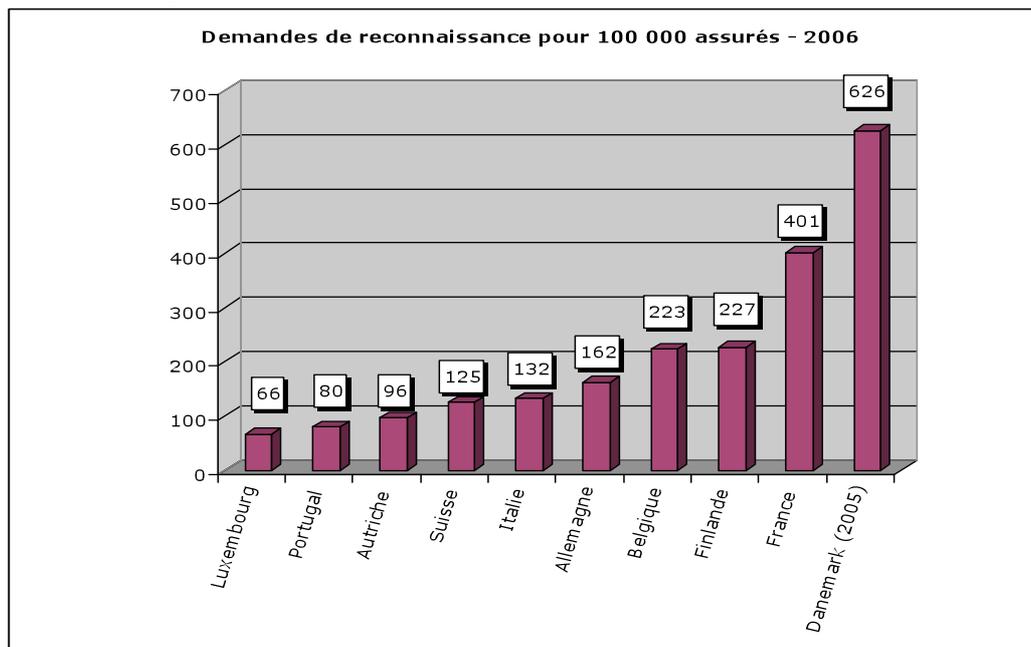
- **Les maladies professionnelles en Europe (données générales 2006)**

Pays	Demandes de reconnaissance 2006	Cas reconnus 2006
Allemagne	53 955	13 365
Autriche	2 961	1 293
Belgique	5 544	1 332
Danemark (2005)	16 972	2 565
Espagne	<i>non disponible</i>	21 905

⁵ A noter que, dans le cadre d'une étude en cours, les organismes seront interrogés dans les mois qui viennent pour fournir une actualisation des statistiques de reconnaissance MP.

Finlande	4 823 (6 330 en 2008)	(2 949 en 2008)
France	72 742	51 142
Italie	26 529	7 576
Luxembourg	186	69
Portugal	4 113	3 577
Suède	15 568	3 482
Suisse	4 568	3 753

Afin de neutraliser le paramètre de la taille de la population assurée, les chiffres ont été ramenés à un ratio pour 100 000 assurés.



- **Les MP les plus fréquentes**

Les statistiques ci-dessous correspondent aux 5 types de pathologies les plus fréquemment reconnues dans les pays couverts. Ces statistiques sont élaborées en fonction de nomenclatures nationales correspondant la plupart du temps à la structure de la liste de maladies professionnelles ; c'est la raison pour laquelle une même pathologie peut apparaître dans des catégories dont l'amplitude et/ou la dénomination varient selon les pays considérés.

Les 5 maladies (ou catégories de maladies) les plus fréquemment reconnues (2006)

Pays	N°1	N°2	N°3	N°4	N°5
Allemagne	Surdités 4 971	Asbestoses et plaques pleurales 1 973	Mésothéliomes 903	Silicoses 870	Cancers poumon/ larynx causés par l'amiante 817
Autriche	Surdités 594	Maladies de la peau 220	Asthmes bronchiques allergiques 109	Maladies respiratoires causées par des produits chimiques 81	Maladies infectieuses 66
Belgique	Atteinte de la fonction des nerfs due à la pression 292	Maladies de la peau 249	Surdités 234	Maladies causées par l'amiante 180	Affections ostéo-articulaires 179
Danemark (2005)	Maladies de la peau 768	TMS 593	Surdités 314	Maladies respiratoires 241	Cancers 135
Espagne	TMS 18 605	Maladies de la peau 1 405	Surdités 578	Maladies infectieuses 202	Asthmes 172
France <i>Données provisoires</i>	TMS 38 000	Maladies causées par l'amiante 6 615	Lombalgies 2 785	Surdités 1 056	Lésions eczématiformes 443
Italie	TMS 2 647	Surdités 2 183	Maladies respiratoires 873	Cancers 767	Maladies de la peau 465
Luxembourg	Maladies infectieuses	Asbestoses	Syndrome du canal carpien	Affections péri-articulaires	Maladies de la peau
Portugal	TMS	Surdités	Maladies respiratoires	Maladies de la peau	Autres
Suisse	Surdités 855	Maladies infectieuses 760	Maladies de la peau 752	Affections de l'appareil locomoteur 583	Maladies respiratoires 340
Suède (2009)	TMS 556	Surdités 293	Maladies psychiques 111	Empoisonnements 70	Maladies respiratoires 61

Il apparaît, dans une majorité de pays, que certains types de pathologies professionnelles constituent à eux seuls une grande part des cas reconnus. Et ce sont souvent les mêmes catégories de maladies fréquentes que l'on retrouve dans tous les pays, même si le rang d'importance peut différer.

En 2006 (et vraisemblablement encore actuellement), il s'agit des troubles musculo-squelettiques, des surdités, des maladies causées par l'amiante et des maladies de la peau.

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.

- **Cancers professionnels**

Les données fournies correspondent au nombre total de cancers reconnus, c'est-à-dire aussi bien au titre du système de liste que du système complémentaire⁶.

Les données ci-dessous présentent le nombre total de cancers reconnus en 2008 par pays en valeur absolue.

Pays	Nombre de cancers reconnus en 2008
Allemagne	2 240
Autriche	91
Belgique	219
Danemark	187
Espagne	62
France	1 898
Italie	694
Luxembourg	16
République tchèque	24
Suède	19
Suisse	116 (en 2007)

⁶ A l'exception de la Suède et de l'Espagne, il existe dans tous les pays un système mixte de reconnaissance (un système de liste et un système complémentaire).

Il existe, de fait, une procédure qui fait office de système complémentaire en Espagne : les cas de pathologies ayant une origine professionnelle mais qui ne rentrent pas dans un champ de la liste de MP ou bien dont un critère de la liste n'est pas rempli peuvent être reconnus comme accident du travail. Cette procédure serait très fréquente en Espagne, mais pas en ce qui concerne les cancers.

En tout état de cause, l'analyse des statistiques détaillées fournies par les organismes d'assurance montre que le système complémentaire est un système résiduel de reconnaissance des cancers professionnels. Cette situation tient au fait qu'il existe globalement un consensus dans les différents pays européens sur le caractère professionnel de certains cancers et que ceux-ci sont inscrits dans les différentes listes nationales de MP.

On ne compte aucun cas de cancer professionnel reconnu ces dernières années au titre du système complémentaire en Belgique et au Luxembourg, un seul cas en Suisse entre 2000 et 2007, deux cas seulement en Autriche entre 2000 et 2008 ; en Allemagne et en France, respectivement 1,1% et 2,2% des cas reconnus en 2008 l'ont été au titre du système complémentaire. Seule l'Italie se distingue avec un taux de 13% en 2008.

Ratios pour 100 000 assurés pour l'année 2006 (année pour laquelle sont disponibles les chiffres de population assurée)

2006	Cas reconnus	Population assurée	Reconnaissance pour 100 000 assurés
Allemagne	2 194	33 382 080	6,57
Autriche	84	3 089 167	2,72
Belgique	245	2 483 948	9,86
Danemark	135	2 710 462	4,98
Espagne*	4	15 502 738	0,03
France	1 894	18 146 434	10,44
Italie	911	17 686 835	5,15
Luxembourg	13	279 810	4,65
République tchèque	38	4 497 033	0,85
Suède	43	4 341 000	0,99
Suisse	128	3 651 709	3,51

* En l'Espagne, le nombre de cancers reconnus a toutefois commencé à augmenter à partir de l'année 2007 ; si l'on considérait les données de 2008 en population et en cas reconnus, le ratio s'élèverait à 0,39.

Dans la mesure où, pour les cancers professionnels, les listes nationales sont relativement homogènes, les écarts observés entre les pays pourraient davantage être liés à d'autres paramètres des systèmes d'assurance nationaux (ou, pour certains pays comme l'Espagne, au nombre de demandes de reconnaissance). Pour la France, la force particulière de la présomption d'origine entre nécessairement en ligne de compte pour expliquer les résultats.

Hormis cet aspect, le contexte d'utilisation de l'amiante, principal agent causal des cancers professionnels (cf. infra), peut influencer sur ces données.

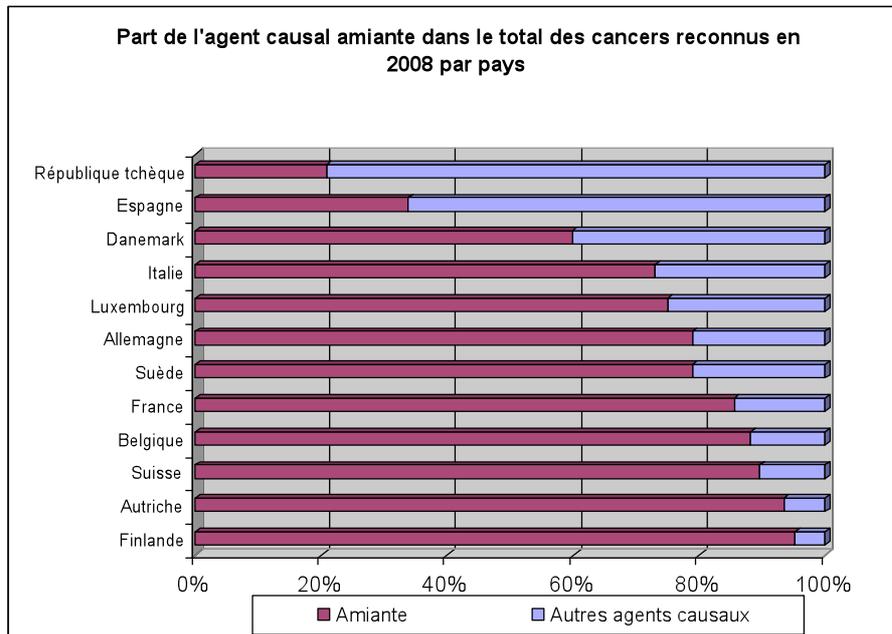
Ventilation des cancers reconnus en 2008 par localisation

2008	Cancers reconnus	Broncho-pulmonaire	Sinus	Vessie	Sang	Peau	Autre
Allemagne	2240	1907	38	106	89	31	69
Autriche	91	84	6	0	0	0	1
Belgique	219	195	19	2	1	0	2
Danemark	187	112	6	9	1	13	46
Finlande	168	160	2	2	1	0	3
France*	1898	1681	82	48	39	9	39
Italie**	694	556	33	72	0	5	28
Luxembourg	16	12	3	0	0	0	1
République tchèque	24	11	0	3	0	7	3
Suède	19	15	1	0	0	0	3
TOTAL	5556	4733	190	242	131	65	195

* France : données provisoires pour l'année 2008; toutefois les chiffres consolidés de 2007 présente une structure identique.

** Italie : les cas de cancers broncho-pulmonaires incluant également les cancers de la trachée et en partie du système digestif, la donnée rapportée dans le tableau est probablement légèrement surévaluée.

Enfin, dans la plupart des pays, l'amiante constitue le principal agent causal des cas de reconnaissance :



1-2 Facteurs pouvant expliquer les écarts constatés

Les écarts constatés entre les pays sont importants, aussi bien pour les demandes de reconnaissance que pour les cas reconnus, pour les maladies professionnelles en général et pour les cancers en particulier.

Il convient de préciser que ces statistiques étant nationales, toute comparaison entre les pays est à entourer de précautions en particulier eu égard au système de reconnaissance des maladies professionnelles qui peut varier sensiblement d'un pays à l'autre et influencer sur le nombre de maladies professionnelles déclarées et reconnues.

La **teneur des listes nationales** de maladies professionnelles et les critères de reconnaissance appliqués par l'organisme d'assurance sont des facteurs qui déterminent en premier lieu le volume des demandes de reconnaissance et de cas reconnus dans un pays.

Toutefois, il est hasardeux de tirer des enseignements de la seule comparaison des listes de MP entre pays sachant que l'on ne dispose pas des critères précis de reconnaissance associés au contenu de ces listes.

Par exemple, en matière de cancers professionnels, les listes sont relativement homogènes d'un pays à l'autre sur le type de cancers pouvant être reconnus comme d'origine professionnelle alors que sont constatées de fortes disparités en termes de reconnaissance.

En effet, hors du cas de la France, les critères d'instruction ne sont pas inscrits dans les listes (intensité d'exposition, durée, nom précis de la pathologie...). On connaît toutefois certains d'entre-eux par des études spécifiques sur des cas particuliers (Etude Eurogip amiante

comprenant l'analyse des critères de reconnaissance utilisés, au-delà de la liste, pour l'asbestose, le mésothéliome et le cancer du poumon du à l'amiante).

De même, s'agissant des principaux TMS et des surdités, le rapport d'EUROGIP sur les MP présente (pages 20 à 31) les critères de reconnaissance (sévérité ou non) qui sont pratiqués derrière la simple inscription sur les listes.

Il ressort de ces études ponctuelles que pour les maladies de l'amiante, il n'y pas de différences significatives dans les critères de reconnaissance (en dehors de la prise en compte d'un tabagisme important de la victime au Danemark qui peut entraîner le rejet de la demande pour le cancer du poumon). En revanche, pour un ensemble aussi vaste que les TMS, les disparités sont plus nombreuses.

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. L'Espagne et l'Italie attachent également une forte présomption à leur liste qui ne contient pourtant que peu de critères.

Les autres pays ont un système basé davantage sur une instruction à « charge et à décharge » de la possible origine professionnelle de la pathologie.

Par exemple, en Suisse où la liste consiste en une énumération de substances nocives puis de quelques pathologies génériques, l'assureur recherche pour chaque demande si, parmi les causes possibles de la maladie, l'exposition professionnelle est la cause prépondérante (à plus de 50%).

On pourrait penser, à première vue, que la comparaison demandes de reconnaissance / cas reconnus donnerait une idée du niveau de sévérité des critères. Or, on ne peut pas déduire d'un faible taux de reconnaissance la sévérité des critères de reconnaissance d'un pays.

Par exemple au Danemark, le très faible taux de reconnaissance (16% en 2005) s'explique principalement par le fait que les demandes de reconnaissance sont très nombreuses 626/100 000 assurés. Ce pays semble performant en termes de niveau d'information du grand public et des médecins en matière de MP. Or, en termes de reconnaissance, si l'on retire le cas atypique de la France, ce pays se situe néanmoins dans la moyenne haute des reconnaissances pour les pays étudiés.

Toutefois, en Suède, où la charge de la preuve incombe en partie à la victime (pas de liste de MP) - celle-ci devant fournir les éléments permettant de justifier que sa pathologie est davantage liée au travail qu'à des facteurs extraprofessionnels - il est probable que ce paramètre influe sur les demandes de reconnaissance puisque ce pays est placé dans une moyenne basse du panel (131 demandes de reconnaissance pour 100 000 assurés en 2009).

Enfin, 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).

S'agissant des demandes de reconnaissance, on peut observer que le système d'indemnisation du pays (réparation forfaitaire vs. réparation individualisée des préjudices) n'a pas l'influence qu'on lui prête en termes de sous déclaration.

En effet, les pays proposant une indemnisation séparée des préjudices imposent en général un taux minimum d'incapacité pour ouvrir droit à indemnisation ce qui ne favorise pas nécessairement la déclaration des sinistres (particulièrement des petites incapacités). Or on observe dans ce groupe de pays des situations extrêmement contrastées en termes de déclarations (Danemark vs. Finlande).

Inversement, de forts ratios de demandes de reconnaissance sont observés dans les pays pratiquant une réparation forfaitaire (Allemagne, Belgique, France). Si les pays qui n'assortissent pas l'indemnisation d'un taux minimum d'incapacité (France, Belgique) arrivent en tête, l'Allemagne, qui impose pourtant un taux minimal de 20 % d'IP pour ouvrir droit à indemnisation, enregistre néanmoins un taux de demande de reconnaissance plus élevé que des pays proposant une indemnisation non forfaitaire.

Ces exemples (on trouvera en annexe des développements sur l'Allemagne et l'Espagne) illustrent la prudence nécessaire dans l'analyse comparative des systèmes. C'est essentiellement une pluralité de facteurs qui peut expliquer les différences sachant qu'aucun d'entre eux n'est déterminant pris isolément.

Il semble néanmoins que, dans la plupart des cas, les pratiques d'instruction soient majoritairement à la source de ces différences ainsi que, parfois, la pression sociale pour la prise en charge de telle ou telle pathologie.

Certains pays sont plus sensibles à certaines MP, c'est le cas par exemple de l'Espagne pour les TMS, de l'Allemagne pour les dermatoses et cet aspect se traduit dans les statistiques de reconnaissance en dépit des paramètres juridiques du système.

La France occupe une place à part dans la mesure où, compte tenu des caractéristiques de son système de liste, le nombre de MP reconnues relève davantage de l'effet juridique de l'inscription de la pathologie sur la liste que d'une pratique d'instruction plus ou moins sévère. A ce titre, en matière de réparation, la gestion du risque MP s'opère davantage en amont lors de la définition des listes que lors de l'instruction contrairement à d'autres pays.

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.

En revanche, des pays comme l'Espagne, et dans une moindre mesure l'Italie et le Danemark (sur le cas particulier des cancers pour ce dernier), sont plus préoccupés par le phénomène.

2 - ACCIDENTS DU TRAVAIL

En matière d'AT, deux sources de données doivent être distinguées :

- celles résultant de l'application de la méthodologie SEAT (Statistiques européennes sur les accidents du travail) réalisée en application de la directive cadre 89/391/CEE. Ces données harmonisées sont publiées par EUROSTAT (Office statistique des Communautés européennes). Elles visent à comparer les Etats membres à partir d'un dénominateur commun et en retraitant l'information. Dès lors, elles apportent une vision intéressante pour tenter d'apprécier, via des statistiques, la bonne application des directives SST et de détecter les points noirs dans les économies européennes. Toutefois, elles sont nécessairement imparfaitement représentatives de la réalité de la reconnaissance des AT dans chaque pays puisqu'elles ne comptabilisent qu'une partie des sinistres.
- les données publiées par chaque organisme d'assurance qui comptabilise l'ensemble de ses sinistres et, le cas échéant, des déclarations de sinistre selon les caractéristiques de son système.

2.1 – Données EUROSTAT

S'agissant des accidents du travail (AT), EUROSTAT comptabilise uniquement des AT d'au moins trois jours d'arrêt (seuls les jours entiers d'absence sont pris en compte) et les décès afin de permettre de positionner équitablement les pays entre eux (certains Etats n'enregistrent pas les AT de moins de 3 jours d'arrêt ex. Allemagne, Italie...).

Ces sinistres sont considérés comme des accidents graves. Le jour de l'accident n'est pas pris en compte. Concrètement, ceci signifie que la reprise du travail ne peut se faire qu'à partir du cinquième jour suivant l'accident du travail.

Les données de sinistralité peuvent provenir de différents organismes selon le pays considéré. Le champ est à géométrie variable : agriculture, militaires, indépendants, secteur public... compris ou non selon les caractéristiques du pays.

Ainsi, le chiffre relatif à la France n'est pas nécessairement le même que celui de la branche AT/MP, le régime général n'étant pas le seul régime à remonter des données à EUROSTAT.

Il y a lieu de garder à l'esprit que les statistiques d'EUROSTAT ne doivent pas être confondues avec la réalité de la reconnaissance des AT dans les pays concernés (non prise en compte des AT de moins de trois jours d'arrêt et correction de certains pays), l'objectif essentiel pour EUROSTAT est d'estimer le nombre d'AT avec plus de trois jours d'arrêt ou de décès et non le nombre de victimes indemnisées.

Accidents du travail par État membre 2000 - 2007

(dernière données connues à ce jour)

ÉTAT MEMBRE	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
TOTAL UE-15	4 815 629	4 702 295	4 408 616	4 176 286	3 976 093	3 983 881	3 906 877	3 882 435
Allemagne	1 424 665	1 309 331	1 186 803	1 040 303	990 193	913 902	931 064	928 228
Autriche	100 089	90 559	90 197	88 792	88 398	85 501	86 328	77 917
Belgique	96 889	95 285	85 441	77 807	75 803	72 541	74 868	73 520
Danemark (*)	71 508	75 681	66 031	62 076	68 902	73 097	73 876	72 824
Espagne	756 592	783 117	792 773	792 565	766 460	780 433	769 657	771 014
Finlande	60 014	60 176	60 067	58 504	58 123	62 959	63 462	58 766
France	732 903	725 644	747 602	710 282	680 384	685 856	638 743	651 722
Grande-Bretagne (*)	374 615	384 069	397 261	399 763	324 261	313 305	287 233	289 975
Grèce	39 098	39 307	38 029	36 150	34 370	29 742	29 533	NC
Irlande (*)	11 288	26 362	21 107	21 547	21 967	25 614	26 627	29 145
Italie	718 443	693 549	614 390	599 708	588 152	564 166	551 663	532 892
Luxembourg	10 611	11 433	12 167	11 305	10 613	8 860	9 697	9 271
Pays-Bas (*)	194 478	174 554	80 189	69 240	59 010	165 466	156 025	183 051
Portugal	172 599	177 059	161 405	156 856	160 443	155 093	160 165	161 452
Suède (*)	51 837	56 168	55 153	51 387	49 015	47 346	47 936	42 658

(*) Pays dont les données ne proviennent pas des systèmes d'assurance.
Pour ces pays c'est essentiellement l'Inspection du travail qui fournit les données.

Sous-déclaration des sinistres:

Pour les pays dont les informations ne proviennent pas des systèmes d'assurance, les données sont corrigées par EUROSTAT sur la base des niveaux de déclaration connus.

A titre d'exemple, le taux de remontée des sinistres estimé par Eurostat pour les AT de plus de trois jours est de :

46% pour le Danemark,
38 % pour l'Irlande,
52 % pour le Suède,
43 % pour le Royaume Uni.

Les chiffres publiés ci-dessus sont donc majorés par EUROSTAT (en fonction des enquêtes « force de travail nationale et européenne ») pour tenir compte de cette sous-déclaration.

Ceci explique également les fortes différences observées entre les données EUROSTAT et les données nationales d'assurance (cf. infra).

Par exemple, pour un pays comme la Suède (où le champ de l'assurance couvre la totalité des travailleurs salariés, des indépendant, et des fonctionnaires), en 2005 EUROSTAT estime à 47 346 le nombre de sinistres de plus de 3 jours dans ce pays.

Or les données d'assurance font état en 2005 de 33 220 déclarations d'AT de plus de 1 jour et de « seulement » 24 419 déclarations d'AT de plus de 3 jours.

Inversement, pour les autres pays (systèmes fondés principalement sur l'assurance), EUROSTAT estime que le niveau de déclaration est très proche de 100 %, c'est-à-dire que tous les accidents affectant des personnes couvertes par les statistiques sont considérés comme déclarés.

Par conséquent, il faut lire avec une très grande prudence les données européennes et les considérer pour ce qu'elles sont, c'est-à-dire un indicateur du niveau européen et non comme reflétant le taux réel de déclaration des sinistres et encore moins de reconnaissance de ceux-ci.

Au Danemark, une étude récente confirme les taux d'EUROSTAT en fixant à 47% le taux de remontée des sinistres AT à l'Inspection du travail. S'agissant de l'assurance AT proprement dite, elle est gérée par un service public indépendant de l'inspection du travail (cf. ci-dessous).

Le même constat s'applique au Royaume-Unis où le HSE en charge de recevoir les déclarations de sinistre a récemment estimé le taux de remontée des sinistres AT de plus de trois jours à 57 %. Malgré ce constat, une réflexion est actuellement en cours dans ce pays pour porter de 3 à 7 jours d'arrêt le seuil d'obligation à déclarer les sinistres.

2.2 – Données d'assurance par pays

Les données de sinistralité ci-dessous correspondent à l'exploitation des données d'assurance risques professionnels publiées par chaque pays. A la différence des données EUROSTAT, ces données ont été rapprochées le plus possible de la définition du régime général français (à l'exception de la Suède, de la Finlande et de l'Allemagne dont les données comprennent également le secteur public).

Par ailleurs, elles portent sur l'ensemble des sinistres, y compris inférieurs à 3 jours d'arrêt, si le pays les prend en charge.

Tous les pays ne fournissent pas le nombre total de sinistres déclarés, par conséquent seuls les AT reconnus sont présentés ci-dessous. A travers ces données de reconnaissance, est calculé un ratio des AT reconnus pour 100 000 assurés.

Données nationales

Pays	Date des données	Population assurée	AT reconnus	AT reconnus pour 100 000 assurés	Données comprenant les AT de moins de 3 jours d'arrêt
Belgique	2008	2 616 946	165 126	6 309,87	oui
France	2008	18 508 530	1 118 590	6 043,65	oui
Finlande	2008	2 300 000	130 510	5 674,35	oui
Espagne	2009	14 947 623	617 440	4 130,69	oui
Autriche	2008	3 244 290	121 542	3 746,34	oui/non
Italie (dont trajets)	2008	18 301 870	660 958	3 611,42	oui
Allemagne	2008	36 259 598	971 620	2 679,62	non
République tchèque	2008	4 572 443	71 281	1 558,93	non
Danemark	2009	2 857 600	16 742	585,88	oui
Suède	2008	4 401 126	3 815	86,68	oui

S'agissant de la Suède et du Danemark, leur place résulte de différents facteurs : répartition des dépenses entre les assurances (AT, maladie) et seuil de prise en charge par l'assurance sociale.

- pour la **Suède** : l'assurance n'intervient qu'à partir du 15ème jour d'arrêt pour ce qui touche aux IJ, les dépenses en franchise sont supportées par l'employeur. Les prestations en nature sont, comme pour la maladie, prises en charge par les collectivités locales dans la limite d'un plafond ;
- pour le **Danemark** : les dossiers reconnus et indemnisés ne concernent que les incapacités permanentes et/ou la perte de capacité de gain. Pour les 5 premières semaines d'arrêt, les dépenses sont prises en charge par l'assureur privé de l'employeur. Les accidents doivent obligatoirement être déclarés à l'Inspection du travail qui ne gère pas la reconnaissance et l'indemnisation. En 2008, 19 885 dossiers ont fait l'objet d'une demande d'indemnisation (donc de reconnaissance) auprès de la direction des AT - MP et 16 742 ont été reconnus, dont 9 595 sans indemnisation.
- **Allemagne**: la population assurée comprend le secteur public, seul les AT d'au moins 3 jours d'arrêt sont dénombrés.

- **Autriche:** seuls les accidents d'au moins 3 jours d'arrêt et les accidents mortels doivent obligatoirement être déclarés. Cependant, des accidents avec moins de 3 jours sont parfois déclarés par les employeurs.
- **Espagne:** tous les accidents avec au moins 1 jour d'arrêt sont à déclarer.
- **Finlande:** le total des AT reconnus correspond au nombre d'accidents ayant fait l'objet d'une indemnisation par des assureurs privés. Ce chiffre inclut les fonctionnaires de l'État et des collectivités territoriales.
- **Italie:** la donnée comprend les accidents de trajet. Pas de prestation d'IJ pour les AT de moins de 3 jours.
- **République tchèque:** les 71 281 AT ont été reconnus par les assureurs privés. La sous-déclaration est considérée comme importante dans ce pays.

Comparaison France / Allemagne données 2009

En Allemagne, les AT de moins de 3 jours d'arrêt ne sont pas comptabilisés dans les statistiques générales, même s'ils peuvent donner lieu à des dépenses de soins. Par contre, à travers les données financières, il est possible de comparer les deux pays, puisque l'un et l'autre fournissent des statistiques d'AT qui ont généré une dépense dans l'année considérée et qui, pour l'Allemagne, comprennent les AT inférieurs à 3 jours d'arrêt.

Pays	Date des données	Population assurée	AT (hors trajet) reconnus ayant entraîné une dépense dans l'année	AT reconnus pour 100 000 assurés
France	2009	18 108 823	1 018 679	5 625,32
Allemagne	2009	31 302 211	1 743 475	5 569,81

A travers cet exemple, en ayant ramené les deux pays à champs comparables, (retrait du secteur public pour l'Allemagne) on constate un ratio quasiment identique entre ceux-ci.

IIIème PARTIE

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

Les principales causes de sous-déclaration et de sous-reconnaissance des risques professionnels que les précédentes commissions avaient relevées demeurent malgré des campagnes de sensibilisation menées par exemple sur les TMS et qui ont sans doute contribué à une augmentation sensible des pathologies reconnues à ce titre.

La présente commission a ainsi constaté que la sous-déclaration des risques professionnels peut être toujours le fait des acteurs du système de soins, des victimes et des employeurs et que la sous-reconnaissance liée notamment aux pratiques différentes des caisses demeurerait malgré les actions mises en œuvre pour y remédier.

1- Causes de sous-déclaration des risques professionnels

1-1- Causes tenant aux employeurs

Des comportements de dissimulation, qui s'expliquent notamment par la réticence à afficher des taux de sinistralité élevé ou en hausse, ont encore été signalés à la commission :

- non-déclaration d'accidents ;
- pressions sur les salariés ;
- accompagnement du salarié chez le médecin par une personne de l'entreprise et prise en charge des soins par cette dernière ;
- pressions sur les médecins de ville pour qu'ils n'accordent pas d'arrêt de travail au motif que le salarié va se voir proposer un poste aménagé.

A ce propos, il faut noter que si l'adaptation des postes est toujours souhaitable puisque le retour du salarié dans le milieu du travail est en général l'objectif à atteindre, ces considérations ne peuvent justifier d'en faire un prétexte pour échapper aux règles ni adopter des solutions pratiques approximatives qui n'auraient, par exemple, pas reçu l'aval du médecin du travail.

Par ailleurs, les syndicats auditionnés ont souligné que de nombreuses entreprises ne remplissent pas ou de manière incomplète le DUER, et qu'il n'est que rarement affiché alors que la réglementation l'impose afin que chaque salarié puisse en prendre connaissance.

En effet, si la réglementation concernant la communication du document unique d'évaluation des risques (DUER) a évolué avec l'adoption de l'article R. 4121-4 du code du travail, des difficultés pratiques subsistent. Comme l'a indiqué à la commission la direction générale du travail à la commission, une campagne menée en 2010, au plan européen, concernant 200 000 travailleurs et 15 000 entreprises, est venue confirmer ce constat.

Pour les deux secteurs sélectionnés en France (réparation de véhicules, propreté et nettoyage), représentant respectivement 56% et 60% des visites effectuées au plan européen, soit un panel

assez représentatif, il apparaît que sont notamment insuffisamment respectées l'obligation d'évaluation du risque chimique dans le DUER (pris en compte dans 40% des DUER seulement), les dispositions concernant la formation des travailleurs et la traçabilité des expositions. En revanche, les exigences liées aux modes opératoires et méthodes de protection, à la gestion des déchets sont significativement mieux respectées.

Le DUER, s'il est affiché, en permettant au salarié de connaître les risques auxquels il a été exposé, 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.

1-2- Causes tenant aux victimes

Les causes répertoriées par la précédente commission sur la non déclaration de la maladie par les victimes elles-mêmes demeurent, soit :

1-2-1- L'ignorance de la victime et la complexité de démarche de déclaration de la MP

Les ignorances sont ici de plusieurs ordres :

- ignorance de la nocivité des substances qu'elle a manipulées ou auxquelles elle a été exposée ainsi que du lien possible entre les troubles subis et une exposition professionnelle ;
- ignorance des droits en matière d'AT/MP et les différentes procédures à suivre pour déclarer un AT ou une MP et obtenir réparation ;
- difficultés de cette déclaration.

Ainsi, dans l'expérience de repérage des cancers de la vessie d'origine professionnelle mise en place par la CNAMTS, 48 % des personnes atteintes d'un cancer professionnel probable n'ont pas fait de déclaration de maladie.

Le bilan du « Programme national de surveillance du mésothéliome. Principaux résultats 1998-2006 » (2009) conduit par l'InVS fait apparaître pour cette pathologie que sur 1171 cas non exclus par le processus de confirmation diagnostique (dont 70 % relevaient du régime général de la sécurité sociale), 32 % des personnes n'ont pas effectué de demande de reconnaissance.

1-2-2- Les appréhensions à l'égard de l'emploi

Les commissions précédentes ont 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, comme le montrent les éléments ci-après.

Une étude sur le « Devenir des salariés licenciés suite à une inaptitude au poste de travail en Vaucluse de 2002 à 2004 » (C. BUCHET, A.COL, B.de LABRUSSE, H.RIGAUT, .M.MASSE, M.FAIVRE-DUPAIGRE, Archives des maladies professionnelles et de l'environnement, mai 2010)⁷ fait apparaître que :

- 90 % des salariés déclarés inaptes ont été licenciés, 3% admis à la retraite et 1 % a démissionné ;

- pour 72 % des salariés le reclassement dans l'entreprise a été considéré comme impossible (75 % des inaptitudes avaient été recensées dans des entreprises de moins de 50 salariés) ;

- 1/3 des salariés déclarés inaptes avaient plus de 50 ans au moment de la déclaration d'inaptitude, avec une sur-représentation féminine ;

- la fréquence de retour à l'emploi est faible : 22,5 % des cas, favorisés par la réalisation d'une formation professionnelle. Deux fois sur trois il y a perte de salaire ; 7 % des salariés se sont retrouvés dans une situation sociale critique, avec dans plusieurs cas une évolution vers une grande précarité et un sentiment d'abandon devant les démarches à accomplir après le licenciement ;

- avant l'inaptitude 30 % des salariés sont déclarés travailleurs handicapés et 19 % sont en invalidité : les médecins du travail incitent souvent les salariés en difficulté à demander une reconnaissance de statut de travailleurs handicapés afin de favoriser leur reclassement ;

- les pathologies à l'origine de l'inaptitude sont majoritairement dorsolombaires (28%), axio-dépressives (17%), ostéo-articulaires (15 %) ou tendineuses (10,4 %). Une origine professionnelle a été reconnue pour 25 % des cas, alors que les médecins du travail ont considéré que dans 50 % des cas, la pathologie avait une origine professionnelle.

Les auteurs de l'étude concluent que les inaptitudes au poste sont le plus souvent suivies de grosses difficultés de réinsertion professionnelle et qu'un accompagnement social personnalisé et adapté devrait être envisagé.

Face à cette situation, il faut convenir 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, le taux d'incapacité fixé par le médecin-conseil n'indemnise, en raison du caractère forfaitaire de la réparation des AT/MP, que les séquelles fonctionnelles et non le préjudice professionnel, économique ou la perte d'emploi en cas d'inaptitude à son travail suite à l'AT/MP.

Or, il existe un risque d'être inapte à exercer l'activité professionnelle antérieure malgré des séquelles limitées mais incompatibles avec la profession considérée. Par exemple, un maçon qui aurait une épaule dont l'amplitude serait réduite à une élévation antérieure de 60° avec un gêne fonctionnelle douloureuse du membre supérieur associée à une nette diminution de la force, ne pourrait plus élever ni sceller un mur de parpaings. Il sera sans doute inapte au poste de travail et licencié faute de pouvoir être reclassé. Or son taux d'IPP sera le plus souvent compris dans une fourchette de 15 à 20% d'IPP (taux de rente = 10% de son salaire antérieur) et ne prendra pas suffisamment en compte sa situation socioprofessionnelle (cf. supra : nécessité de reclassement professionnel, perte de salaire éventuelle, obligation de reconversion avec dévalorisation sur le marché de l'emploi du fait de la perte de l'expérience acquise, voire impossibilité de reprendre une activité professionnelle...).

⁷ Cette enquête a impliqué 24 médecins du travail interentreprises du 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.

Il est certes du ressort du médecin-conseil de signaler 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 professionnel⁸ qui peut ne pas être suivi d'effet (seules 45% des caisses appliquent un coefficient professionnel).

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).

Le décret n° 2010-244 du 9 mars 2010 a prévu le versement d'une indemnité temporaire d'inaptitude pour le salarié déclaré inapte par le médecin du travail à la suite d'un accident ou d'une maladie dont le caractère professionnel a été reconnu et a entraîné un arrêt de travail indemnisé, qui est servie jusqu'à la date de reclassement ou de licenciement du salarié et pour une durée maximale d'un mois. Mais cette mesure apparaît très limitée au vu des pertes de salaire pouvant résulter des suites de l'inaptitude et notamment du licenciement.

Il est à noter sur ce point que la COG AT/MP (2009-2012) prévoit (programme 9) que des études et réflexions préalables doivent être conduites sur la rénovation du dispositif de réparation de l'incapacité permanente pour permettre d'évaluer et de réparer distinctement le préjudice professionnel et le déficit physiologique au vu notamment des pratiques d'autres pays européens en vue de réparer plus équitablement et de manière plus personnalisée l'incapacité permanente. On peut s'attendre à ce que l'impact sur les comportements de déclaration dépende du futur niveau de prise en compte du préjudice professionnel.

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. On a également souligné les réticences à déclarer la maladie lorsque notamment elle peut avoir des répercussions sur l'emploi du patient.

Une étude réalisée en 2006-2007, par l'ORS et l'UMR 912 de l'INSERM, dans la région PACA auprès de 391 médecins généralistes et de spécialistes (96 rhumatologues et 95 pneumologues -hospitaliers et privés) sur leurs connaissances, attitudes et pratiques dans le domaine de la santé au travail parue dans Regard Santé N°19, 2009 (« *Freins à la déclaration de maladies professionnelles : une étude auprès des médecins de la région Provence-Alpes-Côte d'Azur* ») confirme ces éléments.

⁸ 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 mais de manière limitée (de 1 à 15 %). Il permet donc des ajustements marginaux mais ne prend pas en compte les préjudices professionnels réels.

- **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 (pièce angulaire du dispositif de déclaration), apparaît indispensable. Les professionnels de santé connaissent très mal les tableaux des 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).

Le professeur Christian Gérard, dans l'étude précitée (Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine), relevait plus précisément que se pose actuellement le problème de la formation des médecins généralistes à la toxicologie professionnelle et environnementale, à l'ergonomie et à certaines pathologies professionnelles. Il se pose d'autant plus qu'on est confronté à un problème démographique concernant les médecins du travail. Le Pr Gérard estime qu'il faudrait revoir une partie de la formation des généralistes dans les facultés de médecine ou dans l'enseignement post-universitaire pour leur inculquer des connaissances suffisantes des pathologies professionnelles ou de la pratique des ordonnances de prévention (pratique proche de l'éducation sanitaire du patient).

La commission s'est donc interrogée sur les raisons de la persistance globale de cette absence de telles formations dans le cursus universitaire. 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. annexe) 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 de volumes horaires ni de modalités pédagogiques. La détermination de ces derniers relèvent de la compétence des universités. En outre, les ministères concernés n'ont pas de moyens réels de vérifier la mise en œuvre effective dans les UFR santé des enseignements obligatoires.

Or, pour la plupart des universités, les pathologies professionnelles ne constituent pas une priorité. 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 6 années d'étude de médecine, seules 9 heures sont consacrées en moyenne à la médecine et santé au travail.

Il est à noter 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, sur la base d'un référentiel métier-compétences, pour déterminer plus précisément les enseignements théoriques et les compétences à valider durant chaque stage. Ce travail devrait aboutir pour la rentrée 2012 ou 2013.

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, débattue 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).

Comme indiqué dans la partie 1-2-4, le PST 2 reprend la thématique de la sensibilisation à la santé au travail des professionnels de santé (action 32). Il serait souhaitable que contrairement aux mesures prévues en la matière dans le PST1, l'action 32 du PST2 soit mise en œuvre.

De même, la CNAMTS doit poursuivre l'effort d'information et de formation des médecins traitants engagé depuis 2008.

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

La précédente commission notait qu'un problème spécifique se posait avec les pharmaciens qui rencontraient des difficultés pour le règlement des dossiers AT/MP lors de l'élaboration des feuilles de soins électroniques (FSE) lorsque l'assuré se présente avec la déclaration d'AT/MP et que le dossier n'est pas encore enregistré en temps que tel par l'assurance maladie. Les feuilles de soins électroniques (FSE) établies par les pharmaciens sont alors rejetées. Pour éviter ces rejets, certains pharmaciens ne transmettent plus les FSE en risque AT/MP mais en maladie.

Le problème n'est donc pas lié à la carte VITALE, comme on l'a dit parfois, mais à l'enregistrement des données de sinistre dans le logiciel de l'assurance maladie : en l'absence de ces informations une erreur ou un signalement se produit lors de la liquidation. De cas rapportés à la commission il apparaîtrait que le problème demeure tant pour les médecins que pour les pharmaciens. Si le numéro de sinistre ne figure pas dans le dossier du patient lorsque

le médecin ou le pharmacien utilise la carte Vitale, le professionnel de santé préférera l'enregistrer en maladie pour notamment être réglé plus vite.

La commission soulignait que dans le cadre de la convention nationale signée en 2006 avec les pharmaciens, l'assurance maladie s'était engagée à améliorer les conditions d'application de la garantie de paiement dans le cadre de la prise en charge des AT/MP (article 44). Dans ce cadre, des travaux ont été menés pour remédier aux difficultés de règlement des dossiers AT/MP transmis par les pharmaciens et les médecins lorsque le numéro d'accident n'a pas été encore créé par la caisse et une instruction a été diffusée aux caisses en mars 2008 pour leur demander de ne pas rejeter les factures concernées.

En effet, les professionnels de santé ont 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. Cette dernière étant rejetée s'il n'existe pas de numéro de sinistre, l'instruction précitée préconise aux caisses de traiter ces rejets par un numéro de sinistre fictif (il s'agit alors d'une création anticipée d'AT).

Les professionnels de santé ne connaissent apparemment pas tous 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 ce qui est par ailleurs préjudiciable à l'assuré qui ne bénéficie pas dans ce cas de leur prise en charge à 100 % dans le cadre de la réglementation des AT/MP.

Par ailleurs, il conviendrait d'étudier les incidences des pratiques de dépassement d'honoraires sur le comportement du corps médical à l'égard des déclarations en MP.

1-3-3- Les médecins du travail

1-3-3-1- 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 sur « *La santé au travail – Vision nouvelle et professions d'avenir* » soulignait que plus de 70 % des médecins de soins (d'après une enquête réalisée par Yvelines santé travail en juin 2008 auprès de 840 médecins du département des Yvelines) ne connaissent pas les services de santé au travail de leur région et ont rarement –ou jamais- des échanges avec le médecin du travail de leurs patients. Le rapport soulignait l'impérieuse nécessité d'améliorer la coordination des soins entre professionnels de santé, y compris au sein de la santé au travail (médecins, infirmières, assistantes médicales, ergonomes, psychologie, toxicologues, ingénieurs de sécurité), compte tenu de l'émergence de problèmes nouveaux requérant d'opérer en équipes.

De son côté, l'étude déjà mentionnée sur les freins à la déclaration de maladies professionnelles faite auprès de médecins dans la région PACA soulignait que la faible collaboration entre médecins de soins et médecins du travail constitue un handicap pour les premiers car ils n'ont pas accès à la réalité de l'entreprise et ne maîtrisent pas les différents mécanismes auxquels il peut être fait appel pour favoriser le maintien dans l'emploi. Pour y remédier, l'Observatoire régional de la santé (ORS) de la région PACA a mis en place le SISTEPACA (système d'information en santé, travail et environnement) qui organise des

séances de formation médicale en santé au travail rassemblant, dans leur bassin d'exercice, des médecins généralistes et spécialistes, des médecins du travail et des médecins-conseils des caisses de sécurité sociale. Il a par ailleurs mis en place, à destination des médecins sur son site internet, des outils d'aide au repérage et à la déclaration des MP et un annuaire département par département des services de santé au travail et des structures de maintien dans l'emploi⁹.

De telles initiatives locales se heurtent toutefois aux tâches qui pèsent sur les médecins du travail ainsi qu'à leur pénurie.

* *La commission a constaté par ailleurs que dans le cadre du système complémentaire, le médecin du travail doit rendre un avis et que pour près de 50 % des dossiers cet avis n'est pas rendu. Pour recueillir cet avis, la caisse envoie un imprimé au médecin du travail lorsqu'elle constitue le dossier pour le CRRMP. Si cette absence d'avis est souvent liée à l'absence de médecins du travail dans l'entreprise, une autre raison peut être que les CPAM utilisent à tort l'imprimé prévu pour les demandes d'avis faites dans le cadre du système complémentaire en envoyant l'imprimé dès le départ de l'instruction, c'est-à-dire avant même de savoir si la demande passera ou non en CRRMP. Pour limiter cette cause d'erreur, la CNAMTS a modifié l'imprimé concerné en précisant que l'avis est à rendre dans le cadre du système complémentaire de reconnaissance. Dans ses recommandations de bonne pratique, elle a par ailleurs indiqué que dans le cadre du système des tableaux le contact avec le médecin du travail, s'il est nécessaire, doit être pris par le médecin-conseil (et non par les services administratifs via l'imprimé précité). En tout état de cause, l'absence d'avis peut compromettre l'indemnisation dans le cadre du système complémentaire, alors même que l'assuré pourrait y prétendre.*

1-3-3-2- La réforme de la médecine du travail

Plusieurs rapports élaborés en 2007 et 2008¹⁰ ont souligné la nécessité de réformer la médecine au travail pour pallier notamment la pénurie de médecins du travail. La France compte environ 7000 médecins du travail (dont les trois quarts ont plus de 50 ans) pour 16 millions de salariés du secteur privé qui exercent dans des services de santé au travail autonomes (au sein des grandes entreprises) ou interentreprises (associations en charge de la santé des salariés des TPE ou PME). En 2015, plus de 4000 d'entre eux auront atteint ou dépassé l'âge légal de départ à la retraite.

D'ores et déjà, cette pénurie, aggravée d'une probable imperfection dans la répartition des effectifs, se traduit par une absence de médecins du travail dans certaines entreprises, comme

⁹ Certaines initiatives locales sont à noter par ex. l'expérience du Centre médical interentreprises Europe (CMIE) de Paris qui a constitué une équipe pluridisciplinaire qui regroupe différents intervenants en santé du travail –cf Archives des maladies professionnelles et de l'environnement – juin 2010 p.554

Voir aussi d'autres initiatives locales mentionnées par ce même numéro d'Archives des maladies professionnelles et de l'environnement consacré au 31^{ème} congrès national de médecine et santé au travail-Toulouse, 1^{er} au 4 juin 2010, p.368 et suiv .

¹⁰ - « Aptitude et inaptitude médicale au travail : diagnostic et perspectives » de M. Hervé Gosselin de janvier 2007 ;

- « Bilan de la réforme de la médecine au travail » d'octobre 2007 ;

- Avis du Conseil Economique et Social de février 2008 sur « L'avenir de la médecine du travail ».

déjà indiqué, et la difficulté pour ceux qui sont en exercice de faire face à l'ensemble des tâches qui leur incombent.

Des concertations ont été conduites entre l'Etat et des partenaires sociaux, dans le cadre notamment de la conférence tripartite sur les conditions de travail du 27 juin 2008, sur les actions à mettre en œuvre pour réformer la médecine du travail, à la lumière des rapports élaborés en 2007 et 2008 sur le sujet. Un document d'orientation a été transmis aux partenaires sociaux le 25 juillet 2008 sur lequel aucun accord n'a pu être trouvé. Le gouvernement a alors proposé une réforme des services de santé au travail dont les grands axes ont été présentés lors de la réunion du conseil d'orientation sur les conditions de travail du 4 décembre 2009. Des dispositions la réformant ont été inscrites dans le projet de loi portant réforme des retraites qui ont été considérées comme des cavaliers par le Conseil Constitutionnel et ont en conséquence été disjointes.

Une proposition de loi relative à la réforme de l'organisation de la médecine du travail a été déposée au Sénat le 10 novembre 2010. Elle a été adoptée en première lecture par le Sénat le 27 janvier 2011 et prévoit notamment l'exercice des missions de santé au travail par des équipes pluridisciplinaires ainsi que la possibilité de recruter des médecins non spécialisés et des internes pour faire face au manque d'effectifs ; elle prévoit également la désignation par l'employeur d'une ou plusieurs personnes (salariés de l'entreprise ou spécialistes extérieurs) compétentes pour s'occuper des activités de protection et de prévention des risques professionnels dans l'entreprise.

1-3-4- Les établissements de santé

La précédente commission relevait que la non-imputation des dépenses d'accidents de travail et de maladies professionnelles par les établissements de santé était due vraisemblablement aux raisons suivantes :

- les 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 ;

- il n'y a pas de connexion entre le circuit de valorisation d'activité (d'où découle le versement à l'EPS par la caisse pivot de la recette correspondante) et le circuit d'information de séjours valorisés sur la base des tarifs journaliers (support de la répartition entre régimes et risques) ;

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

La commission soulignait que la mise en place de la facturation individuelle directe (par patient), prévue en principe pour 2009, devait résoudre ou atténuer sensiblement le problème du fait de la possibilité pour les caisses de faire des recoupements et des redressements.

Il est à noter que l'article 64 de la LFSS pour 2011 reporte au 1er janvier 2013 la mise en place de la facturation individuelle directe aux caisses d'assurance maladie par les établissements publics de santé.

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 de santé publics 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 sur les autres établissements. Pour les années 2007, 2008 et 2009, la correction de sous évaluation définitive s'élève respectivement à 121,8 M€, 102,4M€ et 43,6M€.

Bien que le guide relatif aux règles de facturation des soins dispensés dans les établissements de santé définisse notamment les informations à transmettre par les établissements de santé publics aux organismes de sécurité sociale en matière AT-MP, une sous-déclaration demeure toujours sur l'ampleur de laquelle la commission n'a pas pu obtenir d'éléments nouveaux.

La non déclaration des risques professionnels par les établissements de santé nécessiterait que les causes en soient analysées par les pouvoirs publics et les caisses de sécurité sociale dans l'espoir que des mesures effectives puissent être prises.

1-4 -Les effets de la coexistence de plusieurs dispositifs complexes de prise en charge

La commission a eu cette année confirmation que des arbitrages entre l'invalidité et la réparation MP étaient parfois effectués, alors même que les conséquences sociales sont difficiles à prévoir compte tenu de la complexité des dispositifs. Cet arbitrage peut aboutir à une sous déclaration des maladies professionnelles.

Effet pervers de la complexité de la réglementation, cette situation est paradoxale puisque les deux régimes n'ont ni la même logique ni les mêmes objets et que, d'autre part, rentes MP et pension d'invalidité ne sont pas toujours exclusives l'une de l'autre¹¹.

Les facteurs à prendre en compte au moment du choix, du moins pour les personnes les mieux informées, tiennent à la fois aux différences séparant les conditions d'ouverture des droits et de versement des pensions et rentes et à celles caractérisant leur montant, sachant que par ailleurs les deux n'emportent pas les mêmes conséquences en termes de retraites¹². Par

¹¹ Le cumul est possible lorsque la pathologie professionnelle intervient dans un état global d'invalidité

¹² La retraite au titre de l'inaptitude au travail permet de bénéficier d'une pension de retraite à taux plein dès l'âge légal de départ à la retraite, quelle que soit la durée d'assurance. L'inaptitude au travail, définie aux articles L.351-7 ; R.351-21 et R.351-22 du code de la sécurité sociale, est appréciée par la caisse chargée de la liquidation des droits à prestations de vieillesse. Certaines personnes sont considérées comme inaptes au travail et ne sont pas soumises au contrôle médical. Il s'agit :

- des personnes reconnues invalides avant l'âge légal de départ à la retraite ;
- des titulaires d'une pension d'invalidité ;
- des titulaires de l'allocation aux adultes handicapés ;
- des titulaires de la carte d'invalidité reconnaissant au moins 80% d'incapacité permanente ;
- des titulaires d'une retraite de veuf ou veuve substituée à un pension d'invalidité de veuf ou de veuve.

Le Conseil d'orientation des retraites (mars 2011) a souligné que le dispositif représente chaque année près d'un départ à la retraite sur cinq et que ses bénéficiaires ont des durées d'assurance plus courtes et en conséquence des niveaux de pensions plus faibles que les ex-invalides qui ont aussi droit au dispositif en raison de la prise en compte de l'invalidité pour la retraite.

Une personne victime d'un AT/MP à laquelle l'employeur ne peut pas proposer un poste de reclassement professionnel et qui se trouve de ce fait licenciée pour inaptitude au travail verra ses droits à pension de retraite minorée dès lors qu'elle ne peut pas ouvrir droit à une pension d'invalidité et qu'elle bénéficie d'un rente AT/MP pour un faible taux d'incapacité.

exemple, il arrive que l'option pour une demande d'invalidité plutôt que pour une MP soit, à tort ou à raison, conseillée par les médecins (et notamment par les centres de consultation de pathologies professionnelles¹³) ou les assistantes sociales lorsqu'ils considèrent que la pathologie professionnelle entraînera une faible indemnisation mais que son association à une autre pathologie permettrait d'atteindre une réduction des deux tiers des capacités (configuration qui n'est pas rare chez les travailleurs âgés). A tout le moins, il faut constater que les possibilités de cumul entre rente AT-MP et pension d'invalidité sont très mal connues.

Par ailleurs, l'attribution des pensions d'invalidité, qui repose sur l'appréciation de l'état de santé global par les médecins-conseil, connaît la même hétérogénéité géographique que celles relevées par la commission à propos des AT-MP (cf. Rapport de la Cour des comptes précité), ce qui constitue un facteur supplémentaire d'aléa.

Le tableau ci-dessous donne un aperçu de la complexité de la comparaison. Il ne tient pas compte du dispositif d'aide aux personnes handicapées mais intègre déjà les mesures de la loi portant réforme des retraites relatives à la pénibilité puisqu'il faut en attendre des effets sur la sous-déclaration des AT-MP.

Invalidité et rente AT/MP

Pension d'invalidité du régime général	Rente AT/MP
<p><u>Condition de versement :</u></p> <p><u>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)</u> <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</p> <p><u>et justifier en outre :</u></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, dont 1 015 fois au moins la valeur du salaire minimum de croissance au cours des 6 premiers mois ;</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, dont 200 heures au moins au cours des 3 premiers mois.</p>	<p><u>Condition d'ouverture du droit :</u> être en activité au moment de l'accident ou être reconnu atteint d'une maladie d'origine professionnelle.</p> <p><u>Condition de versement :</u> 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.</p> <p>Une indemnité en capital est versée lorsque le taux d'incapacité est inférieur à 10 %</p>

¹³ Il a néanmoins été signalé à la commission que même ces centres spécialisés ne peuvent prétendre maîtriser l'ensemble des paramètres des options et peuvent aussi commettre des erreurs d'appréciation

<p>2°) <u>Condition d'âge : âge inférieur à l'âge légal de départ à la retraite</u></p> <p>3°) <u>Conditions médicales</u></p> <p>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.</p> <p>Son versement est donc lié à une réduction de la capacité de travail ou de gain</p>	
<p><u>Appréciation de l'état d'invalidité</u></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.</p> <p>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><u>Appréciation du taux d'incapacité permanente</u></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.</p> <p>En outre, il appartient à la caisse d'attribuer, le cas échéant, un taux professionnel lorsque la victime risque de perdre son emploi ou rencontre des difficultés de reclassement. Ce taux peut être aussi attribué par le juge saisi d'un recours par la victime.</p>
<p><u>Procédure d'attribution</u></p> <p>- <u>Initiative de la CPAM</u></p> <p>A l'expiration de la période d'attribution des indemnités journalières (360 jours hors ALD), 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>- <u>Initiative de l'assuré</u></p> <p>Délai de 12 mois pour former la demande, après :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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, 	<p><u>Procédure d'attribution :</u></p> <p>L'attribution de la rente AT-MP par la caisse est consécutive à la reconnaissance d'un AT-MP.</p>

<p>telle qu'elle résulte de la notification qui lui en est faite par la caisse primaire ;</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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><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 inférieur à un minimum annuel fixé par décret.</p> <p>La PI ne peut être inférieur 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. <p>Certaines caisses peuvent accorder un taux professionnel. Ce taux peut aussi être accordé par le juge saisi d'un recours par la victime</p>
<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</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) avec un revenu d'activité professionnelle</p> <p>b) en tout ou partie avec une pension d'invalidité :</p>

<p>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, soit 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>- 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.</p> <p>- 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.</p> <p>- 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> <p><i>c) 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>
<p>Autres</p> <p>- droit aux prestations en nature de l'assurance maladie et de l'assurance maternité (article L.313-4 du CSS)</p> <p>- 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.</p> <p>- bénéficient le cas échéant d'une couverture complémentaire invalidité au titre des contrats de prévoyance</p> <p>- possibilité de prise en charge par certaines assurances des échéances des prêts immobiliers pour les invalides de 2^{ème} et 3^{ème} catégories.</p> <p>- carte d'invalidité pour les invalides de 3^{ème} catégorie (article L.241-3 du CASF)</p>	<p>- droit aux prestations en nature de l'assurance maladie et de l'assurance maternité (article L.371-3 du CSS) ;</p> <p>- exonération du ticket modérateur pour l'ensemble des soins en rapport avec l'AT-MP sans avance des frais ;</p> <p>- 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) ;</p> <p>- 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</p>

<p><u>Statut fiscal</u></p> <p>La pension d'invalidité est imposable sauf si elle d'un faible montant et 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>pour les soins et traitements sans rapport avec l'AT-MP ;</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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 sont imposables.</p>
<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 <u>taux plein de 50 %</u>, 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 <u>d'un trimestre</u> assimilé validé pour <u>chaque trimestre</u> 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.

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.

3°) 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) ouverte aux personnes ayant une incapacité reconnue au titre d'une maladie professionnelle ou d'un accident du travail

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.

Les conditions :

Le taux d'incapacité permanente doit être au moins de 10 %. Trois cas de figure :

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.

b) Taux d'incapacité permanente reconnu suite à un accident du travail

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.

Suite à l'avis du médecin-conseil, trois cas peuvent se présenter :

- 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)

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 :

-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

	<p>de sa carrière.</p> <p>-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.</p>
--	--

La retraite anticipée pour cause de pénibilité

L'article 79 de la loi du 9 novembre 2010 sur la réforme des retraites (art. L 351-1-4 du code de la sécurité sociale), applicable aux pensions prenant effet à compter du 1er juillet 2011, prévoit que l'âge légal de départ à la retraite est abaissé pour les personnes ayant une incapacité reconnue au titre d'une maladie professionnelle ou d'un accident du travail : la retraite au titre de la pénibilité permet un départ à la retraite dès l'âge de 60 ans et l'obtention d'une pension à taux plein quelle que soit la durée d'assurance effectivement accomplie. Le taux d'incapacité permanente requis doit être d'au moins 10 % mais au-delà de ce seuil la loi prévoit trois cas de figure distincts (cf. tableau ci-dessus).

Il ne fait guère de doute que ce dispositif aura un impact sur le flux de déclarations et de reconnaissances de maladies professionnelles. Quant à l'évaluation de cet impact, elle est encore très incertaine et soumise à des facteurs divergents. Le seuil de 10 % n'est pas très élevé dans l'absolu mais la tranche comprise entre 10 et 20 %, dont le tableau ci-dessus montre la place a priori déterminante, laisse encore bien des questions ouvertes. En tout état de cause, les effets sur la déclaration vont être différés : au moment de l'entrée en vigueur de la réforme (1^{er} juillet 2011), les avantages représentés par ce dispositif apparaissent limités puisque l'écart entre l'âge de départ en retraite pour pénibilité et l'âge légal n'est pas encore substantiel. En revanche, lorsque la réforme des retraites aura achevé sa montée en charge, il sera évidemment beaucoup plus attractif de faire liquider une retraite à taux plein dès l'âge de 60 ans, sans attendre d'avoir 62 ans (âge légal de départ en retraite) ou 67 ans (âge d'annulation de la décote). Cet effet indirect s'ajoutera à l'augmentation probable des pathologies dues à l'accroissement de la partie âgée de la main d'œuvre.

Cette situation pourra donc inciter les intéressés :

- soit à obtenir la reconnaissance du caractère professionnel de l'accident ou de la maladie, contribuant ainsi à la diminution de la sous-déclaration ;
- soit à demander une révision de leur dossier en vue d'obtenir un taux d'incapacité supérieur : au moins 10 % (un taux d'incapacité inférieur à 10 % n'ouvrant pas droit au bénéfice de la retraite pour pénibilité), voire au moins 20 % pour éviter le passage devant la commission pluridisciplinaire.

La Cour des comptes dans son rapport de septembre 2010 sur la sécurité sociale citait une estimation selon laquelle ce dispositif pourrait concerner 10 000 personnes par an, soit nettement moins, par exemple, que les 72 000 départs au titre de l'inaptitude (hors ex-invalides). Elle soulignait par ailleurs que le nouveau dispositif de pénibilité rend plus nécessaire encore la redéfinition des objectifs de l'inaptitude dans le cadre de la retraite ainsi que l'articulation des deux dispositifs.

2- La sous-reconnaissance

La sous reconnaissance des maladies professionnelles peut être liée à des pratiques différentes des caisses qui induisent des taux de reconnaissance disparates. Elle peut être aussi liée aux tableaux des maladies professionnelles qui ne prennent pas suffisamment en compte les avancées scientifiques, ce qui aboutit à une non-indemnisation des personnes alors même que la pathologie dont elles souffrent trouve son origine dans le travail.

La commission a par ailleurs examiné le problème particulier de la reconnaissance des risques psycho-sociaux, qui apparaissent comme les pathologies prédominantes du monde du travail actuel, 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

Malgré les efforts de la CNAMTS visant à réduire l'hétérogénéité des taux de reconnaissance entre les caisses, des disparités subsistent tant dans les taux de reconnaissance que dans l'attribution du taux d'IP.

En ce qui concerne les disparités des taux de reconnaissance, l'effort de la CNAMTS jusqu'à présent a porté sur les accidents du trajet et les pathologies du tableau n°57 membres supérieurs. L'écart entre les déciles extrêmes est passé pour les accidents de trajet de 19% en 2008 à 14% en 2010 et pour les pathologies du tableau n°57 de 37% en 2008 à 28% en 2010.

En ce qui concerne 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.

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 ne tiennent pas compte de 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 pris en compte.

2-2-1- La commission a examiné les modalités administratives de révision ou de création des tableaux des maladies professionnelles (cf. tableau 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, dans quel cas la commission se prononce à la majorité des voix des membres présents ou représentés.

En outre, au titre de l'article R.4641-16 du code du travail, la commission générale du COCT doit rendre un avis sur les projets de décret pris sur rapport du ministre chargé du travail, ce qui est le cas pour les révisions de tableaux. Enfin, le projet de décret doit également 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.

Compte tenu des blocages dus à la lourdeur de processus de révision des tableaux, la Cour des comptes avait recommandé dans son rapport sur la sécurité sociale de 2002 de modifier les modalités d'établissement des tableaux de maladies professionnelles.

Dans son rapport de septembre 2008 sur la sécurité sociale, elle 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).

La longueur de la procédure est illustrée par le fait que la révision du §A du tableau n°57 correspond à une recommandation de la commission du L176-2 remontant à 2005. Les recommandations de la commission de 2008, pourtant appuyées sur des cas patents d'inadaptation des tableaux, n'ont pas encore produit d'effet. Dans l'intervalle, les inadaptations contribuent à l'utilisation jusqu'à saturation des procédures complémentaires de

reconnaissance et donc à l'aggravation des aléas (ce fut du reste une raison décisive de la mise en chantier de la révision du tableau 57 §A).

Au vu de la récente expérience de révision du tableau 57§A, cette claire distinction souhaitée par la Cour fait encore débat, alors même que l'Administration, en lançant la révision, avait entendu renforcer le fondement scientifique du dispositif¹⁴.

Lors des auditions de la commission, il a été préconisé par une organisation syndicale de confier dans un premier temps l'expertise scientifique à un organisme de prévention comme l'Anses, puis seulement de soumettre ce rapport aux partenaires sociaux. Cependant la commission n'a pas eu la possibilité de vérifier qu'une réforme procédurale de ce type recueillerait l'assentiment général.

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

- **D'ores et déjà un certain nombre de tableaux nécessiteraient d'être créés, révisés ou complétés:**

a) Le tableau n° 98 relatif aux affections chroniques du rachis lombaire provoquées par la manutention manuelle de charges lourdes ne mentionne que la manutention manuelle habituelle de charges lourdes dans la liste des travaux et ne reconnaît que les lombo-sciatiques et cruralgies consécutives à des hernies discales. Il ne prend ainsi pas en compte certaines postures contraignantes, ce qui est en décalage avec la réalité du travail industriel (cas par ex. des mécaniciens qui portent peu de charges lourdes mais qui doivent adopter des positions contraignantes dommageables pour le dos dans la durée) ;

b) Le tableau n° 42 relatif à l'atteinte auditive provoquée par les bruits lésionnels a été révisé par décret du 25 septembre 2003. Cette révision de la liste des travaux et des modalités d'examen a conduit à une augmentation du nombre annuel de reconnaissances (632 en 2003 à 1048 en 2009). Toutefois, au regard des statistiques de la CNAMTS, 77% des dossiers adressés aux CRRMP, au titre du tableau n° 42, le sont en raison d'un dépassement du délai de prise en charge, les salariés étant souvent négligents et ne consultant un ORL que très tardivement. Il pourrait par conséquent s'avérer judicieux de porter ce délai à 2 ans.

c) Les tableaux portant sur les dermatoses (une cinquantaine de tableaux, soit plus de 40 % des tableaux des maladies professionnelles) devraient, pour certains, être révisés.

En effet, certains de ces tableaux sont obsolètes, comme c'est le cas du tableau n° 5 relatif aux affections professionnelles liées au contact avec le phosphore et le sesquisulfure de phosphore.

De même, le tableau n° 65 (lésions eczématiformes de mécanisme allergique) nécessiterait d'être revu d'une part concernant la liste limitative de travaux et d'autre part concernant la dénomination des pathologies. En effet, une nouvelle dénomination internationale a été

¹⁴ Elle n'est du reste pas la seule puisque le reproche a également été fait au processus, en substance, de ne pas avoir assez encadré le travail scientifique et de l'avoir laissé faire une brèche dans le principe de présomption de l'imputabilité.

définie en 2008-2009 utilisant des termes plus précis que « lésions eczématiformes », comme par exemple la dermatite inflammatoire.

Comme le tableau n° 65, d'autres tableaux relatifs aux dermatoses comprennent une liste indicative des principaux travaux susceptibles de provoquer la pathologie mentionnant la manipulation d'agents nocifs énumérés dans une liste limitative. Le caractère limitatif de ces listes des substances est problématique, dans la mesure où de nombreuses substances, telle que le méthyldibromoglutaronitrile, les méthyl- et chlorométhyl isothiazolinones ne sont prises en compte dans aucun tableau alors que ce sont les allergènes professionnels les plus couramment observés.

Enfin, les brûlures cutanées graves dues aux ciments à prise rapide sont maintenant bien connues en médecine et santé au travail, notamment pour les métiers du BTP, mais ne font pas l'objet d'un tableau de maladies professionnelles.

d) Les BPCO :

Seuls deux tableaux, les n° 91 et 94, permettent de reconnaître l'origine professionnelle des BPCO¹⁵. Ils s'appliquent aux mineurs de charbon et aux mineurs de fer, alors qu'il n'y en a pratiquement plus en activité en France.¹⁶ En revanche, il n'y a pas de possibilité de reconnaissance en MP pour les sujets atteints d'une BPCO professionnelle en rapport avec leur exposition dans le bâtiment-travaux publics, dans la fonderie-sidérurgie, chez les employés du textile (coton), en milieu agricole céréalière, de production laitière ou d'élevage de porcs, pour ne citer que les secteurs professionnels où il existe un risque de BPCO avéré.

Par ailleurs, ces deux tableaux, malgré leur mise à jour récente (31 octobre 2005), souffrent d'une désignation qui ne correspond pas à la réalité de cette maladie¹⁷.

Le plus rationnel serait de créer un nouveau tableau des maladies professionnelles intitulé "Fumées, gaz, poussières", avec une liste limitative des travaux qui serait implémentée au fur et à mesure des progrès scientifiques.

¹⁵ Les tableaux n° 44 et 44 bis, n° 90 et n° 66, peuvent dans certains cas permettre de reconnaître une pathologie respiratoire de type obstructif, mais avec des conditions très particulières : respectivement emphysème associé à une sidérose pour le tableau n° 44, "précession" par épisodes obstructifs aigus pour le tableau n° 90, insuffisance respiratoire chronique obstructive secondaire à la maladie asthmatique pour le tableau n° 66 ;

¹⁶ Essentiellement des retraités pour qui le délai de prise en charge (10 ans) est la plupart du temps dépassé.

¹⁷ 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.

▪ **La création ou révision d'autres tableaux pourrait être envisagée.**

Bien que les réflexions les concernant en soient à des degrés inégaux d'avancement et d'établissement des certitudes, on peut citer les pistes suivantes :

- le cancer des ovaires et du larynx causé par l'exposition à l'amiante : 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) ;

- 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- 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) ;

- le cancer colorectal causé par l'exposition aux poussières de bois : le tableau n° 47 relatif aux affections professionnelles provoquées par les poussières de bois mentionne le carcinome des fosses nasales, de l'ethmoïde et des autres sinus de la face, mais pas le cancer colorectal. 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. Si cette étude devait être confirmée par d'autres, il serait judicieux d'examiner l'opportunité de l'intégration de ce cancer dans le tableau n° 47 ;

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

2-3-1- Les possibilités de reconnaissance en accident du travail et maladies professionnelles

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

- **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 être aussi reconnus comme accident du travail, il ressort d'une étude menée par la CNAMTS sur la période janvier 2008 à juin 2009 que 72 demandes de reconnaissances ont été faites (plus de la moitié des suicides sont intervenus 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).

Un recensement de la CNAMTS a fait apparaître que de 2003 à 2008, 409 dossiers ont été transmis par les caisses aux CRRMP ; ceux-ci ont rendu dans 44 % des cas un avis favorable (soit pour 179 dossiers). Le nombre de dossiers relatifs aux psychopathologies transmis aux CRRMP est passé de 86 en 2008 à 142 en 2009 et à 136 en 2010, le taux d'avis favorable étant de plus de 42% en 2008, de 51% en 2009 et de 46% en 2010. 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 (81% des cas reconnus).

2-3-2- Le faible nombre de pathologies reconnues dans le cadre du système complémentaire

- *Il existe un décalage important entre l'importance des risques psycho-sociaux* telle notamment qu'elle ressort de certains rapports et ressenti des travailleurs et le faible nombre de reconnaissance de ces pathologies dans le cadre du système complémentaire des MP (70 cas comme déjà indiqué).

Les troubles mentaux et du comportement sont ainsi avec les maladies du système ostéo-articulaires des muscles et du tissu conjonctif les pathologies les plus répertoriées par le réseau national de vigilance et de prévention des pathologies professionnelles (RNV3P) qui n'en recense pourtant qu'une partie¹⁸. Le nombre de cas de troubles mentaux et du comportement enregistré par le réseau ont augmenté de manière sensible à compter de 2005, et représentent entre 2005 et 2007 la principale pathologie répertoriée.

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

(Source : RNV3P, rapport d'activité 2008-2009 -septembre 2010 p.58)

Par ailleurs, parmi l'ensemble des psychopathologies signalées celles qui revêtent une origine professionnelle de façon certaine selon les spécialistes cliniciens sont en constante

¹⁸ 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.

augmentation depuis 2001 et dépassent le millier en 2009. Ces données constituent un minoring robuste des psychopathologies attribuables au travail en France.

Ces pathologies représentaient 27 % des mises en invalidité et des causes d'inaptitude au travail en 2008. Une étude de la CNAMTS de mai 2011 sur l'évolution des arrêts de travail fait apparaître que les troubles mentaux représentent 25,8 % des arrêts maladie supérieurs à 180 jours (ils se situent avant les pathologies ostéo-articulaires qui représentent 23,9 % de ces arrêts de travail).

- Le problème de reconnaissance de ces pathologies tient à différents facteurs :

-en premier lieu, au taux d'incapacité d'au moins 25 % requis pour bénéficier d'une reconnaissance en maladie professionnelle dans le cadre du système complémentaire : le barème indicatif d'invalidité, conçu pour prendre en compte les troubles mentaux organiques, ne prévoit pas de taux supérieur à 20 % sauf pour les cas d'une particulière gravité (grande dépression mélancolique, anxiété pantophobique) ;

- en second lieu, à la condition de consolidation de l'état de la victime pour être indemnisé : les pathologies psychiques sont par nature évolutives, ponctuées de rémission et de rechutes, et par conséquent le médecin-conseil conclut rarement à la stabilisation de l'état de la victime ;

- enfin, à l'identification de leurs causes, souvent multifactorielles, avec la difficulté de déterminer si elles relèvent ou non du travail.

Les dépressions liées au travail nécessitent souvent des arrêts de travail longs (avec des prises en charge en ALD) ou une mise en invalidité. Comme le souligne une étude de Francis MEYER et François GUILLON : « *La reconnaissance des pathologies psychiques* » (Semaine social Lamy, 16 mai 2011), l'exigence d'une consolidation pour pouvoir être examiné au CRRMP implique la fin du versement des indemnités journalières, le médecin traitant peut donc déconseiller la demande de reconnaissance à tout patient en arrêt de travail tant que son état n'est pas stabilisé pour pouvoir continuer à bénéficier de ses IJ¹⁹.

Afin de permettre le versement d'IJ AT-MP lorsque la victime est encore en arrêt de travail au moment de la demande de reconnaissance au titre de l'alinéa 4, le guide adressé par la CNAMTS aux CRRMP diffusé en novembre 2009 prévoit la possibilité pour le médecin-conseil de fixer la date de stabilisation non seulement à la date de la demande ou de l'examen, mais également à une date prévisionnelle éloignée de trois mois en déterminant par ailleurs un taux « prévisible » d'incapacité permanente en vue de décider du transfert ou non du dossier au CRRMP. Cependant, ces pratiques nécessiteraient de faire l'objet de dispositions réglementaires claires.

¹⁹ Les auteurs de l'article précité notaient par ailleurs les pratiques contestables des caisses au regard de l'article L.461-1 du CSS, qui notifie un refus provisoire de prise en charge lorsque l'avis de la CRRMP n'a pas été rendu alors même que l'absence de décision devrait aboutir à une reconnaissance implicite.

Ils soulignaient en outre que le taux d'incapacité d'au moins 25 % requis est détourné de sa finalité car il s'agit d'une condition d'accès au régime et non d'une décision médicale de fixation définitive d'un taux. L'intégration des facteurs socioprofessionnels, comme la durée de l'arrêt de travail, l'impossibilité de reprendre une activité dans l'entreprise ou la déqualification, peut contribuer à ce que le taux de 25 % soit plus facilement atteint.

2-3-3- L'ébauche d'une meilleure prise en compte de ces pathologies

- A la demande de l'ancienne commission des maladies professionnelles une étude d'octobre 2009 sur les psychopathologies liées au travail a été réalisée par la CNAMTS (analyse prospective sur 5 régions²⁰ d'octobre 2008 à mars 2009) pour mieux cerner les obstacles à leur reconnaissance. Il ressort de cette étude que sur 143 demandes de reconnaissance déposées, seules 25 ont été transmises aux CRRMP, ce qui signifie que 82,5% des demandes de prise en charge ne peuvent être examinées au fond, soit pour non stabilisation de l'état, soit en raison d'une incapacité permanente (IPP) inférieure à 25%.

-Dans l'objectif de réduire ces obstacles, la commission spécialisée du COCT a mis en place en avril 2010, un groupe de travail sur l'amélioration de la prise en charge des psychopathologies d'origine professionnelle visant, dans un premier temps, à faciliter l'examen des demandes par les CRRMP dans le cadre juridique existant.

Le mandat du groupe de travail fixe notamment comme objectifs de réaliser une typologie des pathologies d'origine psychique susceptibles d'être examinées par les CRRMP en précisant les critères de stabilisation et le niveau de gravité permettant de fixer un taux d'IPP au moins égal à 25 % et de formuler des recommandations afin d'aider les CRRMP à apprécier le lien entre ces pathologies et l'activité professionnelle.

Les partenaires sociaux ont souligné à l'unanimité dans le cadre de ce groupe de travail que la solution prévue par le guide pour les CRRMP (possibilité pour le médecin conseil de fixer une date prévisionnelle de consolidation) n'est pas entièrement satisfaisante : stabiliser la pathologie au plus tard dans les trois mois de la demande ne correspond pas nécessairement à la réalité médicale.

Ils ont demandé à l'administration de retenir une interprétation souple de l'article L. 461-1 al. 4, qui permette à un assuré en arrêt de travail dont la pathologie n'est pas stabilisée de percevoir des IJ AT-MP (ou maladie) non seulement jusqu'à la date de la décision de la caisse, mais le cas échéant bien après la date de reconnaissance (ou rejet) de la MP au titre de l'alinéa 4, jusqu'à l'issue de la phase évolutive de la pathologie.

A l'heure où ce rapport est publié, une lettre ministérielle en ce sens à la CNAMTS est en cours d'élaboration.

²⁰ Bourgogne- Franche-Comté, Ile de France, Nord Picardie, PACA, Rhône-Alpes

IV^{ème} partie :

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

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. Cette dernière est en tout état de cause mal connue, bien que diverses méthodes commencent à émerger (p.ex. analyse des différences dans les dépenses de l'assurance maladie selon les secteurs professionnels des assurés ; enquête de l'IRDES sur l'influence des conditions de travail sur les dépenses de santé...) qui constitueront sans doute à terme des alternatives intéressantes.

Ainsi s'explique notamment l'absence des troubles psycho-sociaux dans l'exercice de chiffrage présenté ci-dessous, malgré l'attention que leur ont portée les chapitres précédents. Si la prise en considération de ces pathologies progresse incontestablement dans le champ de la santé au travail, il reste que, d'une part, on est loin de disposer de données assimilables en quelque manière à des fractions attribuables d'un même niveau de robustesse que pour les autres pathologies ; au demeurant, on serait encore en peine d'appliquer ces fractions à un nombre donné de pathologies. D'autre part, les normes actuelles imposées aux CRRMP (cf. supra III^{ème} partie) ne sont pas compatibles avec une hypothèse de reconnaissances en nombre autre que marginal.

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, le travail réalisé par l'Institut National du Cancer (INCA) chiffrant le coût global des cancers a également été utilisé.

Cette partie s'articule autour de quatre points. Le premier est consacré essentiellement à la présentation des statistiques 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). Il permet de préciser les axes sur lesquels la commission doit se focaliser. 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. Enfin, la présente partie se termine par une synthèse des éléments développés précédemment (nombre d'accidents et pathologies sous-déclarés, coût moyen) pour en déduire une évaluation de leur sous-déclaration.

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

Dans un premier temps, pour donner un premier 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 des projets de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS).

1.1. Panorama global de la sinistralité

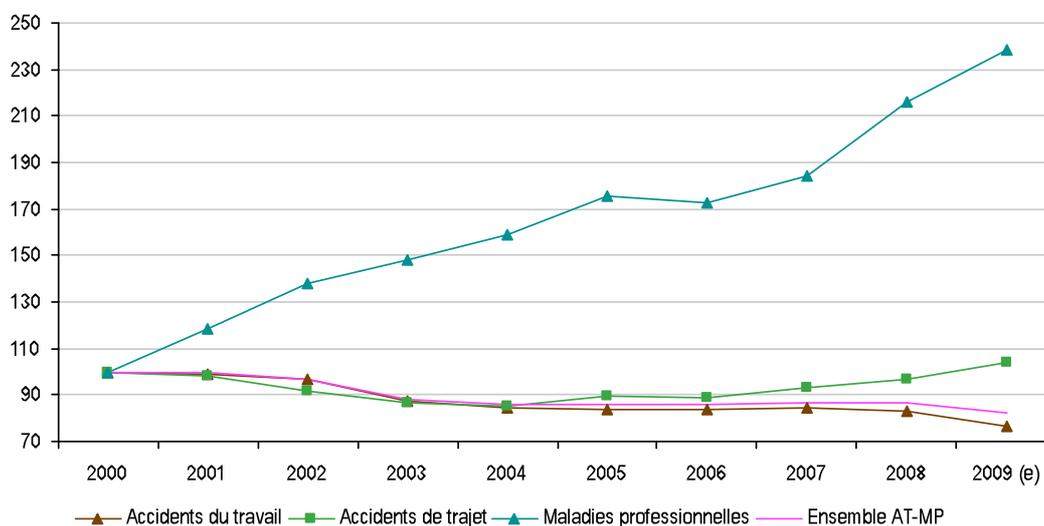
Sur environ 1 200 000 sinistres constatés et reconnus en 2009, 83 % concernent des accidents du travail, 11 % des accidents de trajet et 6 % des maladies professionnelles.

Tableau 1 : Evolution du nombre d'accidents du travail, d'accidents de trajet et de maladies professionnelles de 2001 à 2009 (champ régime général)

Catégorie de sinistre	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009 (e)
Accidents du travail	1 349 647	1 313 811	1 185 291	1 152 865	1 139 063	1 144 431	1 145 397	1 129 314	1 041 498
Accidents de trajet	129 456	121 337	113 918	112 366	118 304	117 552	122 480	127 859	137 037
Maladies professionnelles	35 715	41 673	44 653	48 130	52 979	52 140	55 618	65 234	72 052
Total AT-MP	1 514 818	1 476 821	1 343 862	1 313 361	1 310 346	1 314 123	1 323 495	1 322 407	1 250 587

Source : CNAMTS (statistiques trimestrielles) - juin 2010. (e) : estimé.

Graphique 1 : Evolution du nombre d'accidents du travail, d'accidents de trajet et de maladies professionnelles du régime général, de 2000 à 2009 (base 100 en 2000)



Source : CNAMTS (statistiques trimestrielles) - juin 2010.

Alors que le nombre d'accidents du travail est globalement en baisse sur la période 2000 - 2009 (- 23 % sur la période, soit - 2,6 % en moyenne annuelle), on constate une augmentation très importante du nombre de maladies professionnelles reconnues (+ 138 %, soit + 9,1 % en moyenne annuelle). Cette forte croissance s'explique pour partie par l'élargissement du champ des maladies reconnues et une meilleure information tant des médecins que des salariés. Il est à noter que depuis 2007, une nouvelle consigne, appelant à considérer les

maladies professionnelles syndrome par syndrome et non plus en multi-syndrome a été largement diffusée auprès des médecins conseil, ce qui pourrait expliquer une partie de la dynamique récente du nombre de maladies professionnelles. En 2008 et 2009, leur progression a en effet été plus importante qu'en 2007 (+10,5 % en 2009 et +17 % en 2008 après +6,7 % en 2007).

La progression du nombre de maladies professionnelles et la baisse du nombre des accidents du travail s'observe également pour les sinistres ayant occasionné un arrêt de travail, qui représentent 64 % du champ total des sinistres du régime général (soit 795 000 accidents du travail et maladies professionnelles avec arrêt de travail en 2009).

Tableau 2 : Evolution du nombre d'accidents du travail, d'accidents de trajet et de maladies professionnelles avec arrêt de 2001 à 2009, champ régime général

Catégorie de sinistre	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Accidents du travail avec arrêt (*)	737 499	759 980	721 227	692 004	699 217	700 772	720 150	703 976	651 453
Accidents de trajet avec arrêt (**)	86 144	89 592	82 859	78 280	82 965	83 022	85 442	87 855	93 840
Maladies professionnelles avec arrêt (***)	24 220	31 461	34 642	36 871	41 347	42 306	43 832	45 411	49 341
Total sinistres avec arrêt	847 863	881 033	838 728	807 155	823 529	826 100	849 424	837 242	794 634

Source : CNAMTS (statistiques nationales technologiques AT-MP) - 2010.

(*) : hors bureaux et autres catégories particulières

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

(***) : y compris compte spécial

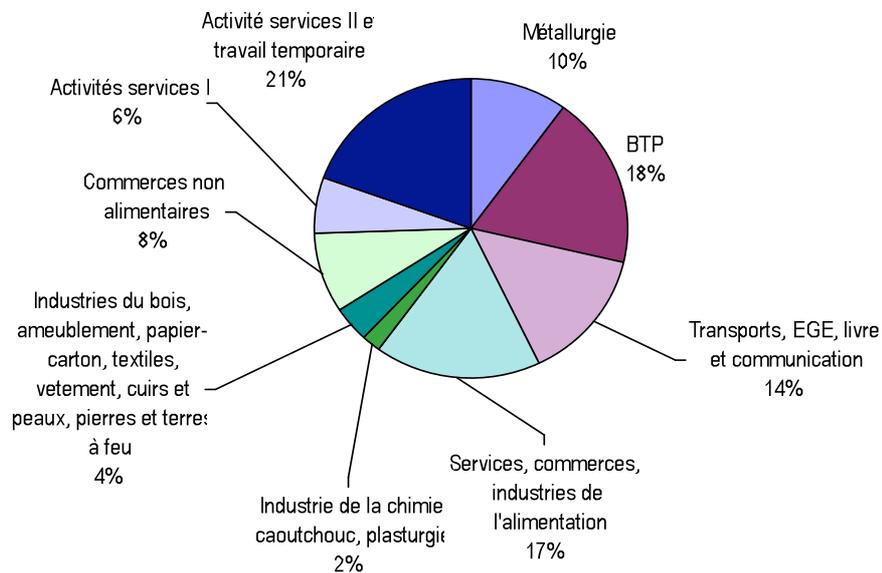
Après deux années de baisse en 2003 et 2004, le nombre d'accidents du travail avec arrêt a augmenté de 4,1 % entre 2004 et 2007. Depuis 2008, il s'inscrit de nouveau en baisse (-2,2 % en 2008 et - 7,5 % en 2009). Après une baisse entre 2002 et 2004, les accidents de trajet avec arrêt n'ont pas cessé de progresser. Ils ont augmenté de 20 % sur la période 2004 - 2009. De même, on constate une progression soutenue du nombre de maladies professionnelles avec arrêt : + 57 % de 2002 à 2009.

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. Ainsi, 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* (20 % des accidents du travail en 2009), le *BTP* (18 %), les *services, commerces, industries de l'alimentation* (17 %) et les *transports, eau, gaz et électricité (EGE), livre et communication* (14 %) (graphique 2).

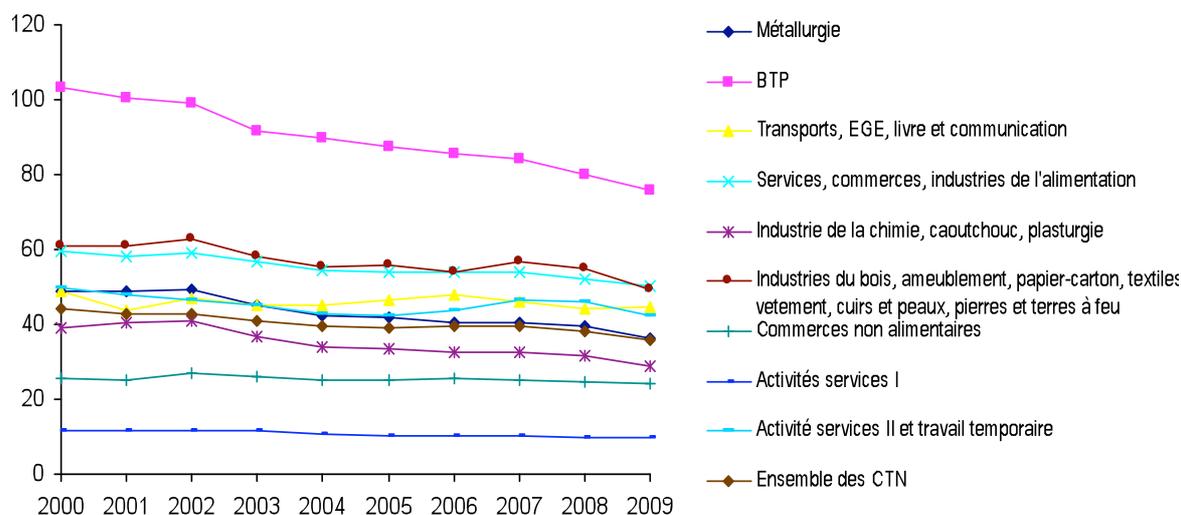
Graphique 2 : répartition des accidents du travail avec arrêt par secteur d'activité en 2009



Source : CNAMTS (statistiques nationales technologiques AT-MP) - 2010.

Si l'on rapporte le nombre de ces sinistres aux effectifs des secteurs considérés le *BTP* arrive en tête avec 76 AT avec arrêt pour 1000 employés en 2009. Viennent ensuite les secteurs des *services, commerces, industries de l'alimentation* (environ 50 AT pour 1 000 employés) et les secteurs des *industries du bois, ameublement, papier carton* (environ 49 AT pour 1 000 employés). A titre de comparaison, la fréquence moyenne des accidents du travail est de 36 AT pour 1 000 employés en 2009.

Graphique 3 : Fréquence des accidents du travail avec arrêt pour 1 000 employés, selon le secteur d'activité (CTN) de 2000 à 2009



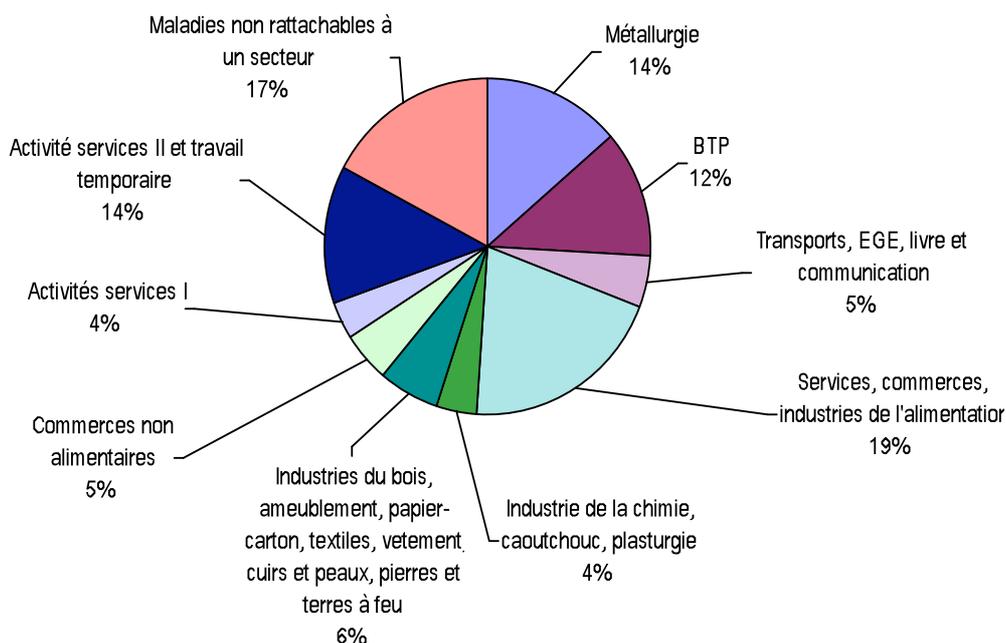
Source : CNAMTS (statistiques nationales technologiques AT-MP) - 2010.

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 - 2009 (- 18 %). Cette diminution est assez marquée dans les secteurs de l'industrie de la chimie du caoutchouc et de la plasturgie (- 26,7 %), du BTP (- 26,5 %), et de la métallurgie (-26 %) sur l'ensemble de la période.

En ce qui concerne les accidents du trajet, les secteurs d'activité dans lesquels ces accidents sont les plus nombreux en valeur absolue sont ceux des *activités de services II et travail temporaire* (24 %) et des *services, commerces, industries de l'alimentation* (17 % de l'ensemble des secteurs). La fréquence des accidents de trajet est beaucoup plus faible en moyenne que celui des accidents du travail (5 vs. 36 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 7,2 accidents de trajet pour 1 000 employés en 2009 devant le secteur des *services, commerces, industries de l'alimentation* avec 7 accidents de trajet pour 1 000 salariés. Globalement, la fréquence des accidents de trajet a diminué sur la période 2000-2009 (- 3,4 %), malgré une remontée en 2009 (+ 9,2 % entre 2008 et 2009). Les évolutions les plus fortes concernent le *BTP* (- 22 % entre 2000 et 2009), la *métallurgie* (- 14 % sur la même période), et les *industries du bois, ameublement, papier-carton, textiles, vêtement, cuirs et peaux, pierres et terres à feu* (-11 %).

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* (13,5 %) et du *BTP* (12 %) (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 (17 %).

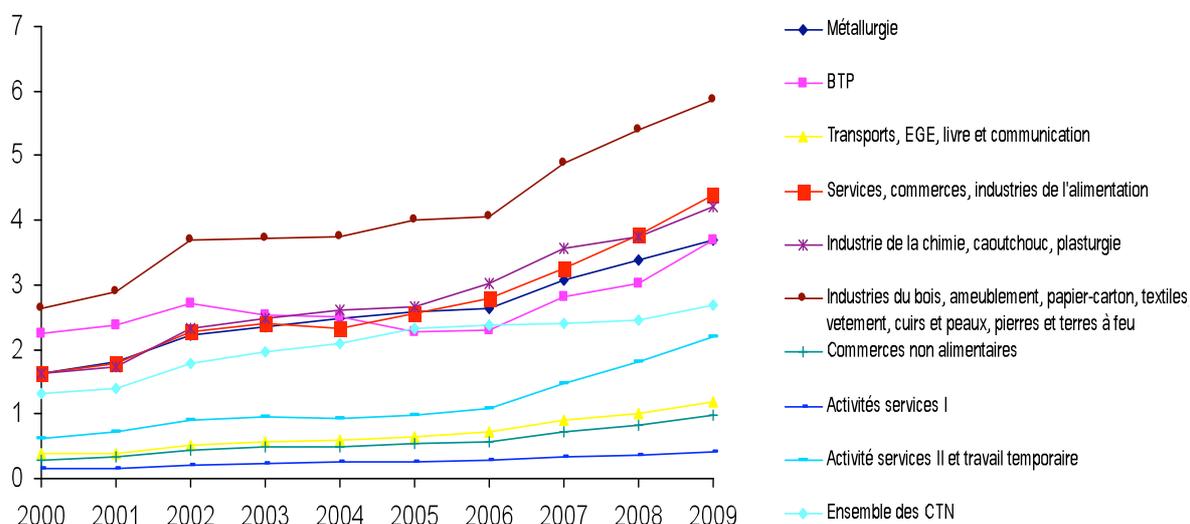
Graphique 4 : Répartition des maladies professionnelles avec arrêt par secteur d'activité en 2009



Source : CNAMTS (statistiques nationales technologiques AT-MP) - 2010.

Le rapport du nombre de maladies nouvellement reconnues dans l'année à l'effectif de chaque CTN multiplié par 1 000 est de 2,7 pour l'ensemble des CTN en 2009. Les secteurs les plus accidentogènes sont les industries du bois, ameublement, papier-carton avec 5,8 maladies professionnelles nouvellement reconnues pour 1 000 employés en 2009, devant les industries de la chimie et le secteur services, commerces, industries de l'alimentation avec 4,4 maladies professionnelles pour 1 000 employés en moyenne dans ces secteurs (graphique 5).

Graphique 5 : Fréquence des maladies professionnelles avec arrêt pour 1 000 employés, selon le secteur d'activité (CTN) de 2000 à 2009



Source : Calculs DSS sur la base de données CNAMTS (statistiques nationales technologiques AT-MP) - 2010.

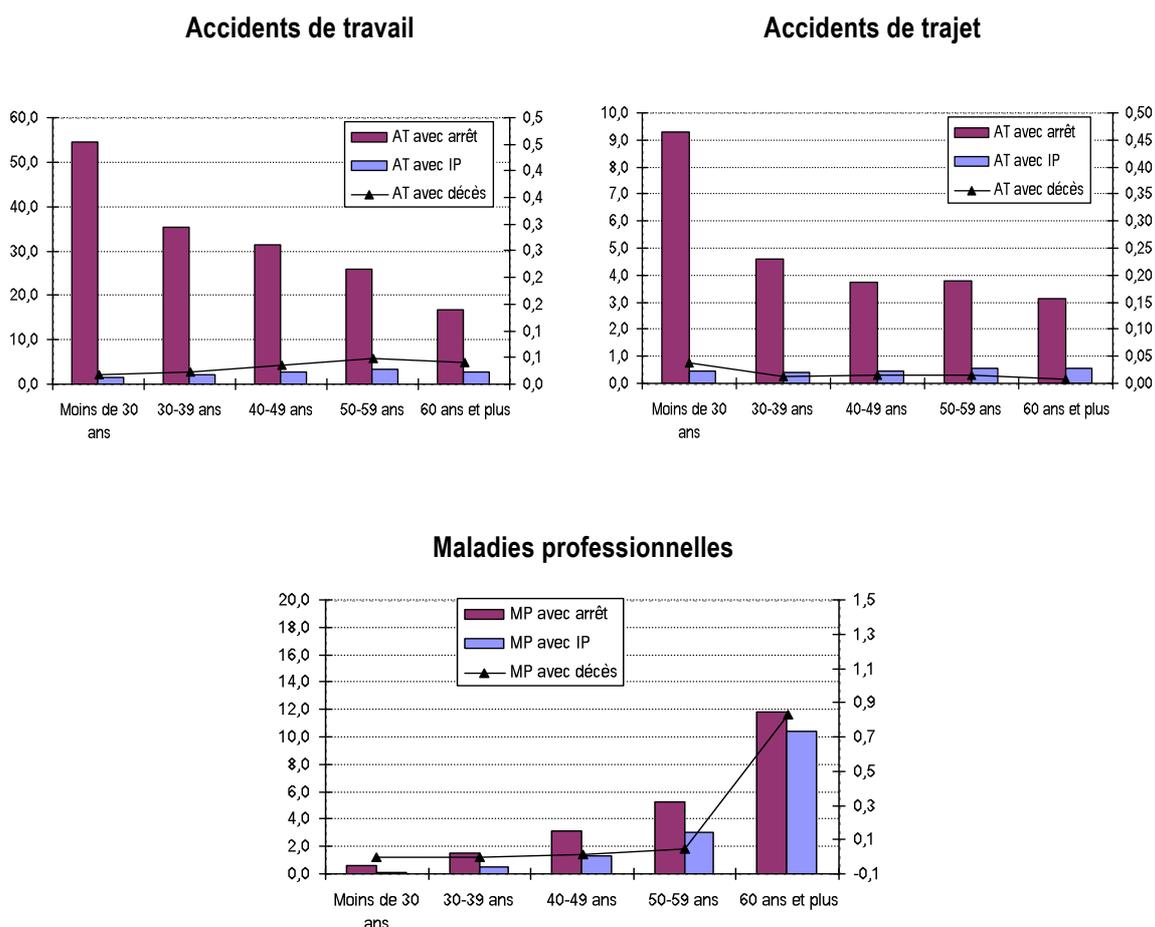
Le taux de maladies professionnelles avec arrêt augmente dans tous les secteurs (+103 % en moyenne de 2000 à 2009), corollaire de la forte progression du nombre de maladies professionnelles sur la période considérée. Les secteurs où l'évolution est la plus forte sont le *commerce non alimentaire* (+257%) et les *activités de service et travail intérimaire* (+246 %) de 2000 à 2009.

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 (c'est-à-dire avec un taux d'incapacité permanente supérieur à 10%) est de 56 ans en 2009. Cet âge les situe à un niveau nettement supérieur à celui des victimes d'accidents du travail (environ 46 ans en moyenne) et, plus encore, à celui des victimes des accidents de trajet qui affectent des personnes plus jeunes (proches de 44 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, du trajet et de maladies professionnels pour 1 000 actifs selon l'âge en 2009



Source : Calculs DSS sur la base de données CNAMTS (statistiques nationales technologiques AT-MP) - 2010.

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.

Les accidents du travail avec arrêt de la classe d'âge des moins de 30 ans représentent 35 % de l'ensemble des AT en 2009. Rapportée à l'effectif des actifs occupés, la fréquence des accidents du travail chez les personnes âgées de moins de 30 ans est de 55 pour 1 000. La sinistralité importante de cette classe d'âge 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 en fonction de la classe d'âge (les classes d'âge s'arrêtent à la catégorie 60 ans et plus).

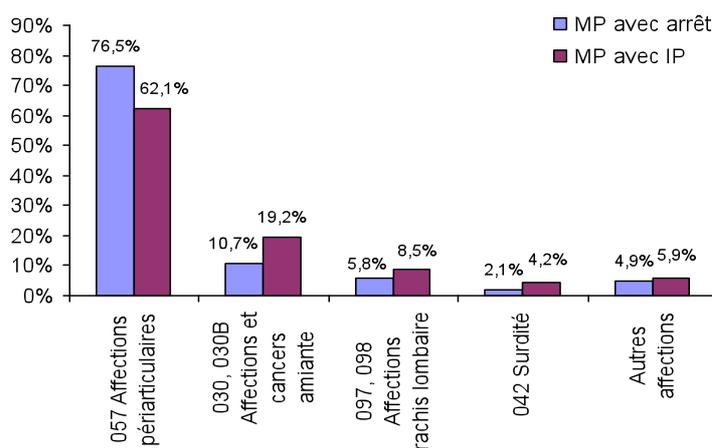
Comme pour les accidents de travail, une part importante des accidents de trajet avec arrêt concerne des personnes de moins de 30 ans (près de 41 % du total, avec une fréquence d'accidents de trajet de 9,3 pour 1 000 actifs occupés). Cette part décroît ensuite rapidement entre 30 et 40 ans (réduite de plus de moitié par rapport à la classe des moins de 30 ans). 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 très fortement avec l'âge, surtout après 60 ans, 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 ne se déclare. C'est le cas en particulier des maladies de l'amiante, qui représentent en 2009 plus de 19 % du flux des maladies professionnelles avec incapacité permanente nouvellement indemnisées par la CNAMTS.

1.4. Ventilation par pathologie des maladies professionnelles 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 49 341 maladies professionnelles avec arrêt dénombrées en 2009 par la CNAMTS, plus 76 % correspondent à des affections péri-articulaires (visées au tableau 57), 11 % à des maladies dues à l'amiante (tableaux 30 et 30bis), 6 % 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 2009)



Source : CNAMTS (statistiques nationales technologiques AT -MP) - 2010.

S'agissant des maladies professionnelles avec incapacité permanente, la répartition par pathologie diffère quelque peu. En effet, certaines maladies donnent par nature plus souvent lieu à l'attribution d'un taux d'incapacité permanente que d'autres : 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 ont donné lieu en 2006 à l'attribution d'une incapacité permanente contre environ 50 % en moyenne sur l'ensemble des autres maladies professionnelles. Dès lors, les maladies dues à l'amiante occupent structurellement une part plus importante dans le total des maladies avec incapacité permanente : elle atteint 19 % (contre 11 % pour les maladies avec arrêt) alors qu'à l'inverse, la part des affections péri-articulaires est ramenée à environ 62 % du total.

Les maladies professionnelles concernent davantage les hommes : tous âges confondus, ils représentent, en 2009, 51 % des victimes de maladies professionnelles avec arrêt mais leur part atteint 58 % parmi les maladies avec incapacité permanente et dépasse 96 % 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 2009 plus de 49 300 nouvelles maladies professionnelles avec arrêt, mais elles ne sont que 24 734 avec incapacité permanente et 564 à entraîner des décès.

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

2.1. Cancers

En 2007, selon les données communiquées à la commission par la Direction des Risques Professionnels de la CNAMTS, près de 1 700 cas de cancers ont été à la fois déclarés, constatés et reconnus par le régime général.

Les études épidémiologiques sur l'incidence des cancers professionnels en France sont peu nombreuses. Les principales informations utilisées lors de la précédente commission n'ont par ailleurs pas été actualisées. Elles proviennent d'études et de rapports de l'Institut de Veille Sanitaire (InVS), ainsi que d'une étude du CIRC, de l'Académie de médecine et des Centres de lutte contre le cancer. En revanche, des éléments nouveaux sont disponibles sur l'incidence

générale des cancers, qui permettent d'actualiser la donnée de 2000 retenue lors de la précédente commission. Alors que l'incidence générale des cancers était de l'ordre de 161 000 nouveaux cas pour les hommes en 2000, un rapport InVS sur l'incidence et la mortalité fait état de 183 485 cas pour 2005²¹.

Aucun élément nouveau ne permettant de remettre en cause la part de ces nouveaux cancers attribuables à des facteurs professionnels, la commission a retenu le même intervalle de fraction de risque attribuable pour les cancers que lors de la commission 2008, soit entre 3 % et 6 % pour les hommes et entre 1,5 % à 6 % chez les femmes²².

Une réactualisation des effectifs de nouveaux cancers attribuables à l'exposition professionnelle a ainsi été faite pour tenir compte de la croissance de l'incidence générale des cancers (tableau 3).

Tableau 3- Cancers attribuables à une exposition professionnelle chez les hommes en France – incidence, année 2005

	Nombre de cas attribuables à une exposition professionnelle, chez les hommes, en France	
	Hypothèse basse	Hypothèse haute
Cancers broncho-pulmonaires	3 135	6 993
Cancers de la vessie	834	1 184
Leucémie	177	654
Mésothéliome pleural	612	659
Cancers nasosinusiens	68	116
Sous-total des 5 principaux cancers	4 826	9 606
Estimation des autres cancers reconnus dans les tableaux de maladies professionnels*	724	1441
Total tous régimes	5 550	11 047
Total régime général	4 190	8 340
<hr/>		
Nombre de cancers incident homme en 2005	183 485	183 485
<hr/>		
Fraction de risque attribuable	3,0 %	6,0 %

* En faisant l'hypothèse que les 5 principaux cancers représentent 85% de l'ensemble des cancers.

Source : InVS pour les 5 principaux cancers ; évaluation CNAMTS/DRP pour les autres cancers ; INVS-FRANCIM, INSERM pour l'incidence générale des cancers

Ces chiffres actualisés concernent l'ensemble de la population (salariés des régimes général, indépendants et autres régimes). L'application d'un ratio de 75,5 % est nécessaire pour passer au champ de la réparation sur le seul régime général. Ainsi, le nombre de cancers attribuables à une exposition professionnelle chez les hommes peut être estimé, tous régimes confondus, entre 5 600 à 11 000 cas (tableau 3). Pour la population des assurés du régime général, une

²¹ L. REMONTET, A. BUEMI, M. VELTEN, E. JOUGLA, J. ESTEVE : « Évolution de l'incidence et de la mortalité par cancer en France de 1978 à 2000 », INVS-FRANCIM, INSERM, Hôpitaux de Lyon.

²² Source : INVS, E. IMBERNON, Département santé travail, « Estimation du nombre de certains cancers attribuables à des facteurs professionnels en France », 2003. 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. Les nombres de cancers estimés sont calculés à partir de données d'incidence de 1995 (dernières données publiées au moment de l'étude) et avaient été « vieillies » jusqu'en 2000 pour la commission de 2008.

fourchette d'environ 4 200 à 8 300 cancers serait attribuable à une exposition professionnelle en 2005.

2.2. 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 2010, selon les données communiquées par la Direction des Risques Professionnels de la CNAMTS²³, plus de 35 676 personnes ont bénéficié d'un premier règlement de prestation par le régime général au titre de la reconnaissance d'une affection périarticulaire (tableau 57), soit une augmentation d'environ de + 4,8 % par rapport à 2009 et de + 26 % depuis 2006. Selon les mêmes données, environ 66 % (22 400 cas) de ces affections périarticulaires concernaient des syndromes du canal carpien en 2009. L'augmentation du nombre de syndromes du canal carpien reconnus sur la période 2006-2009 est de 66 %.

Lors des précédentes commissions, l'évaluation de la sous-déclaration des troubles musculo-squelettiques s'est appuyée sur le programme de surveillance des TMS mis en place en 2002 par le département Santé Travail de l'Institut National de Veille Sanitaire (InVS). Ce programme avait été initié dans la région des Pays de la Loire en coopération avec l'Université d'Angers. Cette étude avait abouti à une estimation d'un taux de sous-déclaration de 46 % pour le canal carpien (soit 9850 cas sous-déclarés), d'un taux de 50 % pour l'épaule douloureuse / enraidie, et enfin, d'un taux de 46 % pour les tendinites du coude, de la main et des doigts.

Toutefois, l'évolution du nombre de reconnaissances du syndrome du canal carpien de l'épaule douloureuse / enraidie, 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 ont conduit la commission à réduire les taux de sous-déclaration des TMS qui avaient été retenus en 2008 et de passer d'un niveau de 46% à un niveau de 30%²⁴ pour trois des pathologies concernées (34% pour l'épaule enraidie ou douloureuse). On aboutirait dès lors aux évaluations suivantes quant au nombre de sous-déclarations : canal carpien 6182 ; tendinites du coude 2913 ; épaule enraidie ou douloureuse 6721 ; tendinite de la main et des doigts 1423

²³ Source : « Bilan statistique et financier 2010 de la branche AT-MP de sécurité sociale », juin 2011, CNAMTS -DRP

²⁴ Cet abattement s'appuie également sur le constat de la croissance très dynamique des demandes de reconnaissances depuis 2006.

2.3. Asthmes et broncho-pneumopathies chroniques obstructives (BPCO)

Les pathologies respiratoires d'origine professionnelle concernent un vaste champ dispersé dans de nombreux tableaux. Dans les maladies broncho-pulmonaires, on peut distinguer (les numéros des tableaux associés figurent entre parenthèses) :

- 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 (syndrome d'Erasmus)
 - 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 (syndrome de Caplan-Colinet) (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.

Différentes études en population générale antérieures à 2005²⁵, que ce soient des études transversales, cas témoins 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 %.

En appliquant une fraction de risque attribuable au caractère professionnel de 10 à 25 % selon les pays²⁶, l'incidence de l'asthme professionnel peut donc être établie entre 248 et 303 cas par million par an, avec une valeur retenue par la commission pour la France plus proche de la valeur basse que de la haute (270 cas par million et par an).

Dans la mesure où l'asthme est une maladie chronique, il est par ailleurs nécessaire d'évaluer sa prévalence. La dernière commission avait retenu une hypothèse de chronicité de 50 % avec une durée moyenne de prise en charge de 18 ans des cas d'asthme incident. Il est possible que ces hypothèses soient davantage vérifiées pour les asthmes professionnels diagnostiqués, c'est-à-dire pour les asthmes professionnels probablement les plus graves. A la lumière de ces nouveaux éléments mis en avant par le Professeur Dalphin (CHU de Besançon), la commission a choisi, par prudence, d'afficher plutôt une fourchette des cas d'asthme prévalent en retenant comme nouvelles hypothèses :

- entre 30 % et 50 % des cas d'asthme incident deviendraient chroniques ;
- la durée moyenne de prise en charge de l'asthme chronique serait comprise entre 12 et 18 ans ;
- la même proportion de sous-déclaration serait retenue pour les asthmes prévalents que pour les asthmes incidents, soit 91 %.

Le nombre de cas d'asthmes prévalents sous-déclarés serait compris entre 21 807 et 46 812.

En ce qui concerne les BPCO, on retient pour la France une fraction de risque attribuable de 15 %²⁷. Si l'on considère qu'il y a 25 millions de salariés au total (tous régimes confondus) et qu'il y a 2 à 3% de BPCO parmi cette population en âge de travailler, on obtient une prévalence estimée de BPCO entre 75 000 et 112 500 cas. Toutefois, la mesure de cette sous-déclaration doit être nuancée car elle ne tient pas compte des conditions très restrictives de reconnaissance en maladie professionnelle des BPCO. Par prudence, la commission a décidé d'abattre le nombre de cas de 50 %. Le nombre de cas de BPCO sous-déclaré au régime général peut alors être évalué entre environ 26 954 et 42 435.

2.4. Dermatoses

Le nombre total de dermatoses professionnelles indemnisées au titre des maladies professionnelles s'élève à environ 694 cas en 2007. Les dermatoses sont réparées par 11 tableaux de maladies professionnelles :

- Tab. 10 : Dermites d'acide chromique et bichromates ;
- Tab. 16 : Dermites des goudrons de houille ;

²⁵ 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.

²⁶ 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.

²⁷ Confirmé par les études récentes, p.ex. Blanc et al, in Thorax 2009, 64

- Tab. 36 : Dermites des huiles et graines minérales ou de synthèse ;
- Tab. 37 : Dermites 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.

Les dermatoses professionnelles²⁸ sont dues à des agents chimiques, physiques ou infectieux. Une partie de ces dermatoses 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 une des causes évoquées de non déclaration. Sur un effectif de 1 829 patients suspect de dermatoses professionnelles consultant à l'hôpital Raymond Poincaré de Garches, seulement 22 % avaient fait leur déclaration de maladie professionnelle à la CPAM.

En se focalisant sur les données de centres d'exploration allergologique, il ressort qu'« un peu plus de 4 % des maladies professionnelles déclarées constatées étaient allergiques²⁹ » avec une très forte représentation des eczémas de contact allergiques (20 à 60 cas) devant l'urticaire (3 à 8 cas), la rhinite professionnelle et même l'asthme (2 à 8 cas).

Les seules données disponibles pour la France sur la fréquence des eczémas de contact allergique professionnels correspondent aux chiffres de la sécurité sociale de 2002 indiquant que les eczémas professionnels représentent 2,7 % de la totalité des maladies professionnelles reconnues en France

Certaines professions (coiffeurs ou professions médicales et paramédicales) seraient plus sujettes à ce type d'affections. Une étude finlandaise de 1998 évaluait la prévalence des allergies cutanées dans le secteur de la coiffure à 2,8 %. Une étude allemande de 2002 conclut que la majorité des dermatoses professionnelles (qui touchent les mains) concerne plus particulièrement certains secteurs : la coiffure (la moitié), l'alimentation (1/10), le secteur de la santé (1/10), la métallurgie, la mécanique, la construction, le bâtiment, etc.

L'incidence des dermatoses professionnelles était évaluée entre 0,5 et 0,7 pour 1 000 travailleurs par an en 2002, alors que dans les années quatre-vingt, le chiffre avancé était de 1 à 2 % des salariés en activité. Les dermatoses professionnelles représentaient alors 50 à 70 % des maladies professionnelles³⁰. Elles semblent avoir proportionnellement diminué puisque quatre ans plus tard, en 2006, les chiffres de Paris-Ile de France correspondent toujours à l'estimation initiale de 0,5 à 0,7 pour 1 000 travailleurs mais avec une représentation en baisse au sein des maladies professionnelles puisqu'elles ne représentent plus que 5 % des maladies professionnelles reconnues³¹. Cette baisse relative de la représentation de la dermatologie

²⁸ Classées habituellement en dermites d'irritation et en dermatoses allergiques - ces dernières regroupent deux grands types de pathologies : l'urticaire professionnel et l'eczéma de contact.

²⁹ Allergies en milieu professionnel, mise à jour le 8 mars 2005.

³⁰ Frimat P., Revue du Praticien, 2002, 52, 1408.

³¹ Documents pour le médecin du travail, n°106, INRS, 2006.

parmi les pathologies déclarées en maladies professionnelles tient probablement à l'émergence massive d'autres affections, notamment les troubles musculo-squelettiques.

Selon ces données, présentées à la commission par le Professeur Géraud, en considérant qu'il y a 25 millions de salariés au régime général, le nombre de cas incidents de dermatoses professionnelles pour le régime général serait compris entre 15 000 et 30 000 cas. Or 694 dermatoses ont été reconnues par la branche AT/MP en 2007 ; le nombre de cas de dermatoses professionnelles incident sous-déclarées peut donc être évalué entre 14 306 et 29 306.

2.5. Affections du rachis lombaire, dorsalgies, lombalgies

Depuis la précédente commission, aucune donnée complémentaire n'a été produite qui permette d'évaluer la sous-déclaration des affections du rachis lombaire. En conséquence, les développements qui suivent reprennent les conclusions de la commission 2008.

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 France³². Ces dernières années, environ 2 900 cas ont été reconnus par an. Toutefois, cette définition médico-légale n'englobe pas l'ensemble des pathologies qui correspondent au vocable « lombalgie/dorsalgie ».

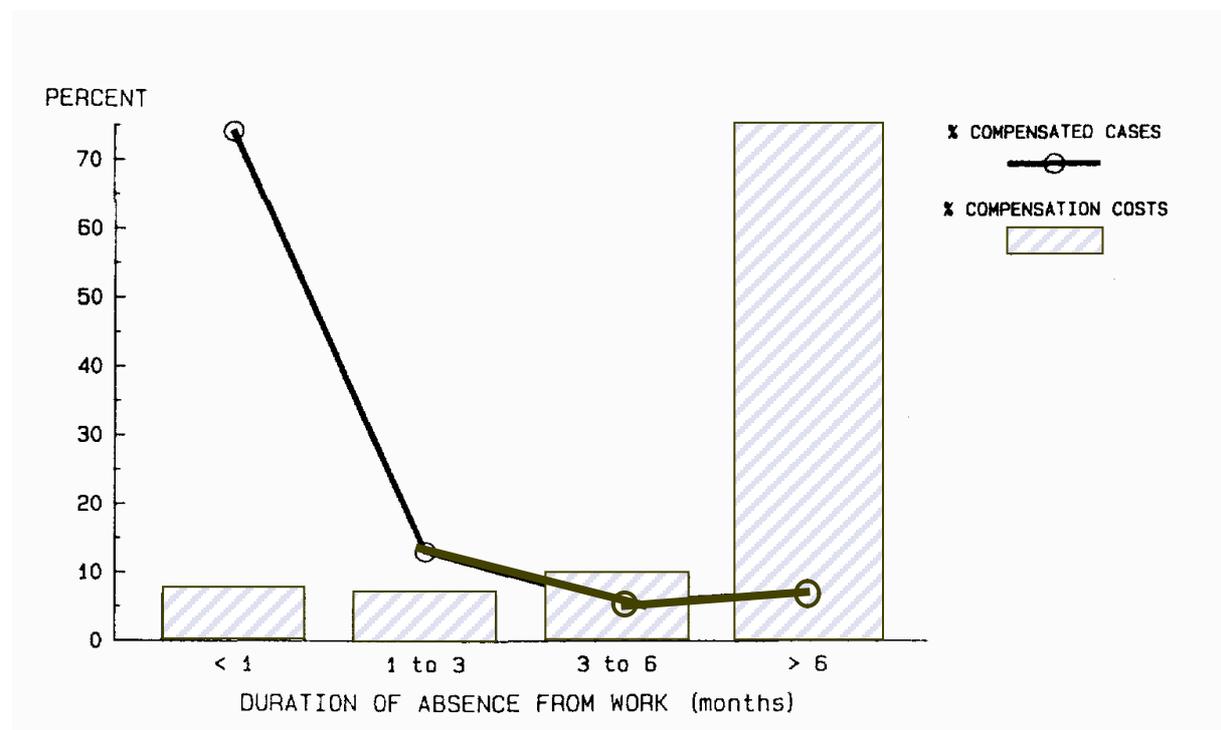
Les données françaises disponibles sont en accord avec ce qui est retrouvé dans la quasi-totalité des études, à savoir que les lombalgies sont plus fréquentes que les cervicalgies et les dorsalgies. Les arrêts de travail sont aussi plus fréquents pour cette localisation. Les cervicalgies occasionnent très peu d'arrêt de travail : la fréquence annuelle est de l'ordre de 1 % dans une population où le niveau de plaintes concernant la région cervicale est pourtant élevé³³.

De façon générale, les épisodes de douleur lombaire se résorbent en 7 à 14 jours (Coste, Delecoeuillerie, Cohen de Lara, Le Parc et Paolaggi, 1994 ; Paolaggi, 1996). Spitzer et ses collaborateurs (1987) illustrent la durée de l'incapacité à retourner au travail en raison d'un mal de dos par une courbe exponentielle décroissante selon laquelle 74,2 % des individus y retournent en moins d'un mois et 9,4 % en deux mois (graphique 1).

³² 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.

³³ Leclerc et al. 1999 dans « Lombalgies en milieu professionnel. Quels facteurs de risque et quelle prévention ? », INSERM, 2000.

Figure 1 : Données canadienne sur le nombre et le cout des lombalgies (Spitzer & al., 1987)



D'après le rapport de l'Institut de Recherche en Santé et en Sécurité du travail (IRSST)³⁴, en 2000 au Québec, les maux de dos représentaient plus de 28% des lésions professionnelles avec indemnisation. Près de 36 000 travailleurs s'absentaient de leur travail pendant une durée moyenne de 48,1 jours, soit une augmentation de 4,8 jours par rapport à 1997 ; 54 % s'étaient absents pendant deux semaines ou moins alors qu'environ 14 % avaient dépassé 90 jours d'absence. Pour les seuls cas où une indemnisation a été versée, plus de 425 millions de dollars ont été déboursés en frais directs par la commission de la santé et de la sécurité du travail (CSST) en 2000 pour les maux de dos. Il est d'autre part reconnu que la très grande majorité des ressources allouées aux maux de dos chez les travailleurs, soit environ 80%, est dirigée vers les problèmes les plus sévères, soit ceux ayant nécessité une absence du travail de plus de six mois, qui représentent moins de 10% de tous les cas. Le problème des maux de dos est étroitement associé au caractère récurrent de ces difficultés. Rossignol et ses collaborateurs (1992) ont observé un taux de récurrence de 36,3%, dans une cohorte de 2 342 travailleurs indemnisés par la CSST suivis pendant trois ans, et la durée d'absentéisme avait tendance à augmenter pour chaque épisode subséquent.

La lombalgie est d'origine multifactorielle. A l'heure actuelle la littérature classe les principaux facteurs de risque en trois catégories, qui peuvent être cumulées par une même personne :

- les facteurs personnels tels que le sexe, l'âge, la taille ou le poids. Dans ce groupe, sont inclus généralement les facteurs psychologiques personnels (type de personnalité) ;
- les facteurs d'exposition à des agents de pénibilité physique au travail et hors travail ;

³⁴ « Le pronostic occupationnel des travailleurs aux prises avec des affections vertébrales », C. Dionne, R. Bourbonnais, P. Frémont, M. Rossignol, S. Stock, Etudes et recherches / rapport R-356, Montréal, IRSST, 2004.

- les facteurs psychosociaux au travail : il s'agit de contraintes qui se situent à l'intersection des dimensions individuelle, collective et organisationnelle de l'activité professionnelle.

La question de l'importance en nombre et en coût de la lombalgie liée au travail est documentée, comme en témoigne le nombre de documents consensuels disponibles. Une étude du service médical de la CNAMTS³⁵ confirme la réalité de ce problème pour le régime général en observant qu'environ 25 % des arrêts pour maladies de longue durée ont un lien avec un problème rhumatologique. Plus encore, 45 % des arrêts sont en rapport avec un problème rhumatologique et psychique, deux affections très liées entre elles et favorisées par le travail.

Pour autant, la complexité de la question est telle, à ce jour, que la commission n'a pas pu évaluer la sous-déclaration des affections dorsales et lombaires.

2.6. Surdités

Selon une étude réalisée par l'Agence Française de Sécurité Sanitaire Environnementale (AFFSE) en 2004, 21,3% des 23,5 millions de 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 5 million le nombre de personnes ayant un problème de surdité en population générale, soit 4 million 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 13 200 le nombre de surdités d'origine professionnelle, dont on peut déduire les 1 214 reconnaissances par la CNAMTS en 2007. On estime ainsi à 12 751 le nombre de cas sous-déclarés.

2.7. Les accidents du travail

En 2008, les statistiques de la Direction des Risques Professionnels de la CNAMTS font état de 701 253 millions d'accidents du travail avec arrêt et environ 300 000 AT sans arrêt.

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 abouti à des frais médicaux. Par ailleurs, l'enquête interroge également bien sur le fait de savoir si le dernier accident survenu

³⁵ Source : Enquête du service médical de la CNAM-TS (Octobre 2004) sur les arrêts maladies de longue durée.

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'enquête³⁶. Plus de 100 000 accidents du travail avec arrêt serait donc sous-déclarés.

Toutefois, 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 corrigé ses données pour tenir compte de cet effet, en utilisant un taux de poly-accidentés de 4% (données de la CNAM-TS) et estime à 756 500 le nombre d'accidents avec arrêt. On dénombre par ailleurs 701 000 accidents reconnus par la CNAM-TS, soit un taux de couverture de 92,7% (en prenant 2008 comme année de référence pour la CNAM-TS). Ce qui aboutirait à un effectif d'AT avec arrêt sous-déclarés de 56 000 environ.

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. Le nombre d'AT avec arrêt sous-déclarés retenu est ainsi de 40 000.

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) (tableau 4). Ces chiffres conduiraient à une sous-déclaration de l'ordre de 249 000 accidents sans arrêt. 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 ont conduit la commission à rester prudente en maintenant la méthode d'estimation retenue par la précédente commission sur le nombre d'accident de travail sans arrêt. Ainsi, environ 20% de l'écart entre l'estimation de la Dares et le nombre d'AT reconnus par la Cnam (248 494) ont été retenus, soit 55 000 cas sous-déclarés.

³⁶ 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.

3. Evaluation des coûts moyens des pathologies retenues

Préambule : méthodologie d'évaluation de la sous-déclaration

L'évaluation des dépenses dues aux accidents de travail et maladies professionnelles qui auraient dû être imputées à la charge de la branche AT-MP (sous-déclaration des accidents du travail et des maladies professionnelles) présuppose de disposer de données sur la population concernée et sur le coût par personne de ces accidents et maladies professionnelles (coût moyens). 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).

L'évaluation de la sous déclaration présentée dans ce rapport est réalisée à partir d'un coût moyen longitudinal lorsque les données épidémiologiques disponibles sont des données 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).

Afin d'évaluer les coûts des pathologies retenues par la commission, différentes pistes ont été explorées : utiliser les statistiques de la branche AT/MP, celles de la branche maladie sur laquelle pèse la sous-déclaration ou encore des études comme celle de l'Institut National du Cancer (INCA) qui avait été utilisée par la précédente commission.

3.1. Eléments de coût issus des données de l'assurance maladie

Plusieurs pathologies retenues par la commission entrent dans le champ des affections de longue durée (ALD), en particulier les cancers, classés par l'assurance maladie en catégorie ALD30 « tumeurs malignes ». Les études et statistiques produites par la branche maladie de la CNAMTS sur ces thèmes peuvent donc donner des indications sur les coûts associés aux pathologies étudiées.

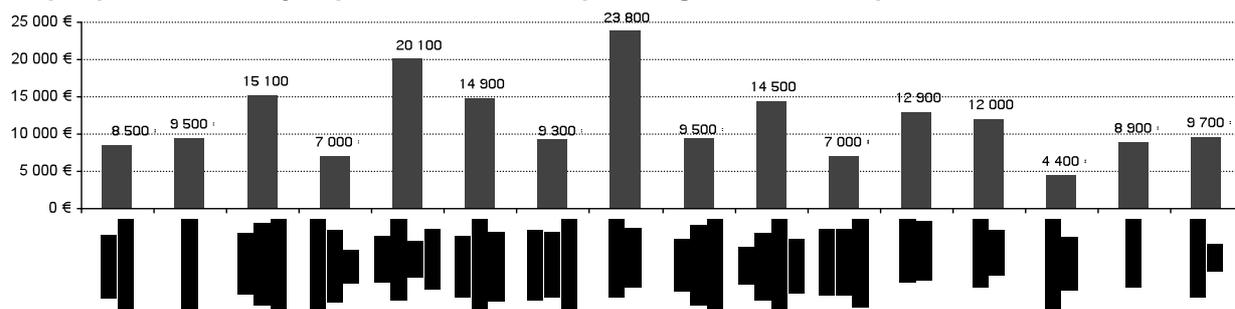
La CNAMTS a récemment actualisé le panorama des dépenses et coûts moyens associés aux différentes pathologies en ALD³⁷ à partir de l'information disponible dans le SNIIR-AM (système national d'information inter-régimes de l'assurance maladie). Exploitée dans le cadre d'une analyse pour le rapport de la commission des comptes de la sécurité sociale³⁸, l'information produite fait état des dépenses de soins pour l'année 2010 et de leurs évolutions entre 2005 et 2010.

Les dépenses de remboursement des soins aux personnes atteintes de pathologies sévères et prises en charge par l'assurance maladie à 100 % s'établissent en 2010 à 100 Md€ (total du régime général, y compris sections locales mutualistes³⁹). Elles concernent plus de 10 millions de personnes pour un coût moyen neuf fois plus élevé que le coût moyen du reste de la population. Les cancers constituent le deuxième poste de dépenses (après les pathologies cardiovasculaires), avec 18 % du total des dépenses de soins en ALD. Leur coût moyen par personne malade, qui s'établit à 9 500 € en 2010, ne figure pas parmi les plus élevés (cf. graphique 1) mais les effectifs concernés sont importants.

De 2005 à 2010, les prestations en nature pour les ALD ont été près de 3 fois plus dynamiques que les dépenses pour les pathologies hors ALD, avec un taux de croissance annuel moyen de + 4,9 % contre 1,8 % (cf. tableau 5). Cette progression est attribuable pour les trois quarts à la croissance des effectifs.

Pour les cancers également, c'est la dynamique des effectifs (+5,2 % en moyenne annuelle) qui a porté la croissance des dépenses sur la période 2005-2010 (+2,7 %) alors que le volume de soins par patient s'est réduit, en raison, selon la CNAMTS, d'une déformation au cours du temps de la structure de prise en charge de ces maladies, avec une modération des dépenses hospitalières (au profit des dépenses de médicaments). 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).

Graphique 8 : coût moyen par tête estimé des pathologies en ALD, dépenses de soins, 2010



Source : CNAMTS
Champ : RG, France entière

³⁷ 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.

³⁸ « Dynamique des dépenses d'assurance maladie et des coûts par pathologie », éclairages maladie, rapport de la commission des comptes de la sécurité sociale de septembre 2010. <http://www.securite-sociale.fr/chiffres/ccss/2010/ccss201009.pdf>. L'ensemble des développements qui suivent sont repris de cet éclairage.

³⁹ Ce montant correspond à une estimation du régime général y compris les SLM qui a été réalisée en appliquant un coefficient correcteur pour chacune des pathologies. Les sections locales mutualistes (SLM) ont un rôle de gestion de l'Assurance maladie obligatoire et/ou complémentaire, elles comprennent pour l'essentiel les assurés de la fonction publique, le régime des étudiants et des salariés de l'Education nationale.

Tableau 5 : évolution des dépenses de soins pour la branche maladie, 2005-2010

	ALD	hors ALD	Ensemble des assurés
2005-2006	4,9%	0,4%	3,1%
2006-2007	5,6%	2,0%	4,1%
2007-2008	4,5%	1,8%	3,4%
2008-2009	4,2%	3,8%	4,0%
2009-2010	5,4%	1,1%	3,8%
TCAM 2005/2010	4,9%	1,8%	3,7%

Source : CNAMTS, calculs DSS

Champ : RG, France entière

3.2. 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. Plusieurs types de coûts moyens ont été transmis : un coût moyen transversal – soit le coût moyen d’une maladie professionnelle une année donnée –, et un coût moyen longitudinal, calculé sur trois ans à partir de la date du 1^{er} règlement d’une prestation en espèce ou en nature.

Concernant le coût transversal, la méthodologie retenue ici consiste à rapporter l’ensemble des coûts des sinistres (somme des prestations en espèces et en nature) de 2007, au nombre de sinistres ayant engendré ces coûts en 2007.

Le coût moyen longitudinal, quant à lui, comprend les coûts observés sur 3 ans des sinistres ayant fait l’objet d’un premier versement de prestation en espèces en 2007. Il rapporte les prestations en nature et en espèces de 2007, 2008 et 2009 issus de ces sinistres à leur nombre.

Les coûts longitudinaux se rapportent aux sinistres survenus une année donnée, pour lesquels on suit l’incidence financière sur trois ans. Il s’agit donc bien des coûts relatifs à des sinistres incidents (c’est-à-dire survenus l’année considérée). Les coûts transversaux, par contre, concernent les sinistres observés sur une période donnée (2003-2009) qui ont fait l’objet de coûts l’année considérée (2007). Ces coûts, calculés sur une année, s’appliquent à un stock de sinistres indemnisés au cours de cette année (notion de prévalence en termes de sinistres).

En ce qui concerne les accidents sans arrêt, les coûts moyens transversaux sont évalués comme la somme des PN versées en 2007 pour les accidents sans IJ en 2007, rapportée à tous les accidents sans arrêt de 2007. Le champ d’observation est l’ensemble des accidents n’ayant pas fait l’objet d’une prestation en espèce entre 2003 et 2009.

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.

Tableau 6 : Pourcentages de maladies professionnelles n'engendrant aucun frais pour la branche AT/MP

	Nombre de MP reconnues en 2007	% de MP sans frais en 2007
Canal carpien	11 127	12%
Epaule enraidie/douloureuse	9 884	7%
Tendinite du coude	5 243	16%
Tendinite de la main et des doigts	2 561	16%
Cancers professionnels	1 678	9%
Affections du rachis lombaire	2 798	5%
Surdité	1 214	3%
Dermatoses allergiques et irritatives	694	21%
Asthme	199	22%
Broncho-pneumopathie chronique obstructive	17	7%

Source : Direction des Risques Professionnels - CNAMTS

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. Ils peuvent être toutefois assez élevés : 22 % des patients reconnus en 2007 comme souffrant d'asthme n'ont engendré aucun soin pour la branche AT/MP en 2007.

L'explication de ce phénomène réside probablement dans 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 n'est pas non plus improbable 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.

Les données de la DRP de la CNAMTS distinguent ce qui découle des prestations en nature (remboursements de soins...) et ce qui découle des prestations en espèce (indemnités journalières) (tableau 7).

Tableau 7 : Coûts moyens transversaux, longitudinaux et taux moyen d'indemnités journalières des différentes pathologies – données initiales 2007

Pathologies professionnelles		Prestations	Analyse transversale	Analyse longitudinale	Taux d'IJ moyen
			Coût moyen annuel année 2007	Coût longitudinal moyen cumulé à 3 ans	
Principaux syndromes du tableau 57 : affections périarticulaires	Canal carpien	IJ	2775	4330	75%
		PN	448	633	
	Epaule enraidie/douloureuse	IJ	4 381	10 003	78 %
		PN	891	1 775	
	Tendinite du coude	IJ	2 807	4 963	75 %
		PN	433	674	
	Tendinite de la main et des doigts	IJ	2 460	3 664	74%
		PN	365	478	
Cancers professionnels (cancers liés à l'amiante, benzène, goudron, bois...)		IJ	4 119	3 804	71 %
		PN	2 736	1 996	
Affections du rachis lombaire (tableaux 97 et 98)		IJ	4 586	11 585	78%
		PN	1 098	1 797	
Surdité (tableau 42)		IJ	115	37	60 %
		PN	157	52	
Dermatoses allergiques et irritatives		IJ	1521	3 075	73 %
		PN	232	140	
Asthme		IJ	1473	4 587	74%
		PN	846	561	
Broncho-pneumopathie chronique obstructive		IJ	871	3 338	74 %
		PN	1070	526	

IJ : indemnités journalières, PN : prestation en nature

Source : Direction des Risques Professionnels de la CNAMTS

Dans le cas de sinistres (accident 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 (tableau 7).

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 recalcul du montant d'IJ moyen sur la base de 50 % doit être opéré lors de l'utilisation de statistiques provenant de la branche AT/MP (tableau 8).

La valeur moyenne de l'IJ de chaque pathologie est calculée de la façon suivante :

$$IJ_{\text{maladie recalculée}}^{\text{pathologie } i} = IJ_{\text{AT/MP}}^{\text{pathologie } i} \times \frac{50\%}{\text{Taux IJ moyen}^{\text{pathologie } i}}$$

Tableau 8 : Coûts moyens transversaux et longitudinaux des pathologies sous-déclarés (2007)

Pathologies professionnelles		Prestations	Analyse transversale	Analyse longitudinale
			Coût moyen annuel année 2007	Coût longitudinal moyen cumulé à 3 ans
Principaux syndromes du tableau 57 : affections périarticulaires	Canal carpien	IJ	2062	3 785
		PN	469	759
		TOTAL	2 531	4 544
	Epaule enraidie/douloureuse	IJ	3 204	8 579
		PN	944	2 161
		TOTAL	4 148	10 740
	Tendinite du coude	IJ	2 228	5 057
		PN	478	941
		TOTAL	2 701	5 998
	Tendinite de la main et des doigts	IJ	1 892	3 546
		PN	390	623
		TOTAL	2 282	4 169
Cancers professionnels (cancers liés à l'amiante, benzène, goudron, bois...)	IJ	3 542	2 856	
	PN	2 878	2 434	
	TOTAL	6 420	5 290	
Affections du rachis lombaire (tableaux 97 et 98)	IJ	3 169	8 581	
	PN	1 146	2 317	
	TOTAL	4 315	10 898	
Surdité (tableau 42)	IJ	133	30	
	PN	148	56	
	TOTAL	281	86	
Dermatoses allergiques et irritatives	IJ	1 699	3 059	
	PN	174	195	
	TOTAL	1 873	3 254	
Asthme	IJ	1 673	3 840	
	PN	782	792	
	TOTAL	2 455	4 632	
Broncho-pneumopathie chronique obstructive	IJ	913	1 457	
	PN	624	1 190	
	TOTAL	1 537	2 647	

IJ : indemnités journalières, PN : prestation en nature

Source : Direction des Risques Professionnels de la CNAMTS – calcul DSS

De façon analogue, la DRP a fourni les coûts moyens transversaux des accidents du travail avec et sans arrêt pour 2007, d'une valeur respective de 1 979 € et 193 €. 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 engendrés des frais.

Une autre évaluation du coût des cancers a été réalisée par l'Institut National du Cancer (INCA) en 2007, portant sur les coûts de l'année 2004.

4. Cas particulier : l'estimation du coût des cancers

Deux méthodes d'estimation du coût des cancers ont été utilisées : l'actualisation du coût global des cancers fourni par l'INCA en 2004 ; l'évaluation du coût moyen transversal de la CNAMTS désagrégé, type de cancer par type de cancer, en utilisant des données de prévalence.

4.1. Coût des cancers en France selon l'étude de l'Institut National du Cancer (INCA)

⁴⁰

L'étude de l'Institut National du Cancer a déjà été utilisée par la précédente commission. 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 et 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 journalières. 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 (tableau 3).

⁴⁰ « Analyse économique des coûts du cancer en France », INCA, mars 2007.

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 (SAE)	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%

Sources : PMSI ; DHOS ; Weill, Chinaud et al. (2005) ; Fenina, Geffroy et al. (2006) ; traitements Institut National du Cancer.

Tableau 10 : Déclinaison des coûts des cancers par localisation tumorale en 2004

En millions d'€	Coût total	dont soins en établissements	dont soins de ville
Appareil digestif	2 110	1 552	558
Hématologie	1 386	976	409
Sein	1 456	797	659
Appareil respiratoire	1 008	714	294
Organes génitaux masculins	965	512	453
Voies aéro-digestives supérieures	615	421	194
Voies urinaires	589	399	189
Organes génitaux féminins	443	296	148
Peau	226	146	80
Système nerveux central	188	143	45
Thyroïde et autres g.e.	97	59	38
Tissus mous	70	45	24
Os	69	45	24
Œil	11	7	4
Méta,SMD et autres localisations	1 624	1 072	552
Total	10 858	7 185	3 673

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

Les coûts individuels suivants sont estimés à partir des coûts totaux de la prise en charge rapportés aux flux d'effectifs de nouveaux patients concernés. Il s'agit, encore une fois, d'ordres de grandeur.

Tableau 11 : coûts individuels par localisation tumorale en 2004

En €	Coûts moyens
Appareil digestif	29 000
Hématologie	46 000
Sein	19 000
Appareil respiratoire	26 000
Organes génitaux masculins	13 000

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

Ces chiffres sont cohérents avec des études microéconomiques réalisées à partir du suivi des coûts du parcours de soin de cohortes de patients :

- *Borella et Paraponaris 2002* : prise en charge primaire du cancer du sein hors récurrence en 1999 : 14 399€ ;

- *Com-Ruelle, Lucas-Gabrielli et al. 2005* : coût moyen de la prise en charge hospitalière, en Ile-de-France, d'un patient atteint d'un cancer du côlon estimé à 24 000 euros en 2002.

Afin de pouvoir comparer les données issues de l'étude de l'INCA et celles fournies par la Direction des Risques Professionnels de la CNAM, une actualisation du coût du cancer en 2007 a été menée tout en se limitant au périmètre du régime général hors sections locales mutualistes (SLM) qui correspond au champ du régime général pour la branche AT/MP. En 2004, ce champ couvre 47,1 millions de personnes en France⁴¹, ce qui représente un poids de 75,5 % au sein de la population totale⁴².

Actualisation du coût des cancers de l'INCA pour 2010

Actualisation du coût des prestations en nature :

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 $\frac{3}{4}$ de la progression annuelle moyenne du total des dépenses de soins pour les patients en ALD⁴³. 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. Compte tenu de ces évolutions, le montant INCA de 10,9 milliards d'euros en 2004 s'établirait à 13,4 milliards d'euros pour 2010. 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 10,1 milliards d'euros⁴⁴.

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 2008⁴⁵. 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 5 300€ en 2010. Ce coût moyen d'IJ maladie peut ensuite être converti en coût moyen d'IJ MP en appliquant la formule présentée *supra* (page 14), en considérant un taux moyen d'IJ de 78%. En appliquant ce coût moyen ainsi estimé à 8 300 € aux près 1,6 million d'assurés estimés pour 2010 et en supposant un taux de recours stable aux IJ sur la période, le montant total des prestations en espèces appliqué aux cancers serait de l'ordre de 1,6 milliard d'euros pour 2010.

Au total, le coût global des cancers pour le régime général, y compris les indemnités journalières, s'établiraient à 11,1 milliards d'euros en 2010. En rapportant ce coût total au

⁴¹ « Les aspects économiques des affections de longue durée », Vallier et al., Actualité et Dossier en Santé Publique n°59, juin 2007.

⁴² Selon l'INSEE, la population française France entière au 1^{er} janvier 2005 s'établissait à 61,2 millions d'habitants.

⁴³ Cf. infra, partie 3.1. Source : « Dynamique des dépenses d'assurance maladie et des coûts par pathologie », éclairages maladie, rapport de la commission des comptes de la sécurité sociale de septembre 2010

⁴⁴ 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'ALD30 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).

⁴⁵ 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 (1,6 million de personnes), un coût moyen de 7 800 € peut être obtenu. En excluant les IJ, le coût moyen baisse à environ 7 400 €.

Ces valeurs de coûts moyens sont du même ordre de grandeur que celles issues de l'étude de la CNAMTS analysée au début de cette section. 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 % (correspondant à la croissance annuelle moyenne des remboursements à coût constant), cela revient à un coût moyen estimé pour 2010 de respectivement 9 317€ pour le coût total et 6 219 € pour les soins « en rapport ». Comme indiqué plus haut, étant donné que le coût moyen des soins uniquement en rapport avec la pathologie sous-estime probablement le coût réel, l'évaluation de l'INCA, qui se situe entre les deux, peut être considérée comme une bonne approximation.

Compte tenu des estimations relatives à la fréquence des cancers d'origine professionnelle⁴⁶, 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 de 58% d'hommes contre 42% de femmes, on peut estimer le coût de la sous-déclaration des cancers entre 251 M€ et 657 M€ en 2010.

4.2.Coût des cancers en France selon les coûts moyens par type de cancer

Cette seconde estimation est basée sur l'évaluation du coût moyen transversal de la CNAM (actualisé jusqu'en 2010 par le taux de croissance de l'ONDAM) désagrégé, type de cancer par type de cancer, en utilisant des données de prévalence.

On retient ici aussi deux fourchettes : une basse à 3% de cancers d'origine professionnelle chez les hommes (contre 1,5 % chez les femmes) et une fourchette haute à 6 % de cancers d'origine professionnelle chez les hommes et les femmes. On suppose là aussi que 58% des effectifs en ALD sont des d'hommes et 42% des femmes.

Selon cette méthode, l'estimation du coût des cancers se situerait ici entre 387 M€ et 904 M€.

D'autres méthodes d'évaluation de la sous-déclaration liée aux cancers ont été testées, notamment une méthode reposant sur les coûts moyens des MP ayant engendré un premier règlement en espèces, en alternative à celles présentées ci-dessus qui retiennent toutes les MP y compris les MP sans frais. Compte tenu du fait que les ordres de grandeur ne sont pas incompatibles d'une méthode à l'autre, et qu'aucune méthode ne l'emporte sur les autres en termes de raisonnement, le choix a été fait de la continuité avec la commission de 2008, qui s'appuyait sur la donnée agrégée fournie par l'INCA.

⁴⁶ cf. partie 2.1 supra.

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

Cette partie fait la synthèse des précédentes en récapitulant le nombre de cas sous-déclarés pour chaque pathologie et accident ainsi que les coûts moyens associés retenus par la commission.

Pathologies professionnelles		Nombre de cas sous-déclarés	Coût moyen annuel année 2010	Coût total de la sous-déclaration (millions d'€)
Principaux syndromes du tableau 57 : affections périarticulaires	Canal carpien	6 182	3 883	24,0
	Epaule enraidie/douloureuse	6 721	9 316	62,6
	Tendinite du coude	2 913	4 394	12,8
	Tendinite de la main et des doigts	1 423	3 223	4,6
Cancers professionnels (cancers liés à l'amiante,		3 à 6%	-	251,3 - 657,0
Affections du rachis lombaire (tableaux 97 et 98)		-	-	-
Surdité (tableau 42)		12 751	279	3,6
Dermatoses allergiques et irritatives		14 306 - 29 306	2 511	35,9 - 73,6
Asthme		21 807 - 46 812	2 032	44,3 - 95,1
Broncho-pneumopathie chronique obstructive		26 954 - 42 435	1 830	49,3 - 77,7
Accidents du travail	Avec arrêt	40 000	2 184	87,3
	Sans arrêt	55 000	213	11,7
TOTAL				587 - 1 110

Note de lecture : pour les cancers, la fourchette correspond à l'origine professionnelle des cancers. En appliquant cette fourchette au coût total des cancers estimé selon l'INCA, réduit au champ du régime général, et en retranchant le coût des cancers d j   indemnisés par la branche AT/MP en 2006 (12,9 millions d'euros), le coût de la sous-déclaration des cancers est obtenu.

La sous-déclaration des accidents du travail et des maladies professionnelles peut être évaluée à une fourchette allant de 587 millions d'euros et 1,1 milliards d'euros, dont 3,6 M  seulement du fait du chiffrage d'une pathologie non évaluée en 2008 (surdité).

V^{ème} partie :

Préconisations de la commission

1°) Les médecins

- Formation et information des médecins :

- les ministères chargés de la santé et de l'enseignement supérieur devraient s'attacher à ce que les commissions nationales compétentes (CNIPI ET CPNES) promeuvent un enseignement 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 ;

- 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 ;

- 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 CCPP, 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.

- La médecine du travail :

- 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 ;

- 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 de la déclaration de droit commun (maladies des tableaux), confusion qui entraîne nombre d'échecs des déclarations. A cette fin, ils devraient disposer de formulaires différents.

- 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 cumul entre rente AT-MP et pension d'invalidité, la réglementation en la matière confinant à l'opacité.

2°) Les victimes :

- 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 ;

- 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).

3°) Les entreprises

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.

4°) La prise en charge des soins et actes relevant de la branche AT/MP :

- 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 ;

- 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.

5°) Poursuivre et accélérer l'actualisation des tableaux des maladies professionnelles pour tenir compte des connaissances épidémiologiques et scientifiques nouvelles :

6°) Poursuivre l'effort d'harmonisation des taux de reconnaissance et des taux d'IP attribués par les médecins conseils.

La CNAMTS doit prolonger les actions 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.

7°) Améliorer la collecte de l'information

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 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. L'objectif serait d'obtenir une cartographie des arrêts maladie par bassin d'emploi, ouvrant ainsi des perspectives nouvelles en matière de prévention.

ANNEXES

Annexe n° 1
Suites données aux préconisations de la précédente
commission (rapport de juin 2008)

Propositions	Mise en œuvre	Observations
<p>Faire en sorte que le document unique d'évaluation des risques (DUER) soit porté à la connaissance de chaque salarié et conservé par lui</p>	<p>L'article L. 4121-4 du code du travail (issu du décret n°2008 -1347 du 17 décembre 2008 relatif à l'information et à la formation des travailleurs sur les risques pour leur santé et leur sécurité) prévoit qu'il est tenu à la disposition des travailleurs et qu'un avis indiquant les modalités d'accès des travailleurs au document unique est affiché à une place convenable et aisément accessible dans les lieux de travail. Dans les entreprises ou établissements dotés d'un règlement intérieur, cet avis est affiché au même emplacement que celui réservé au règlement intérieur.</p> <p>Auparavant le document unique était uniquement tenu à la disposition de l'inspecteur du travail, du médecin du travail et du CHSCT.</p>	<p>Le plan santé au travail 2010-2014 prévoit (action 28) de relancer la démarche d'évaluation des risques professionnels en :</p> <ul style="list-style-type: none"> - favorisant le développement du DUER dans les entreprises ; - poursuivant la diffusion sur le site « travailler mieux » des guides méthodologiques sur le DUER ; - promouvant le DUER par une campagne de communication axée sur la démarche de prévention et les plans de prévention des risques en entreprises ; - renforçant les interventions de conseil et de contrôle de l'inspection du travail et des services de prévention des CARSAT en vue d'assurer l'effectivité de la rédaction des DUER et de la définition et mise en oeuvre des plans d'action ; - renforçant le rôle de conseil du médecin du travail lors de l'élaboration du DUER par le chef d'entreprise.
<p>Reprendre la pratique du suivi post-professionnel qui reste aujourd'hui modeste en dehors du cas de l'amiante (notamment pour les poussières de bois)</p>	<p>1°) La Société française de médecine du travail a publié en février 2011 des recommandations concernant la surveillance médico-professionnelle des travailleurs exposés à l'action cancérigène des poussières de bois qui portent notamment sur le suivi médical, en proposant des modalités de dépistage des adénocarcinomes naso-sinusiens en deuxième partie de vie professionnelle et au delà de la période d'activité.</p> <p>Ces recommandations s'inscrivent dans le cadre de la mesures 12.3 du plan cancer (2009-2013) et des actions 5 et 7 du plan santé au travail (2010-2014).</p>	<p>1°) Le PST 2 (action 5) prévoit de :</p> <ul style="list-style-type: none"> - tirer les enseignements des expériences de suivi post-exposition ou post-professionnel des différents régimes (pour les salariés comme pour les travailleurs indépendants et exploitants agricoles) ; - développer le suivi post-professionnel des salariés exposés aux CMR et en évaluer l'application. <p>2°) La COG AT-MP prévoit (programme 8) de sensibiliser les médecins traitants pour développer la surveillance médicale post-professionnelle des personnes ayant été exposées pendant leur carrière professionnelle à des risques à effet différé (visite des DAM).</p> <p>3°) Le PST 2 (action 7) et La COG ATMP 2009-2012 (programme 5) prévoient une étude de la faisabilité de dispositifs de traçabilité individuelle et collective des expositions aux agents CMR1 et 2 et la mise en place progressive d'un dispositif général de traçabilité des expositions aux risques professionnels (<i>mise en œuvre des</i></p>

		<p><u>préconisations du rapport LEJEUNE d'octobre 2008)</u></p> <p>4°) L'article 39 de la loi n° 2009-967 du 3 août 2009 de programmation relative à la mise en œuvre du Grenelle de l'environnement (1) dispose qu'un dispositif visant à assurer un meilleur suivi des salariés aux expositions professionnelles des substances classées cancérigènes, mutagènes ou toxiques pour la reproduction de catégories 1 et 2 (CMR1 et CMR 2) sera expérimenté en concertation avec les partenaires sociaux dans des secteurs professionnels ou zones géographiques déterminés. Le bilan devra être fait avant le 1er janvier 2012, avec pour objet de permettre à l'Etat et aux partenaires sociaux de définir des modalités de généralisation d'un dispositif avant le 1er janvier 2013.</p> <p>5°) L'article 60 de la loi du 9 novembre 2010 portant réforme des retraites prévoit que :</p> <ul style="list-style-type: none"> - le médecin du travail constitue un dossier médical en santé au travail qui retrace les informations relatives à l'état de santé du travailleur, aux expositions auxquelles il a été soumis ainsi que les avis et propositions du médecin du travail (art. L.4624-2 du code du travail) ; - l'employeur consigne dans une fiche, pour chaque travailleur exposé à un ou plusieurs facteurs de risques professionnels liés à des contraintes physiques marquées, à un environnement physique agressif ou à certains rythmes de travail susceptibles de laisser des traces durables identifiables et irréversibles sur sa santé, les conditions de pénibilité auxquelles le travailleur est exposé, la période au cours de laquelle cette exposition est survenue ainsi que les mesures de prévention mises en œuvre par l'employeur pour faire disparaître ou réduire ces facteurs durant cette période. <p>6°) Le Plan cancer (2009-2013) prévoit :</p> <p><u>-mesure 12.3</u> : l'élaboration à destination des médecins du travail et des médecins traitants des recommandations de bonnes pratiques pour améliorer la surveillance médicale des travailleurs exposés à des CMR. Ces recommandations seront élaborées par la HAS et applicables à l'ensemble de la population des travailleurs quel que soit leur statut (suivi en médecine du travail ou en suivi post-professionnel) et quel que soit le professionnel de santé</p> <p><u>-mesure 12.4</u> : d'expérimenter et d'évaluer l'intérêt de la mise en place de consultations spécifiques « cancer professionnel » pour améliorer le diagnostic des étiologies et la déclaration des cancers professionnels.</p>
--	--	--

<p>Améliorer la formation et l'information des délégués du personnel et des CHSCT sur les MP</p>	<p>1°) La CNAMTS a inscrit cette action dans le Plan national d'action « TMS » 2009-2012, pour promouvoir et accompagner la mise en œuvre de dispositifs pérennes de prévention des TMS, auprès des CHSCT. Plus de 1000 visites d'entreprises ont été réalisées en 2009 ;</p> <p>2°) Les CARSAT ont défini une cible d'établissements à suivre sur la période. Cette cible doit comprendre au moins 50% des établissements de plus de 50 salariés (de préférence avec un CHSCT) ayant eu au moins 3 cas de TMS reconnus entre 2005 et 2007 ;</p> <p>3°) L'INRS a réalisé en 2009 des actions de formation pour les CHSCT.</p> <p>4°) La DGT a créé dans l'espace « ressources CHSCT » du site « travailler-mieux.gouv.fr » une rubrique relative à l'enquête consécutive à un AT ou une MP.</p>	<p>Le PST 2 prévoit (action 29) :</p> <ul style="list-style-type: none"> - d'élaborer une recommandation sur les modalités de l'expertise pour les CHSCT ; - d'améliorer la qualité de la formation des membres des CHSCT et des délégués du personnel (DP) ; - de mener des actions de communication sur les missions des CHSCT et des DP en matière de santé et sécurité au travail.
<p>1°) Renforcer la formation sur les MP pendant les études médicales, insister particulièrement dans certaines spécialités (rhumatologie, pneumologie, dermatologie)</p> <p>2°) Renforcer la part des MP dans la formation continue, notamment dans certaines spécialités (allergologie, rhumatologie, pneumologie, dermatologie,...)</p>	<p>1°) Plusieurs actions ont été conduites par la CNAMTS :</p> <p>a) Deux campagnes d'information ont été conduites par les DAM auprès des médecins traitants l'une en 2008 sur les maladies professionnelles, l'autre en 2011 sur les TMS et la prévention de la désinsertion professionnelle ;</p> <p>b) Elle a développé dans le cadre de la formation professionnelle conventionnelle (FPC) des modules de formation sur les risques professionnels à destination des médecins : 185 formations ont ainsi été réalisées entre 2007 et 2009, pour environ 3000 participants.</p> <p>c) un outil internet mis en place par la CRAMIF à l'attention des médecins traitants a été mis en ligne en mai 2011 sur le site AMELI de la CNAMTS qui permet de faire un lien entre métiers et pathologies répertoriées dans les tableaux de maladies professionnelles. Une rubrique « déclarer » détaille les formalités à la charge du médecin.</p> <p>2°) Un guide sur les tableaux de MP élaboré par l'INRS et la MSA est disponible en ligne sur le site de l'INRS.</p>	<p>1°) L'établissement du contenu des diplômes</p> <p>Le contenu des diplômes de spécialité médicale est établi par arrêté conjoint des ministres chargés de l'enseignement supérieur et de la santé (DGOS), sous forme de « maquettes » indiquant les pré-requis réglementaires obligatoires en termes de stages cliniques et de formation théorique.</p> <p>Dans le cadre de l'autonomie pédagogique des universités, les unités de formation et de recherche médicales organisent comme elles le souhaitent et en fonction de leurs capacités de formation théorique et clinique le déroulement de chaque maquette en conformité avec les textes réglementaires.</p> <p>2°) Le PST 2 prévoit:</p> <p>Action 32: - de doter les médecins de recommandations de bonnes pratiques en santé au travail, notamment sur les cancers professionnels (mesure 12.3 plan cancer 2009-2013) et développer les formations ;</p> <p>- de former les médecins de soins à l'identification des maladies professionnelles : engager une concertation avec le ministère de la santé, de l'enseignement supérieur et le CNMFC sur un programme de formation initiale et continue des médecins généralistes et spécialistes (mesure également reprise par le PNSE 2 (2009-2013)-action 59.</p> <p><i>Mais aussi d'introduire la santé-sécurité au travail dans tous les types de formation :</i></p> <p>Action 8 : ingénieurs et cadres, architectes, dans les lycées professionnels et les centres de formation aux apprentis, dans la formation des demandeurs d'emploi et de développer dans l'enseignement une filière professionnelle en santé au travail avec la création de diplômes (cf aussi actions 60 et 61 du PNSE 2)</p>

		<p>Action 9 : de développer une filière professionnelle en matière de santé-sécurité au travail.</p> <p>3°) La COG AT/MP 2009-2012 prévoit :</p> <p>Programme 3 : Mise en œuvre d'un projet national formation en prévention des risques professionnels : renforcer les compétences des entreprises (responsables hiérarchiques, IRP, et salariés) pour construire et mettre en œuvre une démarche de prévention en matière de santé au travail au plan local et/ou territorial.</p>
Inciter les sociétés savantes à approfondir leur travail de sensibilisation		
Inciter la Haute autorité de santé (HAS) à investir cette problématique	<p>1°) La HAS a publié en janvier 2009 à la demande de la Société française de médecine du travail (SFMT) une série de recommandations relatives au contenu et à la tenue du dossier médical en santé au travail, dans l'objectif d'une amélioration des pratiques professionnelles ;</p> <p>2°) La SFMT a publié en février 2011 des recommandations sur la surveillance médico-professionnelle des travailleurs exposés à l'action cancérigène des poussières de bois qui ont été labellisées par la HAS et l'INCA.</p>	<p>1°) Le plan cancer (mesure 12.3) prévoit l'élaboration à l'attention des médecins du travail et des médecins traitants des recommandations de bonnes pratiques pour améliorer la surveillance médicale des travailleurs exposés à des CMR et que ces recommandations seront élaborées par la Haute autorité de santé.</p> <p>2°) La COG (programme 8) prévoit d'obtenir rapidement de la HAS la définition des modalités du suivi médical des personnes ayant été exposées à des risques à effet différé et procéder aux adaptations nécessaires.</p>
Inciter à systématiser les investigations sur les expositions professionnelles dans certains services hospitaliers, notamment en cancérologie	<p>1°) Le suivi d'activité du réseau national de veille et de prévention des pathologies professionnelles (RNV3P) regroupant les centres de consultation des pathologies professionnelles (CCPP) permet d'identifier l'origine de la demande de consultation (médecin du travail, médecin hospitalier, médecin traitant...), dénombre les pathologies enregistrées sur la période et permet de repérer l'apparition ou l'augmentation de certaines pathologies. (cf. rapport d'activité des CCPP et du RNV3P, 2008 et 2009 de l'ANSES)</p>	<p>1°) Le Plan cancer (2009-2013) prévoit :</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Mesure 9-1</i> de rendre obligatoire par voie réglementaire la déclaration des mésothéliome ; - <i>Mesure 12-1</i> : d'améliorer le recensement des cancers d'origine professionnelle en s'appuyant sur la coordination des bases de données existantes, sur l'amélioration des outils statistiques existants et sur le croisement des approches par risques (expérimenter et évaluer l'intérêt de consultations spécifiques « cancer professionnel » pour améliorer le diagnostic des étiologies et la déclaration des cancers professionnels) ; - <i>Mesure 9-3</i> : d'animer et piloter le recueil des signalements et des investigations de clusters de cancers en population générale et en milieu professionnel. <p>2°) des réseaux de vigilance spécifiques permettent de faire remonter des données sur des pathologies spécifiques :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Le réseau de vigilance en dermato-allergologie (REVIDAL) ; - Le réseau de vigilance des asthmes professionnels et le nouveau réseau d'allergo-

		vigilance
<p>Systématiser la mise en place d'une aide à la déclaration de la maladie et d'un accompagnement des victimes</p>	<p>1°) La COG AT-MP prévoit dans son programme 8 d'améliorer l'accompagnement des personnes fragilisées par les conséquences d'un AT ou d'une MP en définissant en 2009 une offre de service spécifique.</p> <p>- <u>Une offre de service pour la perte d'un proche</u> a été mise en place le 23 décembre 2010 avec accompagnement de la famille et des proches et information sur leurs droits. Une 2^{ème} phase débutera avec le lancement d'un télé-service visant à une simplification des démarches avec la suppression de certaines pièces justificatives ;</p> <p>- <u>D'autres offres de service ont été développées par certaines caisses</u> : par ex. accompagnement des victimes au moment de la consolidation d'un AT ou d'une MP (CPAM du Loiret et du Loir et Cher).</p> <p>2°) L'expérimentation faite sur le repérage des cancers de la vessie lancée en 2008 par la CNAMTS dans le Nord- Pas- de- Calais, la Picardie et la Haute Normandie a été étendue à 5 autres régions en 2010 (PACA, La Réunion, Ile de France, Bourgogne et Franche Comté) et début 2011 à la Lorraine et à la Champagne-Ardenne.</p>	<p>Une offre de service de prévention de la désinsertion professionnelle (PDP) a été mise en place dans le réseau le 28 septembre 2010. Elle consiste notamment en des plaquettes d'information pour les assurés et les partenaires (médecin du travail, médecin traitant, employeur) sur le dispositif de PDP et sur la visite de pré-reprise.</p>
<p>Donner de la transparence à la concurrence qui existe de facto entre la prise en charge par le régime AT-MP et la souscription d'assurances de droit commun</p>		<p>A noter que le Conseil constitutionnel a considéré dans sa décision N°2010-8 QPC du 18 juin 2010 qu'en cas de faute inexcusable de l'employeur la victime d'un AT/MP a droit à une réparation intégrale de ses préjudices (le Conseil constitutionnel avait été saisi de ce point par la Cour de cassation).</p>
<p>Etudier l'opportunité de donner une application effective à l'obligation faite à tous les médecins de déclarer les maladies à caractère professionnel (art. L.461-6 du CSS)</p>		<p>L'article L.461-6 du CSS avait pour objectif d'améliorer la prévention et la connaissance des maladies à caractère professionnel (MCP), et à terme d'étendre et de réviser les tableaux. Aujourd'hui, l'obligation faite aux médecins traitants de déclarer les MCP n'est quasiment pas appliquée.</p> <p>Cet article est largement utilisé par les médecins du travail, qui s'y réfèrent pour déclarer les MCP au MIRTMO dans le cadre d'études épidémiologiques, notamment les « quinzaines des MP » organisées annuellement par l'InVS.</p>
<p>Etudier l'enrichissement des pièces destinées aux caisses, comme les demandes d'ALD ou les feuilles de soins, avec une rubrique permettant de signaler les cas de possibilité d'origine professionnelle</p>		

Traiter le problème de la carence systématique de l'information provenant des établissements de santé à destination des caisses	Un guide annexé à la circulaire n° DHOS/F4/2009/319 du 19 octobre 2009 relatives aux règles de facturation des soins dispensés dans les établissements de santé définit les règles de facturation par l'hôpital des AT et des MP et les relations avec les organismes de sécurité sociale	
Passer à un stade opérationnel dans la réduction des disparités de doctrine et/ou de résultats entre les CPAM et les CRRMP	Une nouvelle version du guide à destination des CRRMP a été établie en 2010 par un groupe d'expert pour notamment à contribuer à l'harmonisation de la politique de réparation des maladies professionnelles.	La COG ATMP 2009-2012 prévoit : Programme 7 : une homogénéisation des pratiques des caisses dans le domaine de la réparation et de renforcer au sein des caisses la maîtrise des différents processus de gestion de la réparation : reconnaissance et indemnisation.
Approfondir la formation et l'information des médecins-conseils dans le domaine des MP	La CNAMTS a mis en place à Lille une formation continue des médecins-conseils et gestionnaires administratifs (33 binômes formés en 2008, 100 en 2009, 98 en 2010). Le but de cette formation nationale est de développer de façon harmonisée des compétences médicales et administratives bien identifiées, renforcer les relations entre les gestionnaires médicaux et administratifs autour de pratiques communes.	
Actualiser les tableaux de MP (tableaux n° 90, 91 et 94 pour les BPCO, 65 pour les lésions eczématiformes de mécanisme allergique, 57 pour les affections du rachis lombaire)	<p>1°) Le tableau 57 (affections péri-articulaires provoquées par certains gestes et postures) est en cours de révision, le décret portant révision du §A relatif à l'épaule sera prochainement publié. Les travaux portant sur le §B relatif aux pathologies du coude ont été engagés à la fin 2010 en cours.</p> <p>2°) Les tableaux que le rapport de la commission de 2008 préconisait de réformer (tableaux n° 90, 91 et 94 pour les BPCO, n°65 pour les lésions eczématiformes de mécanisme allergique, tableaux relatifs aux affections du rachis lombaires) ne l'ont pas été.</p>	<p>1°) Les tableaux de maladies professionnelles suivants ont été modifiés :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Le décret n° 2009-56 du 15 janvier 2009 a révisé les tableaux n° 4 (hémopathies provoquées par le benzène et tous les produits en renfermant), n° 16 bis (affections cancéreuses provoquées par les goudrons de houille, les huiles de houille, les grais de houille et les suies de combustion du charbon), n° 36 bis (affections cancéreuses provoquées par certains dérivés du pétrole) et n° 43 (affections provoquées par l'aldéhyde formique et ses polymères) et créer un tableau n° 43 bis (affections cancéreuses provoquées par l'aldéhyde formique et ses polymères) ; - Le décret n° 2009-1194 du 7 octobre 2009 a révisé le tableau n° 19 (spirochètoses à l'exception des tréponématoses) ; - Le décret n° 2008-1043 du 9 octobre 2008 a révisé le tableau n° 1 (affections dues au plomb). <p>2°) Tableaux en cours de révision :</p> <ul style="list-style-type: none"> - tableau n°57 ((affections péri-articulaires provoquées par certains gestes et postures) - tableau n°15 ter (cancers de la vessie provoqués par les amines aromatiques) ; - actualisation des tableaux relatifs aux affections provoquées par les monomères de matières plastiques <p>3°) Autres travaux en cours</p> <ul style="list-style-type: none"> - groupe de travail sur l'amélioration de la prise en charge des pathologies d'origine psychique

<p>Remédier aux lourdes insuffisances dans les appareils de collecte de l'information (enquête périodique de la DARES, coûts des différentes pathologies,...).</p> <p>Améliorer la coordination et la complémentarité entre spécialistes de l'épidémiologie, de la vigilance et la sécurité sociale.</p>	<p>1°) L'InVS a :</p> <p>a) développé de nouvelles matrices emplois-expositions dans le cadre du programme Matgéné :</p> <p>En 2008 : matrices emplois expositions aux fibres minérales artificielles : laines minérales, fibres céramiques réfractaires</p> <p>En 2009 -matrices emplois expositions à cinq solvants chloré et matrice cultures-expositions aux pesticides arsenicaux</p> <p>En 2010 : - matrice d'exposition professionnelle à la silice cristalline et matrice d'exposition professionnelle aux fibres d'amiante</p> <p>En cours de finalisation : -matrice d'exposition aux fibres céramiques réfractaires (FCR) - matrice Hydrocarbures Aromatiques Polycycliques (population exposée professionnellement aux huiles minérales)</p> <p>b) réalisé une étude sur le travail de nuit et le cancer du sein ;</p> <p>c) réalisé en 2010 dans le cadre du programme Cosmop d'étude sur la mortalité par cause selon l'activité professionnelle, une analyse spécifique sur les suicides qui a permis de produire des données relatives aux taux de suicides selon les catégories professionnelles et les secteurs d'activité</p> <p>2°) L'expérimentation faite sur le repérage des cancers dans la vessie lancée en 2008 par la CNAMTS dans le Nord- Pas- de- Calais, la Picardie et la Haute Normandie a été étendue à 5 autres régions en 2010 (PACA, La Réunion, Ile de France, Bourgogne et Franche Comté) et début 2011 à la Lorraine et à la Champagne-Ardenne</p>	<p>1°) Le plan santé au travail prévoit de développer les outils de connaissance et de suivi :</p> <p>Action 5 : Améliorer la connaissance sur les expositions professionnelles, leur répartition et leur évolution :</p> <ul style="list-style-type: none"> - développer un système d'évaluation pour mieux orienter les actions de prévention primaire ; - poursuivre l'élaboration de matrices emplois-expositions applicables à la population afin de retracer les expositions « vie entière » des populations y compris après leur départ en inactivité (Matgéné) (mesure 9 du plan cancer) et leur mise à la disposition des acteurs de terrain ; - développer les outils de modélisation prédictifs (exposition et évaluation de risque) ; - tirer les enseignements des expériences de suivi post-exposition ou post-professionnel des différents régimes (pour les salariés comme pour les travailleurs indépendants et exploitants agricoles) ; - développer le suivi post-professionnel des salariés exposés aux CMR et en évaluer l'application ; - améliorer la qualité des diagnostics territoriaux portant sur les risques professionnels et les conditions de travail ; -développer la connaissance sectorielle des expositions professionnelles en mobilisant les réseaux locaux de recherche et d'expertise des acteurs de la prévention ; -optimiser le système d'information de la surveillance des expositions des travailleurs aux rayonnements ionisants (SISERI) afin de conduire des études épidémiologiques sur des populations ciblées de travailleurs ; - améliorer la concertation sur les bases de données et les enquêtes afin d'optimiser leur utilisation, en mettant en place un comité de pilotage réunissant les organismes concernés, et poursuivre l'harmonisation des nomenclatures et thésaurus utilisables en santé au travail démarrée dans le cadre du RNV3P. <p>Action 6 : Améliorer la connaissance sur les pathologies en lien avec le travail :</p> <ul style="list-style-type: none"> - développer le suivi épidémiologique de cohortes de travailleurs (tous secteurs, tous régimes de protection sociale) afin de mieux appréhender les risques professionnels différés et notamment les risques de cancers (voir mesure 9 du plan cancer 2) ; - mettre en place un système d'information sur les accidents du travail et les maladies professionnelles regroupant les données des différents régimes de protection sociale ; - animer et piloter le recueil des signalements et des investigations de clusters en population générale et en milieu professionnel en matière de cancer (mesure 9 plan cancer2) ; - mettre en place un outil de suivi des maladies à
--	---	---

		<p>caractère professionnel.</p> <p>2°) La COG AT/MP 2009-2012 prévoit :</p> <p>- Programme 16 : Développement et diffusion des études statistiques Développer la capacité d'analyse des statistiques pour avoir une vision plus prospective de la branche et faire évoluer le contenu et la forme des publications statistiques en tirant pleinement parti du canal de diffusion électronique.</p> <p>- Programme 17 : convergence avec le dispositif européen de statistiques Faire évoluer le système de codification des accidents du travail conformément aux exigences statistiques européennes.</p> <p>3°) Le Plan cancer prévoit :</p> <p>Mesure 9-2 de poursuivre la réalisation par l'InVS de matrices emplois-expositions applicables à la population générale pour retracer les expositions professionnelles passées des sujets inclus dans la cohorte. D'étudier la faisabilité du suivi d'indicateurs biologiques d'exposition des travailleurs et notamment des femmes. De mettre en place les outils de veille sur la santé des travailleurs exposés aux technologies nouvelles notamment aux nanoparticules intentionnellement fabriquées.</p> <p>Mesure 9.3 : Animer et piloter le recueil des signalements et des investigations de clusters de cancers en population générale et en milieu professionnel. Signer une convention entre l'InVS et les professionnels de terrain (médecins du travail, médecins traitants, CHSCT, inspection du travail) pour organiser le circuit de remontée des informations dont ils ont connaissance, dans le respect du secret professionnel. Améliorer les signalements des différents acteurs concernés par la mise en place d'un accord cadre avec l'InVS, en charge de la coordination et de la mise à jour des données.</p>
<p>Réévaluer l'aptitude du dispositif actuel à faire évoluer les critères de reconnaissance des MP.</p>		<p>Les délais de révision des tableaux sont inhérents à la procédure de révision actuelle qui conjugue d'une part une expertise scientifique sur des sujets complexes et d'autre part une phase de concertation approfondie avec les partenaires sociaux afin de parvenir à un consensus</p>
<p>Réflexions à conduire sur le plus long terme: - L'aptitude du dispositif actuel à faire évoluer les critères de reconnaissance des maladies professionnelles ;</p>		<p><u>La COG AT/MP (2009-2012) prévoit (programme 9) que des études et réflexions préalables doivent</u></p>

<ul style="list-style-type: none">- La sous-déclaration par les victimes du fait de son importance de mieux en mieux mise en lumière et qui ne semble pas reculer ;- La problématique de la déclaration dans les petites et très petites entreprises, dont de nombreux indices montrent la spécificité.		être conduites sur la rénovation du dispositif de réparation de l'incapacité permanente pour permettre d'évaluer et de réparer distinctement le préjudice professionnel et le déficit physiologique au vu notamment des pratiques d'autres pays européens en vue de réparer plus équitablement et de manière plus personnalisée l'incapacité permanente.
--	--	--

Annexe n° 2

Rapports récents consacrés aux risques psycho-sociaux

- **Le « Rapport sur la santé mentale, l'affaire de tous. Pour une approche cohérente de la qualité de la vie » du groupe de travail présidé par Mme Viviane Kovess-Masfetty de novembre 2009**

Ce rapport commandé par Mme Nathalie KOSCIUSKO-MORIZET, secrétaire d'Etat chargée de la Prospective et du développement de l'économie numérique, au Centre d'analyse stratégique un travail approfondi sur la santé mentale en France dresse un état des lieux de la santé mentale en France. Il propose des pistes d'actions telles que la sensibilisation à cette thématique à l'école et au travail.

Si le rapport a une approche globale de la santé mentale dans la société française, il aborde également la souffrance psychosociale au travail et fait quelques préconisations aux entreprises et administrations pour que ces dernières assument leurs responsabilités en matière de santé mentale de leurs salariés et agents.

- **Le Rapport sur : « Bien-être et efficacité au travail – 10 propositions pour améliorer la santé psychologique au travail » de MM. Henri LACHMANN, Christian LAROSE et Mme Muriel PENICAUD de février 2010.**

Le rapport « *Bien-être et efficacité au travail – 10 propositions pour améliorer la santé psychologique au travail* », fait à la demande du Premier ministre afin de proposer des mesures pour améliorer les conditions de santé psychologique au travail, effectue un travail de diagnostic sur le bien-être au travail centré sur le secteur privé, et formule dix propositions à destination des pouvoirs publics, des partenaires sociaux et surtout des entreprises. Il préconise notamment des bonnes pratiques en termes de management et d'accompagnement des salariés au sein des entreprises, ainsi que des modifications normatives de la politique de santé au travail pour améliorer le bien-être au travail :

Préconisations du Rapport sur « Bien-être et efficacité au travail - 10 propositions pour améliorer la santé psychologique au travail »

1. L'implication de la direction générale et de son conseil d'administration est indispensable : l'évaluation de la performance doit intégrer le facteur humain, et donc la santé des salariés ;
2. La santé des salariés est d'abord l'affaire des managers, elle ne s'externalise pas : les *managers de proximité* sont les premiers acteurs de santé ;
3. Donner aux salariés les moyens de se réaliser dans le travail : restaurer des espaces de discussion et d'autonomie dans le travail ;
4. Impliquer les partenaires sociaux dans la construction des conditions de santé : le *dialogue social*, dans l'entreprise et en dehors, est une priorité ;
5. La mesure induit les comportements : mesurer les conditions de santé et sécurité au travail est une condition du développement du bien-être en entreprise ;
6. Préparer et former les managers au rôle de manager : affirmer et concrétiser la responsabilité du manager vis-à-vis des équipes et des hommes ;

7. Ne pas réduire le collectif de travail à une addition d'individus : valoriser la *performance collective* pour rendre les organisations de travail plus motivantes et plus efficaces ;
8. Anticiper et prendre en compte l'impact humain des changements : tout projet de réorganisation ou de restructuration doit mesurer l'impact et la faisabilité humaine du *changement* ;
9. La santé au travail ne se limite pas aux frontières de l'entreprise : l'entreprise a un impact humain sur son environnement, en particulier sur ses fournisseurs ;
10. Ne pas laisser le salarié seul face à ses problèmes : accompagner les salariés en difficulté.

- **Le « Rapport d'information fait au nom de la commission des affaires sociales du Sénat par la mission d'information sur le mal-être au travail », Gérard Deriot, juillet 2010**

Ce rapport analyse les mutations du monde du travail conduisant à un mal-être accru des salariés, présente les initiatives déjà prises par les différents acteurs (entreprises, pouvoirs publics) et fait 13 recommandations notamment en matière de management des entreprises et de prise en charge des RPS par la branche AT/MP.

Recommandations du rapport d'information

Modifications du code du travail

1. Faire figurer explicitement dans le code une disposition prévoyant que l'organisation du travail et les méthodes de gestion ne doivent pas mettre en danger la sécurité et la santé des travailleurs, ni porter atteinte à leurs droits et à leur dignité.
2. Préciser que l'employeur, qui a l'obligation d'évaluer les risques pour la santé et la sécurité des travailleurs, doit aussi prendre en compte la charge psychosociale du poste de travail.

Management

3. Former systématiquement les managers à la gestion d'équipe et leur donner un socle minimum de compétences en matière de santé et de sécurité au travail.
4. Revenir aux fondamentaux du management, en redonnant toute leur place aux comportements individuels, au détriment des procédures préétablies.
5. Renforcer les collectifs de travail, en intégrant une dimension collective dans l'évaluation des personnels, en ouvrant des espaces de concertation avec les travailleurs ou encore en mettant en place un dispositif d'intéressement.
6. Pour inciter les directions à oeuvrer pour le bien-être de leurs collaborateurs, faire dépendre une part de la rémunération variable des managers d'indicateurs sociaux et de santé.
7. Faire bénéficier les PME et TPE d'une attention particulière, notamment en mobilisant les partenaires sociaux au niveau des branches ou au niveau territorial.

Acteurs de la prévention des risques professionnels

8. Mieux faire connaître, notamment auprès des petites entreprises, l'action de l'INRS, des Carsat ou du réseau Anact/Aract.
9. Veiller à ce que la réforme annoncée des services de santé au travail contribue à revaloriser le métier de médecin du travail, à conforter leur indépendance, en s'orientant vers une gestion paritaire, et promeuve la pluridisciplinarité.
10. Dans le respect de la négociation en cours entre les partenaires sociaux en vue d'une réforme des institutions représentatives du personnel (IRP), rechercher les moyens de renforcer les comités d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT) : élection directe de leurs membres, délégations horaires plus importantes, meilleure formation des élus, création de CHSCT « centraux » dans les grandes entreprises.

Accompagnement des salariés en souffrance

11. Développer les dispositifs d'écoute qui permettent aux salariés de s'exprimer et de bénéficier, le cas échéant, d'un soutien psychologique.
12. Sensibiliser à la santé au travail les médecins de ville, vers qui les salariés se tournent souvent spontanément, afin qu'ils fassent plus facilement lien entre une pathologie et les conditions de travail.

Prise en charge par la branche accidents du travail et maladies professionnelles de la sécurité sociale

13. Etudier la possibilité d'inscrire le stress post-traumatique dans les tableaux de maladies professionnelles et d'assouplir les critères de reconnaissance des maladies professionnelles dans le cadre de la procédure complémentaire.

- **Le rapport du Collège d'expertise sur le suivi des risques psychosociaux au travail coordonné par Michel Gollac, Directeur du Laboratoire de Sociologie quantitative du CREST, d'avril 2011**

Ce rapport remis en avril 2011 au ministre du travail préconise de mettre en place des indicateurs nationaux pour suivre six types de facteurs de risques psychosociaux au travail :

- L'intensité du travail et le temps de travail ;
- Les exigences émotionnelles ;
- Le manque d'autonomie ;
- La mauvaise qualité des rapports sociaux au travail ;
- La souffrance éthique ;
- L'insécurité de la situation de travail.

Le Collège d'expertise recommande la réalisation d'une première enquête complète en 2015. Il propose une liste de variables à mesurer et un procédé de questionnement, incluant un suivi en panel. Le ministre du travail a indiqué que la prochaine enquête sur les conditions de travail prévue en 2012 pourrait déjà intégrer certaines de ces indications.

- **Le rapport de la mission parlementaire d'information de l'Assemblée Nationale sur les risques psychosociaux de mai 2011 (rapporteur M. Guy LEFRAND)**

Ce rapport s'articule autour de deux axes d'actions majeurs : le développement de la prévention et l'amélioration de la prise en charge des victimes de RPS.

-Le développement de la prévention implique une meilleure évaluation de ces risques, une plus grande implication des chefs d'entreprises par des outils comme la mise en place d'un label de santé au travail et une meilleure formation des managers. La politique de santé publique doit s'attacher à réaliser les objectifs qu'elle s'est fixée dans les grands plans, tels que le plan d'urgence pour la prévention du stress au travail ou le deuxième plan de santé au travail. Enfin, le dialogue social doit être renforcé, tant par la mise en place d'accords que par le renforcement des CHSCT ;

- Au vu de la délicate reconnaissance des pathologies causées par des risques psychosociaux, la prise en charge des victimes doit être améliorée par une meilleure détection des salariés en détresse, en encadrant plus strictement les interventions des acteurs privés de santé au travail dans les entreprises et en adoptant rapidement la réforme de la médecine au travail.

Les recommandations du rapport de la mission parlementaire d'information de l'Assemblée Nationale sur les risques psychosociaux de mai 2011

I.- UNE PRIORITÉ : DÉVELOPPER LA PRÉVENTION DES RISQUES PSYCHOSOCIAUX

A. AMÉLIORER LA CONNAISSANCE DES RISQUES PSYCHOSOCIAUX

B. IMPLIQUER LES CHEFS D'ENTREPRISE

1. Les obligations de l'employeur en matière de santé et de sécurité

a) L'obligation générale de sécurité incombant à l'employeur : une obligation de résultat

b) Les dispositions spécifiques contre le harcèlement moral

2. Inciter les employeurs à se saisir de la question des risques psychosociaux

C. SENSIBILISER LES MANAGERS ET DIFFUSER LES BONNES PRATIQUES

1. Sensibiliser les managers à la prévention des risques psychosociaux

a) Développer la formation des managers

b) Renouveler l'approche du management

2. Diffuser des bonnes pratiques

a) Encourager l'évaluation des risques psychosociaux

b) Améliorer l'information des entreprises

c) Développer les bonnes pratiques

d) Renforcer les formations et les aides

e) Mettre en place un label

D. FAIRE DE LA PRÉVENTION DES RISQUES PSYCHOSOCIAUX UNE PRIORITÉ DE LA POLITIQUE DE SANTÉ PUBLIQUE

1. Poursuivre le plan d'urgence pour la prévention du stress au travail

2. Mettre en oeuvre le deuxième plan Santé au travail

3. Renforcer le réseau d'acteurs au service de la santé des travailleurs dans les entreprises

E. RENFORCER LE DIALOGUE SOCIAL

1. Développer les accords nationaux interprofessionnels

a) L'accord national interprofessionnel sur le stress au travail

b) L'accord national interprofessionnel sur le harcèlement et la violence au travail

2. Encourager les négociations sur les risques psychosociaux

3. Renforcer les comités d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail

II.- MIEUX PRENDRE EN CHARGE LES VICTIMES DE RISQUES PSYCHOSOCIAUX

A. AMÉLIORER LA RECONNAISSANCE DES RISQUES PSYCHOSOCIAUX

1. Prendre acte de la difficile reconnaissance des maladies psychiques comme maladies professionnelles

2. Constaté l'évolution de la jurisprudence sur la qualification des suicides comme accidents du travail

B. AMÉLIORER LA DÉTECTION DES SALARIÉS EN SITUATION DE DÉTRESSE

C. RÉFORMER LA MÉDECINE DU TRAVAIL

D. PROMOUVOIR LA TRANSPARENCE CHEZ LES ACTEURS PRIVÉS DE LA SANTÉ AU TRAVAIL

• **Les travaux de l'InVS**

L'InVS a publié les études suivantes sur cette problématique :

- l'étude déjà citée sur « Suicide et activité professionnelle en France : premières exploitations de données disponibles » ;

- l'enquête « Samotrace – volet médico-administratif. Départements Rhône et Isère. Résultats intermédiaires à un an » de juin 2008 présente les résultats du volet médico-administratif du projet Samotrace, programme de surveillance de la santé mentale au travail. Cette enquête a pour but de tester une exploitation épidémiologique des données d'attribution de pensions d'invalidité pour troubles psychiatriques.

Annexe n° 3
Questionnaire de repérage des expositions professionnelles
chez les personnes atteintes de cancer bronchique primitif

Annexe n° 4

Les systèmes d'assurance en Allemagne et Espagne

Pour illustrer ce qui est dit plus haut, sont présentées ici des différences substantielles de paramètres de système d'assurance pour deux pays : l'Allemagne, parce que ce pays est souvent utilisé dans les comparaisons et offre, à l'instar de la France, une indemnisation globale du préjudice permanent. L'Espagne, qui a la double caractéristique d'être le 2^{ème} pays européen à reconnaître le plus de TMS (après la France) et d'être par contraste celui qui enregistre une très forte sous-déclaration du moins pour les cancers professionnels.

1-1 -Allemagne - généralités

La liste de MP est assez générique (1 page) et présente des éléments causaux (éléments chimiques : arsenic, plomb..., physiques : bruit...) qui peuvent entraîner une maladie. Certaines pathologies sont également spécifiquement listées : maladies respiratoires, tropicales, cancers, cancers du larynx, de la peau, avec agent causaux.

Cette construction laisse la place aux organismes d'instruire selon leurs propres critères. Ce qui explique que la présomption est moins forte car elle ne peut pas reposer sur des conditions légales et publiques comme c'est le cas en France avec la liste de MP et les tableaux.

On peut supposer que l'avantage du système est sans doute de pouvoir modifier ou faire évoluer plus facilement les conditions de reconnaissance via la jurisprudence interne d'instruction, à la lumière des évolutions scientifiques, de la demande sociale, sans être lié par un tableau.

Frontière reconnus - non reconnus

Il convient également de signaler une particularité de l'Allemagne: pour certaines maladies fréquemment déclarées telles que les dermatoses, les maladies obstructives des voies respiratoires causées par des agents allergiques ou des agents chimiques irritants à effet toxique, les lombalgies (causées par le port de charges lourdes, les postures extrêmes, les vibrations transmises au corps entier...pendant de nombreuses années), les cervicalgies (causées par le port de charges lourdes sur l'épaule pendant de nombreuses années), les troubles circulatoires des mains causés par des vibrations, les maladies des tendons (dont les affections des gaines des tendons et des tissus péri-tendineux) ou les atteintes de l'insertion des tendons ou des muscles, la réglementation exige (pour que la maladie soit formellement reconnue et indemnisée avec rente) que la gravité de la pathologie soit telle que l'assuré soit contraint d'abandonner toute activité dangereuse. A défaut, les prestations de l'assurance AT/MP se limitent dans certains cas à des mesures préventives (y compris des mesures requises de protection médicale – fourniture de gants pour dermatoses... - aménagement du poste de travail pour une insertion professionnelle).

Quand ces prestations sont versées, elles permettent d'éviter que la maladie causée par le travail n'atteigne le degré de gravité qui entraîne la cessation de l'activité professionnelle.

Toutefois, ces situations ne sont pas formellement reconnues comme des maladies professionnelles et n'apparaissent donc pas dans les statistiques des maladies reconnues. En 2006, elles représentaient en Allemagne 8 489 cas (contre 13 365 cas de maladies professionnelles formellement reconnues).

Pour autant, si ces 8 489 cas étaient reconnus comme MP, le ratio de reconnaissance pour 100 000 assurés passerait de 40 à 65, soit encore derrière d'autres pays comme le Danemark ou l'Espagne. Par conséquent, c'est à l'évidence un ensemble de facteurs qui peut expliquer la position d'un pays plutôt qu'une particularité telle que cette dernière.

Cette particularité explique en outre et en partie que les TMS ne figurent pas dans les 5 MP les plus demandées et a fortiori reconnues bien qu'inscrits formellement dans la liste allemande (Cf. 1-3-2).

Critère des 20 %

Il s'agit d'un critère d'assurance valant pour les AT et MP requérant un taux d'incapacité minimum de 20 % comme condition d'ouverture du droit à indemnisation du préjudice permanent.

Il y a lieu de noter que ce critère n'est pas original puisque la plupart des pays ont un taux minimum requis pour donner lieu à indemnisation du préjudice permanent.

Il est possible que ce critère ait une incidence sur le nombre de demandes de reconnaissance. Toutefois, sur ce point, les Allemands se situent dans la moyenne des pays (hors chiffres France) en termes de demandes de reconnaissance. Si ce paramètre influe, il est difficile de dire si ce critère peut être ou pas source de dissuasion à la déclaration de MP.

1-2 - Allemagne - TMS

En vue d'illustrer les caractéristiques du système allemand énoncées ci-dessus, des données spécifiques sont présentées sur les TMS dont certains sont soumis à la condition d'abandon de l'activité professionnelle et d'autres non. Ces informations complémentaires ont été recueillies auprès de la DGUV (Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung - assurance accident obligatoire allemande) et de ses publications.

Le tableau détaillé ci-dessous présente les pathologies selon qu'elles relèvent ou non de cette condition d'assurance et leurs statistiques associées sur trois exercices.

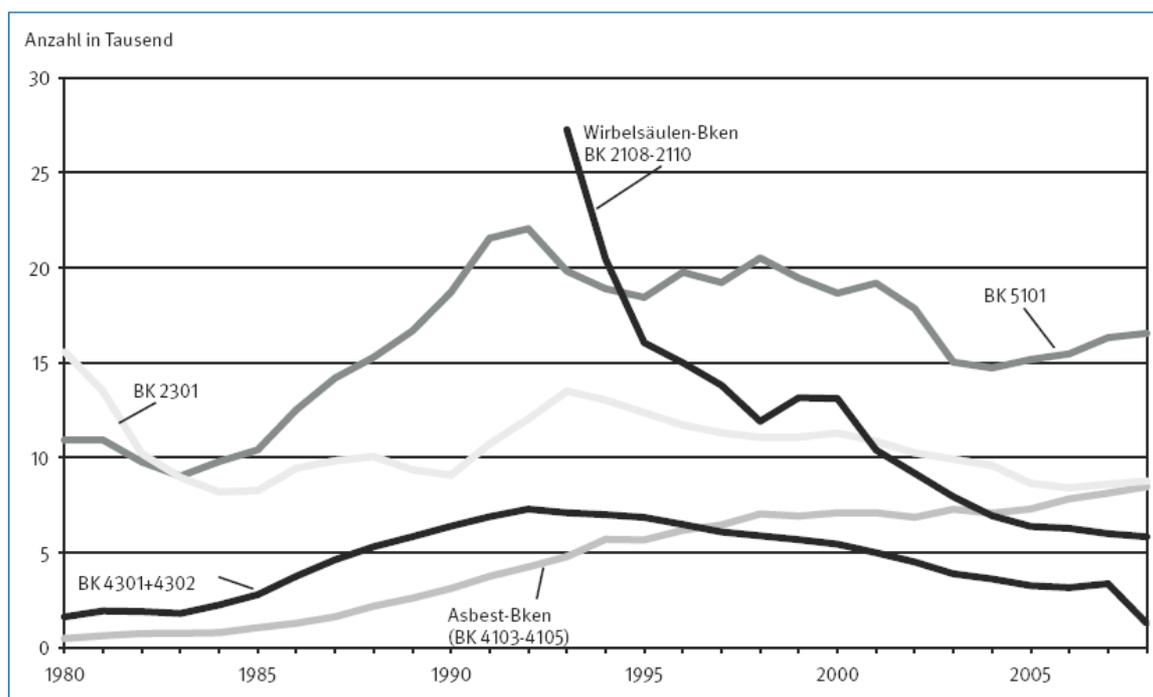
CONDITION D'ASSURANCE	Demandes de reconnaissance			Reconnaisances			Avec nouvelles pensions		
	2007	2008	2009	2007	2008	2009	2007	2008	2009
TMS avec condition d'abandon de l'activité									
BK 2101 Maladies des gaines des tendons ou maladies des tissus péri-tendineux ou de l'insertion des tendons ou des muscles	877	806	726	14	11	18	2	5	5
BK 2104 Troubles circulatoires des mains causés par les vibrations	57	66	81	13	12	7	5	10	5
BK 2108 Maladies des disques lombaires causées par le port de charges lourdes pendant de nombreuses années ou par des postures de travail forcées pendant de nombreuses années	5 259	5 273	5 208	201	256	343	136	151	207
BK 2109 Maladies des disques cervicaux causées par le port de charges lourdes sur les épaules pendant de nombreuses années	914	842	935	5	7	2	4	4	1
BK 2110 Maladies des disques lombaires causées par l'impact orienté essentiellement verticalement des vibrations transmises au corps entier en position assise pendant de nombreuses années	316	231	203	10	10	13	9	6	7
Total des TMS avec abandon obligatoire	7 423	7 218	7 153	243	296	383	156	176	225
TMS sans condition d'abandon de l'activité									
BK 2102 Lésions du ménisque causées par une charge physique excessive sur les articulations du genou de manière prolongée ou répétée pendant plusieurs années	1 467	1 378	1 347	229	204	186	72	66	60
BK 2103 Maladies causées par les vibrations provoquées par des outils ou machines à air comprimé	416	379	401	68	89	76	46	60	47
BK 2105 Maladies chroniques des bourses séreuses causées par une pression constante	440	440	397	152	117	85	2	2	1
BK 2106 Lésion des nerfs due à la pression	74	83	66	8	11	8	3	4	3
BK 2112 Arthrose du genou causée par un travail effectué à genoux ou dans une position similaire sollicitant les genoux avec une exposition cumulée sur la vie entière d'au moins 13000 heures et un temps minimum d'exposition d'1 heure par poste	8	13	1 076	2	8	8	-	-	4
Total des TMS sans abandon obligatoire	2 405	2 293	3 287	459	429	363	123	132	115
TOTAL	9 828	9 511	10 440	702	725	746	279	308	340

En termes de déclaration

Le nombre annuel de déclaration de TMS s'élève à un peu plus de 10 000 cas. Il est difficile de faire la part des choses entre le succès de la prévention et les mesures destinées à contenir les déclarations. En effet, à titre illustratif pour les pathologies BK 2108 à 2110 (lombalgies) dont la reconnaissance est possible depuis 1992, on constate en Allemagne une décreue très accentuée du nombre de demande de reconnaissance (27 000 en 1992 contre 6 000 en 2008).

L'explication donnée est de deux ordres :

- des mesures de protection au travail - techniques et organisationnelles- ont été menées en particulier concernant le port de charges sur les lieux de travail en vue de réduire les situations d'exposition ; certaines BG ont ainsi développé des programmes de prévention spécifiques sur cet aspect,
- l'assurance AT/MP a mis en place et diffusé au public les critères pratiques pour formuler des demandes de reconnaissance fondées (c'est-à-dire pouvant être instruites utilement). Cette dernière mesure explique sans doute la forte décreue des demandes dans les premières années de possibilité de reconnaissance de ces pathologies.



Source : BK – DOC 2008

BK 2108 Maladies des disques lombaires causées par le port de charges lourdes pendant de nombreuses années ou par des postures de travail forcées pendant de nombreuses années

BK 2109 Maladies des disques cervicaux causées par le port de charges lourdes sur les épaules pendant de nombreuses années

BK 2110 Maladies des disques lombaires causées par l'impact orienté essentiellement verticalement des vibrations transmises au corps entier en position assise pendant de nombreuses années

Concernant la totalité des TMS, les demandes de reconnaissance de TMS restent toutefois importantes en Allemagne (10 000 demandes par an).

Reconnaissance des TMS

C'est essentiellement la condition de l'abandon de l'activité qui restreint les cas de reconnaissance de TMS (7 153 demandes pour 383 cas reconnus en 2009).

Néanmoins, on constate également un fort taux de rejet pour les maladies qui ne supposent pas l'abandon de l'activité (363 reconnaissances pour 3 287 demandes en 2009).

Ces données confirment la forte influence du processus d'instruction dans les résultats évoquée plus haut.

Interrogé sur ce constat, la DGUV précise que, pour ces pathologies, l'explication tient surtout au fait que pour très peu de cas de TMS, il est possible de confirmer le lien médical avec une cause professionnelle. L'aspect multifactoriel de la pathologie est souvent mis en avant.

Comme dans les autres pays, des mesures de prévention des TMS sont prises en Allemagne au titre de la prévention primaire, essentiellement des actions d'information à destination du patient sur les situations à risque ; ces mesures sont prises par les BG. En revanche, les outils de changement effectués au lieu de travail sont essentiellement à la charge de l'employeur. S'agissant de ses obligations, elles sont celles, générales, de l'identification des risques liés au travail, la mise en place de mesures de prévention et de visites médicales de prévention.

Des mesures de prévention secondaire peuvent être prises et financées par l'assurance AT/MP.

Le tableau spécifique aux TMS ci-dessous récapitule, par pathologies, le montant des coûts supportés par l'assurance.

Il inclut les sommes engagées pour des mesures individuelles « participation à la vie active ». Ces mesures sont destinées à éliminer ou à atténuer les difficultés ou l'impossibilité d'exercice de la profession (recyclage, formation professionnelle, aide au maintien dans l'emploi...) ainsi que des prestations transitoires versées aux assurés notamment pour changement de poste lorsque les mesures de prévention classiques ne peuvent réduire l'exposition.

	Traitement curatif			Participation à la vie active			Rente et IJ			Autres prestations			Nombre d'individus concernés
	Cas en stock constatés en 2008	Coût moyen par cas en stock en 2008 (euros)	Total des prestations 2008	Cas en stock constatés en 2008	Coût moyen par cas en stock en 2008 (euros)	Total des prestations 2008	Cas en stock constatés en 2008	Coût moyen par cas en stock en 2008 (euros)	Total des prestations 2008	Cas en stock constatés en 2008	Coût moyen par cas en stock en 2008 (euros)	Total des prestations 2008	
TMS avec condition d'abandon de l'activité													
BK 2101	194	1 228 €	238 232 €	23	10 945 €	251 735 €	568	3 193 €	1 813 624 €	1	7 810 €	7 810 €	741
BK 2104	319	440 €	140 360 €	15	3 524 €	52 860 €	2059	3 355 €	6 907 945 €	18	7 729 €	139 122 €	2122
BK 2108	3 696	2 467 €	9 118 032 €	317	7 704 €	2 442 168 €	4 854	4 418 €	21 444 972 €	12	7 224 €	86 688 €	7238
BK 2109	89	1 331 €	118 459 €	5	8 364 €	41 820 €	62	6 053 €	375 286 €	0	0	0 €	131
BK 2110	89	1 778 €	158 242 €	9	7 602 €	68 418 €	118	4 790 €	565 220 €	0	0	0 €	156
	4 387		9 773 325 €	369		2 857 001 €	7 661		31 107 047 €	31		233 620 €	10 388
TMS sans condition d'abandon de l'activité													
BK 2102	2 043	2 285 €	4 668 255 €	51	9 506 €	484 806 €	6 299	5 094 €	32 087 106 €	37	12 992 €	480 704 €	7179
BK 2103	664	1 490 €	989 360 €	18	10 211 €	183 798 €	3590	4 333 €	15 555 470 €	5	14 217 €	71 085 €	3769
BK 2105	321	2 087 €	669 927 €	16	7 421 €	118 736 €	67	3 483 €	233 361 €	2	11 973 €	23 946 €	386
BK 2106	38	376 €	14 288 €	4	4 440 €	17 760 €	125	3 716 €	464 500 €	0	0	0 €	151
BK 2112	NC	NC	NC	NC									
	3 066		6 341 830 €	89		805 100 €	10 081		48 340 437 €	44		575 735 €	11 485
TOTAL EN STOCK 2008	7 453		16 115 155 €	458		3 662 101 €	17 742		79 447 484 €	75		809 355 €	21 873

Coût total TMS 2008 (hors BK 2112):

100 034 095 €

Notes

- Les données comptabilisent, en 2008, le stock des pathologies concernées. Il s'agit donc de celles reconnues en 2008 mais aussi de celles des exercices antérieurs qui donnent lieu à prestations en 2008.

- La colonne « nombre d'individus concernés » peut être inférieure au total de la ligne, un même individu pouvant percevoir plusieurs types de prestations.

1-3- Espagne

L'Espagne dispose d'une **liste des maladies professionnelles** qui ressemble, sur le fond, à la liste européenne (énumération de maladies et/ou d'agents causaux).

En Espagne toutefois est associée à chaque agent causal une liste des principales activités professionnelles susceptibles de provoquer la maladie en relation avec l'agent causal. En dehors de cette précision, a priori la liste MP Espagne ne diffère pas de celle des autres pays. Pour autant l'Espagne se situe au 2^{ème} rang des reconnaissances après la France en 2006 (les TMS représentent 80 % des reconnaissances de MP, et semble-t-il plus car beaucoup seraient reconnus comme AT même en l'absence d'un événement traumatique).

En termes de **paramètres d'assurance**, les particularités notoires du système espagnol sont les suivantes :

- exigence d'un taux de 33 % d'IP pour donner droit à rente,
- pas de système complémentaire en tant que tel (même s'il existe une pratique consistant à faire passer en AT des MP hors liste ou dont le critère d'activité professionnelle n'est pas rempli).

Interrogé récemment sur le nombre de MP reconnues et particulièrement des cancers, les syndicats espagnols font état de l'existence d'une très forte sous déclaration (constat toutefois nié par les pouvoirs publics et les organismes d'assurance). Il est précisé que des expérimentations sont menées au niveau des régions pour sensibiliser les médecins au repérage des pathologies professionnelles, même si les efforts semblent se focaliser sur la détection des TMS et non des cancers.

S'agissant des TMS, le niveau de reconnaissance serait lié à un phénomène actuel de forte déclaration de ces pathologies. Les services instructeurs paraissent de ce point de vue assez ouverts à la reconnaissance de ceux-ci, compte tenu peut-être de leur « faible coût » (la plupart ne donne pas lieu à arrêt de travail à la charge de l'assurance AT/MP).

Annexe n° 5

Exemple de maquette d'un cursus universitaire médical

Maquette publiée au B.O. du ministère de l'éducation nationale, de l'enseignement supérieur et de la recherche du 28 mars 2004 (p. 2249) :

DIPLOME D'ÉTUDES SPÉCIALISÉES DE DERMATOLOGIE ET VÉNÉRÉOLOGIE - DURÉE : QUATRE ANS

I - Enseignements (deux cent cinquante heures environ)

A) Enseignements généraux

- Méthodologie de l'évaluation des pratiques de soins et de la recherche clinique et épidémiologique en dermatologie et vénéréologie ;
- Organisation, gestion, éthique, droit et responsabilité médicale en dermatologie et vénéréologie.

B) Enseignements spécifiques

- Anatomie, embryologie, développement, biologie et physiologie de la peau, des muqueuses et des phanères ;
- Principes de génétique, d'immunologie, d'infectiologie et d'oncologie appliqués à la peau, aux muqueuses et aux phanères ;
- Pharmacologie (métabolisme, posologie, action et toxicité) des médicaments usuels en dermatologie et vénéréologie ;
- Explorations endoscopiques, histologiques et fonctionnelles de la peau, des muqueuses et des phanères ;
- Épidémiologie, physiopathologie, anatomopathologie, diagnostic, pronostic et traitement des maladies de la peau, des muqueuses et des phanères : dermatoses infectieuses, parasitaires et mycosiques, dermatoses inflammatoires, allergiques et dysimmunitaires, dermatoses tropicales, tumeurs cutanées et lymphomes, manifestations dermatologiques des maladies systémiques, pathologie des glandes sébacées, sudorales et des annexes, pathologie des muqueuses, pathologie vasculaire et phlébologie, pathologie de la lumière et de la pigmentation ;
- Épidémiologie, prise en charge et prévention des maladies sexuellement transmissibles ;
- Dermatologie pédiatrique et génodermatoses ;
- Thérapeutiques et petite chirurgie dermatologiques, photothérapie, dermatologie esthétique et cosmétologique.

II - Formation pratique

A) Quatre semestres dans des services agréés pour le diplôme d'études spécialisées de dermatologie et vénéréologie, dont trois au moins doivent être accomplis dans des services hospitalo-universitaires ou conventionnés. Ces semestres doivent être effectués dans au moins deux services ou départements différents.

B) Quatre semestres libres, dont trois au moins doivent être accomplis dans des services agréés pour d'autres diplômes d'études spécialisées que le diplôme d'études spécialisées de dermatologie et vénéréologie ou pour des diplômes d'études spécialisées complémentaires.

Annexe n° 6

Comptes-rendus des auditions des partenaires sociaux

1°) La FNATH (M. DE BROCA et M. FELISSI)

La FNATH fait remarquer que la santé au travail est au cœur de l'actualité, au travers de thématiques comme la pénibilité ou la FIE.

1. Quelles évolutions depuis les préconisations de 2008 ?

- La FNATH n'observe pas de progression dans le degré d'information des salariés sur la législation en matière de reconnaissance AT-MP et de contestation possible des décisions des caisses. Il apparaît un fort besoin de formation des représentants du personnel en entreprise.
- En matière de suivi post-professionnel (SPP), aucune évolution n'est à noter, même pour le SPP amiante qui a pourtant donné lieu aux recommandations de la HAS de mai 2010, et alors même que l'expérimentation Spirale menée à la suite de la conférence de consensus de 1999 a donné des pistes d'actions permettant d'augmenter significativement le nombre de déclarations.
- La procédure de révision des tableaux de maladies professionnelles comporte toujours autant de lourdeurs. En outre, la révision de la partie relative à l'épaule du tableau n° 57 relatif aux affections périarticulaires dues à certains gestes et postures de travail porte en germe des sources de sous-déclaration et de sous-reconnaissance, dans la mesure où les conditions requises (angle d'abduction du bras, durée de l'effort) seront difficiles à atteindre et vérifier.

2. Les causes de sous-déclaration

La FNATH relève plusieurs causes principales de sous-déclaration :

- l'ignorance par les victimes de leurs droits ;
- la peur de la perte d'emploi, qui ne doit pas être sous-estimée puisque on compte 130 000 licenciements par an pour inaptitude ;
- le manque d'attractivité des indemnisations ;
- le manque de formation des médecins généralistes, puisque l'incitation à déclarer la MP vient plus souvent des CPAM, des organisations syndicales, des assistantes sociales ou de l'entourage que des médecins. La FNATH mène actuellement une action avec la fédération étudiante de kinésithérapeutes afin de les former aux procédures de déclaration de MP ;
- les cas de pression de la part des employeurs sur les salariés pour empêcher la déclaration existent mais sont difficiles à chiffrer.

Interrogée sur l'éventuel impact des mesures pénibilité de la réforme des retraites de 2010 sur la sous-déclaration, la FNATH distingue deux volets de cette réforme :

- le volet retraite anticipée : l'effet sur la sous-déclaration pourrait être minoré par certains facteurs, comme l'exclusion du dispositif de la plupart des victimes d'accidents du travail, le faible gain en termes de durée de retraite (quatre mois dans un premier temps) avant la montée en charge du dispositif, ou encore le fait que de nombreuses victimes proche de 60 ans avec 10 ou 20% de taux d'IP ne travaillent déjà plus et ne demanderont pas par conséquent à bénéficier du dispositif. La FNATH souligne que l'employeur peut être tenté d'utiliser cette mesure comme outil de gestion RH des seniors ;
- le volet traçabilité (carnet de santé individuel) : son effet éventuel sur la sous-déclaration sera subordonné à l'effectivité du droit et au respect par l'employeur de ces nouvelles contraintes de traçabilité.

Par ailleurs, les remontées des associations locales font état d'une hausse du nombre de victimes atteintes de TMS s'adressant à l'association dans un but de DMP. Il est toutefois difficile de mesurer

l'impact des campagnes ministérielles de prévention dans cette augmentation. Des phénomènes de déni sont observés (crainte de l'employeur, membres de la famille dans la même entreprise). En outre, l'indemnisation est particulièrement peu attractive pour ces troubles en raison des faibles taux d'IP.

On observe également une hausse du nombre de victimes s'adressant à la FNATH pour troubles psychologiques, mais celles-ci ne visent pas tant la DMP que les médiations avec l'employeur contre un licenciement pour inaptitude ou relatives aux périodes de reclassement.

3. Propositions

- La CNAMTS (branche Maladie) pourrait élaborer une cartographie mettant en évidence la répartition des arrêts maladie et leurs causes par bassins d'emploi. Une étude de la CNAMTS relative à l'évolution des arrêts de travail présentée lors de son conseil d'administration du 12 mai 2011 montrait la répartition des arrêts maladie par motifs médicaux et par secteurs d'activité, ce qui démontre que la CNAMTS dispose des outils nécessaires pour réaliser une telle cartographie. Cela permettrait de développer des actions ciblées sur la sous-déclaration pour les pathologies les plus concernées et dans les bassins d'emploi les plus touchés.

- il serait intéressant d'avoir une idée des coûts pris en charge par les établissements de santé qui devraient relever de la branche AT-MP (ex : arrivées aux urgences).

- la mise en place des ARS et des conférences de territoire de santé pourrait être un moyen efficace pour lancer des actions dans le domaine de la santé au travail par territoire de santé, par exemple en matière de sensibilisation du corps des médecins. Or, à l'heure actuelle, les ARS ne semblent pas avoir de programme spécifique en matière de santé au travail.

- une réflexion pourrait être engagée sur un transfert financier de la branche AT/MP vers les MDPH, dans la mesure où les MDPH prennent en charge les frais pour les victimes d'aménagement du logement, de la voiture, l'aide d'une tierce personne, etc.

2°) La CFDT (M. FOREST et M. CUIGNET)

La CFDT présente les évolutions en matière d'AT-MP depuis 2008.

Les accidents du travail

Concernant les accidents du travail, les pratiques de certains employeurs sont à la frontière de la légalité. Ainsi, certains employeurs font revenir l'employé de manière prématurée après un AT sur un poste dit « aménagé ». De grands groupes peuvent exercer des systèmes de pression allant jusqu'à chercher la victime à son domicile afin qu'elle reprenne son activité sans arrêt de travail.

Cette pratique s'accompagne souvent de l'absence de consultation du médecin du travail sur l'aménagement du poste lors de la reprise d'activité. Par conséquent, la définition du poste « aménagé » ne prend pas en compte les facteurs médicaux objectifs et ne correspond qu'à la vision de l'employeur. En outre, un AT nécessite souvent un accompagnement spécifique et un temps de latence avant la reprise nécessaire à la reconstruction psychologique, qui n'est pas respecté lorsque le médecin du travail n'est pas consulté.

Par ailleurs, le salarié peut subir des pressions de la part de ses collègues le conduisant à reprendre de manière prématurée une intensité d'activité non conforme à son état de santé, notamment lorsque l'entreprise met en œuvre un management par système de primes à la productivité.

Cette pratique entraîne également un problème de traçabilité en cas de rechute : il est difficile pour la victime de prouver que la rechute est liée à l'accident primaire, puisqu'elle a repris le travail immédiatement sur un poste dit « aménagé ».

La complexité des démarches administratives

- Le doute ne bénéficie pas à l'assuré quand le dossier est mal complété, notamment lorsque le CMI n'est pas suffisamment précis quant à la pathologie et les motifs d'exposition, les services administratifs ou le médecin-conseil ne redressant ou ne complétant que rarement dans ce cas les informations.
- Les victimes ne déclarent souvent pas leur AT-MP par crainte de perdre leur emploi, ce phénomène étant notamment observé pour les personnes atteintes de TMS.
- Les délais pour obtenir des actes médicaux complémentaires sont plus longs en AT-MP qu'en maladie, notamment pour les actes d'imagerie médicale ou les interventions chirurgicales. Ce phénomène est encore plus accentué chez les retraités. Il s'observe aussi dans le cadre du suivi post-professionnel (qui est, lui, à charge du fonds d'action sanitaire et sociale et non de la branche AT-MP). En effet, les professionnels de santé, dans la mesure où ils ne peuvent pas prendre de dépassements d'honoraires sur ces actes, mettent souvent les patients sur liste d'attente, voire même parfois les encouragent à accepter leur prise en charge par la branche maladie plutôt que la branche AT-MP.
- Les CPAM forment certes une partie du personnel au risque AT-MP, mais leur activité AT-MP est marginale comparée à l'activité maladie. En outre, le personnel des caisses a un profil administratif et juridique plutôt que technique en matière de santé au travail.
- On observe également une disparité entre caisses dans la manière de mener l'enquête administrative puisque l'enquête sur site, la rencontre de la victime des ayant droit ou encore des membres du CHSCT n'est pas obligatoire.
- La coordination entre les CARSAT, compétentes pour la politique générale en matière de prévention AT-MP, et les CPAM, responsables du traitement des dossiers individuels, est insuffisante.
- Il est à noter qu'en 2008, certains établissements hospitaliers n'enregistraient aucune intervention au titre du risque AT-MP. Aujourd'hui, les lettres-réseau envoyées aux établissements de santé ont permis d'améliorer cette situation (du moins n'y a-t-il plus d'établissement n'enregistrant *aucun* AT-MP), bien que des disparités subsistent.

Tableaux et mécanismes de reconnaissance

- La révision du tableau n°57 portant sur les affections périarticulaires de l'épaule provoquées par certains gestes et postures au travail:

La CFDT a participé aux travaux de la commission spécialisée relative aux pathologies professionnelles du COCT chargée de réviser le tableau 57. Cette révision a été initiée à la demande de la direction des risques professionnels en raison de l'hétérogénéité des décisions des caisses et du nombre élevé de contentieux liés, d'après elle, à sa rédaction insuffisamment précise. Les modifications du tableau concernant la dénomination des pathologies de l'épaule et les délais de prise en charge ne soulèvent pas de problème de son point de vue. En revanche, elle est fortement opposée à l'insertion dans la liste des travaux d'une durée d'exposition précise (en l'occurrence 2h1/2 par jour), qui ne respecte pas l'esprit de la présomption d'imputabilité basée sur le caractère habituel de l'exposition et qui lui paraît relever davantage de l'arbitraire que d'un raisonnement scientifique étayé. Cette exigence supplémentaire rendra plus difficile l'instruction par les caisses et la preuve par la victime de son exposition. Cette révision entraînera en outre une hausse des contentieux au titre de l'alinéa 3 ce qui est précisément à l'opposé du but recherché.

- La réparation des RPS :

La CFDT souhaite que soit facilitée la reconnaissance des pathologies liées aux facteurs de risques psychosociaux. Elle constate le taux insuffisant de reconnaissance des pathologies psychiques liées au travail au titre de l'alinéa 4 de l'article L.461-1 (environ 70 en 2010).

Le verrou à la reconnaissance au titre de l'alinéa 4 de l'article L.461-1 est double : la nécessité de la détermination provisoire de l'IPP (il faut donc que le médecin conseil intervienne différemment dans les cas de dépressions en signalant celles dont on peut présumer qu'elles entraîneront (*in fine*) une incapacité permanente à l'issue de la période d'incapacité temporaire) et l'obtention concomitante d'un taux d'IP de 25% (ce qui est très élevé pour les pathologies mentales). Une réflexion est en cours sur le sujet au sein du groupe de travail relatif à l'amélioration de la prise en charge des psychopathologies dans le cadre de la commission spécialisée relative aux pathologies professionnelles du COCT. Une autre voie de reconnaissance pourrait être la création d'un tableau sur le stress post-traumatique mais ce n'est qu'une fraction des pathologies psychiques.

Par ailleurs, le versement de la rente empêcherait les salariés reconnus au titre de l'alinéa 4 qui poursuivent leur arrêt de travail de percevoir des IJ. Cette question est en débat à la DGT et la DSS, et la CFDT attend les conclusions du groupe de travail à ce sujet.

Cancers

En matière de reconnaissance des cancers, aucune amélioration n'est notable. Ainsi, pour le cancer de la vessie, l'INRS recensait en 2002 10 711 cas de cancers de la vessie dont 14% seraient d'origine professionnelle, ce qui signifie que près de 1 500 cas devraient être reconnus chaque année, alors qu'il n'y a que 25 cas reconnus en 2010.

Le rapport Masse avait ouvert le débat sur la part attribuable au travail pour certains cancers. Lors des échanges ayant eu lieu au cours de la négociation sur le protocole d'accord sur la prévention, la tarification et la réparation des risques professionnels de 2007, a été évoqué l'éventualité pour les cancers d'un mécanisme de reconnaissance tenant compte de la fraction de risque attribuable, afin d'indemniser davantage de localisations de cancers par des montants moins élevés.

Les employeurs font preuve en effet d'une grande réticence à l'indemnisation de cancers supplémentaires opposant le caractère multifactoriel de leur origine. Cette position n'est pourtant pas justifiée par l'inflation du nombre des reconnaissances des cancers professionnels pour les tableaux existant.

Le processus de révision des tableaux au sein de la commission spécialisée relative aux pathologies professionnelles

Les tableaux de maladies professionnelles sont élaborés au sein de la commission spécialisée n°4 du COCT relative aux pathologies professionnelles. Leur processus d'élaboration pose problème, selon la CFDT, puisque le travail scientifique et la recherche du compromis social sont conduits en même temps au sein des groupes de travail, ce qui a pour conséquence que les experts sont souvent pris à partie par les partenaires sociaux.

La CFDT propose de dissocier ce processus en deux temps : d'abord l'élaboration d'un rapport d'orientation scientifique, qui pourrait être réalisé par l'Anses qui semble l'organisme le plus approprié, puis sa discussion par les partenaires sociaux afin de rechercher le consensus social.

Les conséquences de l'allongement du temps de travail

Actuellement, les pathologies liées au travail posté et au travail de nuit ne sont pas reconnues, comme les maladies cardiovasculaires, le cancer du sein (dont la force du lien avec le travail reste toutefois à préciser) et les troubles du sommeil qui sont pris en charge par la branche maladie. L'allongement du temps de travail aura pour conséquence une hausse de la survenue avant la retraite de ces pathologies, dont il conviendra d'étudier la prise en charge au titre des AT-MP.

En outre, certaines pathologies déjà reconnues connaîtront également une augmentation pour les mêmes raisons, notamment les TMS comme le montrent les chiffres présentés par la CNAMTS lors de la CAT-MP du 09 mars 2011 et issus d'une étude relative aux incapacités permanentes et à la pénibilité.

Il est à noter qu'aujourd'hui de nombreuses personnes de plus de 55 ans ont déjà cessé leur activité professionnelle et soit sont prises en charge au titre des risques maladie, invalidité et AT-MP, soit perçoivent des allocations chômage.

Pour la CFDT, l'allongement du temps de travail risque donc d'induire une augmentation de l'absentéisme maladie dont il serait intéressant de calculer le coût pour la branche maladie et la part attribuable aux conséquences du travail.

Frais de gestion des caisses

Les frais de gestion des AT/MP sont imputés aux CPAM. Des économies pourraient être faites sur ce poste. Ainsi, la CPAM du Maine-et-Loire estime que le coût de l'envoi des décisions de rejet avec A/R est de 135 541 €, soit un coût sur l'ensemble du territoire estimé environ à 11 M€.

Les déclarations d'AT peuvent désormais être faites par voie dématérialisée. Il est à noter, que l'absence de recommandé pour les notifications, peut donner la possibilité aux employeurs de contester les décisions. La mise en place d'un système de mails certifiés faisant office d'A/R dématérialisé permettrait des économies non négligeables.

Les frais inhérents aux recours devant les TASS ou les TCI (instruction des dossiers, ...) sont à la charge totale des CPAM.

Propositions de travaux statistiques visant à mieux évaluer les arrêts maladie imputables au travail

Il n'existe à l'heure actuelle pas d'étude systématique établissant le lien entre les arrêts maladie et les motifs d'absence en tout ou partie attribuables au travail. Une étude de la CNAMTS sur le sujet a été menée en 2004 sur les arrêts de 2 à 4 mois (« Description des populations du régime général en arrêt de travail de 2 à 4 mois - octobre 2004 ») et avait pointé pour partie la responsabilité des conditions travail).

La CFDT propose ainsi de bâtir un système pérenne et solide au sein de la branche maladie qui permettrait de mettre en évidence les coûts qui lui sont imputés à tort en rapprochant les statistiques sur les arrêts maladie de celles sur les motifs d'absence pour évaluer la part liée au travail. Ces données pourraient être exploitées tant au niveau national que local, notamment pour mener des actions de prévention ciblée.

Les obligations de traçabilité

- La traçabilité collective prévue par la loi de Grenelle du 3 août 2009 fait l'objet d'expérimentations dans cinq régions, mais s'annonce difficile à mettre en œuvre. En effet, l'exemple de l'obligation de déclaration à la CPAM par l'employeur qui utilise des procédés de travail susceptibles de provoquer des MP (article L. 461-4 du Code de la sécurité sociale), restée lettre morte depuis 30 ans, montre la difficulté des employeurs à être transparents sur le sujet des expositions, compte tenu des conséquences éventuelles en termes de FIE ou de mise en cause de leur responsabilité d'obligation de sécurité de résultat. La traçabilité collective n'a en outre de sens que si les données sont collectées par les CARSAT et non les seules CPAM et utilisées pour établir une cartographie des risques à des fins de prévention.

- Les obligations de traçabilité individuelle de l'employeur (fiche d'exposition individuelle vis-à-vis des ACD dont les CMR) ont été étendues depuis la loi de réforme des retraites du 9 novembre 2010 aux facteurs de risque de pénibilité. Là encore elles n'ont d'intérêt que si elles sont effectivement mises en œuvre par les employeurs, et qu'un système pérenne de conservation de données sur la carrière d'un salariés est mis en place, ce que n'offrent pas les services de santé au travail en ce qui concerne les dossiers médicaux des salariés. La CFDT considère que ces dispositifs de traçabilité devraient être gérés par les CARSAT compétentes à la fois pour les risques professionnels et la retraite et disposant déjà de ce fait d'un savoir faire en matière de gestion historique des données individuelles.

3°) Le MEDEF (Mme CORMAN, Mme BUET et M. PELLET)

Les évolutions des chiffres AT-MP depuis 2008 à partir du bilan des conditions de travail pour l'année 2010

Le MEDEF constate que le nombre d'accidents du travail a baissé depuis 2008 et que le taux de fréquence a atteint le niveau historiquement bas de 36 pour 1000, ce qui prouve l'efficacité du système français. En 2009, les AT ont en effet diminué de 7,5%, baisse qui ne s'explique pas seulement par la réduction des effectifs salariés qui n'était que de 2,2%.

Le nombre de reconnaissances de MP a connu une croissance régulière, notamment concernant les pathologies liées à l'amiante, les pathologies du rachis lombaire et les TMS. Le nombre de reconnaissances de pathologies dues au ciment ont baissé, et un quart environ des tableaux de maladies professionnelles ne donnent plus lieu à de nouvelles demandes de reconnaissance.

Cette hausse du nombre de reconnaissances des MP ne correspond pas à une aggravation des conditions de travail, mais plutôt à une meilleure connaissance juridique de leurs droits par les salariés, à la sensibilisation du corps médical, et à la prise en charge par le système de reconnaissance, des maladies à caractère multifactoriel (TMS, rachis lombaire). Comme le rappelle le bilan des conditions de travail : « En effet, l'augmentation du nombre de pathologies reconnues est pour l'essentiel la conséquence d'une meilleure reconnaissance juridique des travailleurs ».

Le système français est exemplaire, en raison de la présomption d'imputabilité du système des tableaux de maladies professionnelles complété par le système complémentaire de reconnaissance. La France prend ainsi en charge la moitié des MP de l'ensemble de l'Europe. L'étude Eurogip « Les maladies professionnelles en Europe » démontre ainsi que la France a le plus grand nombre de reconnaissances d'MP et que c'est le pays qui indemnise le plus grand nombre de TMS et de cancers professionnels.

La mise en oeuvre des préconisations du rapport de la commission de 2008

Plusieurs tableaux de maladies professionnelles ont été revus depuis 2008, notamment les tableaux n°43 bis sur les affections cancéreuses provoquées par l'aldéhyde formique et ses polymères, le tableau n° 36 bis sur les affections cancéreuses provoquées par certains dérivés du pétrole, et le tableau n° 19 sur les spirochétoses. Par ailleurs, sont en cours de révision le tableau n°15 ter sur les cancers de vessie, le tableau n° 57 sur les TMS, et les tableaux sur les monomères de plastique.

Puisqu'aucun indicateur ne met en évidence une détérioration de la santé des salariés et que le nombre de pathologies prises en charge augmente de manière continue, le MEDEF ne comprendrait pas que le transfert de charges de la branche AT-MP vers la branche maladie ne diminue pas. En outre, le processus de création et de révision des tableaux de maladies professionnelles est de plus en plus scientifique et pluridisciplinaire. Une hausse du transfert remettrait en cause le sérieux des procédures d'élaboration des tableaux.

Le système français présente l'avantage d'indemniser des pathologies multifactorielles avec présomption d'origine professionnelle, sans tenir compte des autres facteurs (cancer du nasopharynx dans le tableau sur le formaldéhyde n°43 bis pouvant également être causé par un virus, cancer du poumon dans le tableau n°61 sur le cadmium pouvant être causé par le tabac).

Concernant les déclarations d'AT-MP, plusieurs actions ont été menées ces dernières années pour améliorer la situation : la CNAMTS a mené plusieurs actions visant à développer l'accompagnement des victimes et à former les médecins. Les employeurs respectent leur obligation de déclaration des AT, puisqu'ils encourent un risque s'ils ne font pas cette déclaration, que la déclaration peut en tout état de cause être faite par la victime, et qu'il existe un contrôle par le CHSCT.

La branche AT-MP ne doit pas être une variable d'ajustement par rapport au déficit de la branche maladie. Le prélèvement devient très important au regard des masses financières de la branche AT MP s'élevant environ à 13 milliards d'euros. On ne peut imposer la double peine aux entreprises, c'est-à-dire leur demander d'investir dans la prévention et en outre de financer la sous-déclaration.

Questions diverses

Concernant la sensibilisation des médecins, le MEDEF remarque que leur durée de formation n'a pas changé, mais que les médecins traitants sont globalement sensibilisés à l'obligation à déclarer toute pathologie à caractère professionnel (art. L.461-6 du code de la sécurité sociale) à la fois par les articles médicaux et par l'action des institutions telles que la CNAMTS, la ligue contre le cancer, l'ARC etc.. Leur sensibilisation varie toutefois selon les facteurs de risque : ainsi les pneumologues sont fortement sensibilisés à l'origine professionnelle des pathologies dues à l'amiante, en revanche les cardiologues ne le sont pas forcément concernant l'hypertension éventuellement majorée par le stress professionnel (bien que la société de cardiologie cite ce facteur comme facteur associé à l'hypertension dans ses fascicules).

Le MEDEF souligne que les salariés sont également mieux informés sur leurs droits qu'auparavant par de nombreux acteurs tels que les associations de victimes, le médecin du travail, les syndicats, ce qui les conduit à déclarer leur pathologie plus fréquemment.

Concernant la révision du tableau n° 57, le MEDEF précise qu'elle a été faite suite à une demande de la CNAMTS pour pallier à l'hétérogénéité des décisions des caisses concernant les affections péri-articulaires et à l'engorgement des CRRMP. Il rappelle que 45 000 TMS sont reconnus en France chaque année, alors que d'autres pays n'en reconnaissent que 1 000. Il existe donc un fort décalage avec les autres pays de l'Union européenne. Au cours des discussions le tableau 57 A, centré sur les pathologies de l'épaule qui ont duré un an et demi, les experts ont joué rôle majeur, et l'insertion d'une durée d'exposition et d'un angle d'abduction dans la liste de travaux du tableau était tout d'abord leur proposition. (Société française de santé au travail, société française de rhumatologie)

Concernant la retraite anticipée pour pénibilité, on peut penser qu'elle incitera certains salariés en fin de période d'activité à effectuer une déclaration des MP, croissante au fur et à mesure de la montée en charge du dispositif, d'autant plus que les salariés n'ont pas à démontrer leur exposition au risque pour les MP.

Le MEDEF souhaite que la plus grande prudence soit employée à l'égard de l'évolution des connaissances scientifiques et à leur interprétation en pratique. Ainsi, si quelques études tendent à suspecter une légère augmentation des cancers du sein chez des salariés travaillant en équipe de nuit, elles ne concernent toutefois pour l'instant que certaines populations telles que les infirmières et les hôtesses de l'air qui travaillent dans des conditions spécifiques et dont les risques sont également particuliers. Il ne faudrait donc pas conclure hâtivement à l'insertion du cancer du sein dans les tableaux de MP ou penser qu'il existe une sous déclaration. Plus globalement, les chiffres sur la part attribuable des cancers qui seraient dus au travail peuvent varier selon les expertises de 1,6% selon le CIRC à 10% selon l'InVS.

Concernant la réparation des maladies professionnelles, le MEDEF fait observer que des travaux sont en cours au niveau européen qui déboucheront sur un état des lieux global en Europe et éventuellement sur des mesures incitatives ou réglementaire en tant que de besoin. La question de la définition de la MP et des « maladies liées au travail » sera abordée et le rapport de ce groupe de travail est attendu pour la fin de l'année 2011.

Dans ces conditions, le MEDEF considère conforme à la réalité de diminuer le montant du prélèvement opéré sur la branche ATMP vers la branche maladie, observant dans le même temps que tout maintien du transfert excessif fragilise cette branche ATMP et remet en cause le caractère incitatif de la prévention des risques professionnels, à laquelle les entreprises et les salariés sont attachés.

Le MEDEF indique qu'il adressera à la commission une contribution reprenant la totalité des arguments.

4°) La CFE-CGC (M. SALENGRO)

La CFE-CGC considère comme en 2008 qu'un certain nombre d'indicateurs laissent à penser que le nombre de déclarations de MP est nettement inférieur au nombre réel des pathologies imputables à l'activité professionnelle.

Tableau n° 57

La révision du tableau n° 57 risque d'aggraver l'écart entre le nombre réel de pathologies et le nombre de pathologies déclarées, puisqu'elle va conduire à un effondrement artificiel du nombre de TMS déclarés. En effet, les conditions du tableau ont été durcies (durée d'exposition), ce qui conduira à un accroissement du nombre de refus de reconnaissance et à un engorgement des CRRMP.

Il est à souligner que les critères de la présomption d'imputabilité, ouvrant droit à une réparation forfaitaire et plafonnée, ne peuvent être aussi stricts que les critères utilisés en droit civil, où l'indemnisation est plus intéressante pour la victime.

Concernant le processus de révision des tableaux, la CFE-CGC propose de confier l'expertise à des experts en médecine du travail plutôt qu'à des experts hospitaliers. En effet, les travaux de révision ne peuvent se fonder uniquement sur la connaissance clinique des pathologies et nécessitent en outre une bonne connaissance de la réalité du terrain et du droit social (procédure de reconnaissance des MP).

Imputation de dépenses AT-MP à la branche maladie

Une étude de la CNAMTS montre la répartition par secteur d'activité de la part des montants d'IJ maladie et AT-MP versés en 2009 au sein de la masse salariale. Selon les secteurs, ce montant varie du simple au triple. Ainsi, le secteur de l'information et de la communication donne lieu à la part de la masse salariale consacrée au versement d'IJ la plus faible (0,6 %), et le secteur de la construction à la part la plus élevée (2,7 %). Au vu de ces éléments, on peut émettre l'hypothèse que pour chaque secteur la part de la masse salariale consacrée aux IJ supérieure à 0,6% correspond grossièrement à la part des IJ imputables au risque professionnel au titre de la sous-déclaration. Cette étude pourrait donc justifier une majoration importante du transfert de la branche AT-MP vers la branche maladie.

En outre, les dépenses hospitalières, qui représentent la moitié des dépenses de sécurité sociale, continuent d'être globalement prises en charge par la branche maladie et on n'observe pas de progrès dans l'imputation des soins à la branche AT-MP lorsqu'elles devraient l'être.

Risques psycho-sociaux

Ce problème est plus que jamais d'actualité. En effet, selon les remontées des fédérations, la proportion du nombre de suicides par rapport aux effectifs salariés par branche augmente.

En outre, la CFE-CGC réalise et publie depuis 2003 deux fois par an le "baromètre stress CFE-CGC", un outil de veille se présentant sous la forme d'un questionnaire, et diffusé auprès d'un panel représentatif de près de 1000 cadres. Le prochain doit être publié courant juin 2011 et fait apparaître qu'environ 70% des sondés se disent « sous pression » et que 50% déclarent des maux tels que des dorsalgies ou maux de tête. Cette hausse du stress peut notamment s'expliquer par de nouvelles méthodes de management (« lean management ») ou encore par le mauvais usage des nouvelles technologies (l'entreprise met à disposition des salariés des moyens de connexion à distance, ce qui rend floue la frontière vie privée/vie professionnelle).

Divers

Il est à noter que l'usage accru de substances chimiques, dont beaucoup sont mises sur le marché sans réelle validation médicale, conduit à une hausse de certaines maladies professionnelles comme les asthmes et les eczéma, notamment dans la population agricole. Les effets sur la santé des salariés des nanomatériaux sont également à observer.

Concernant l'évolution des AT, la CFE-CGC constate qu'ils se maintiennent à un niveau élevé, mais que leur répartition change. En effet, le nombre des AT graves augmente, alors que les AT bénins diminuent. Cette répartition peut être interprétée comme une hausse de la sous-déclaration des accidents bénins, qui sont plus faciles à masquer. On remarque également une disparité des chiffres relatifs aux AT entre régions. Globalement, on constate un manque de contrôleurs pouvant s'assurer du respect de l'obligation par les employeurs de déclarer les AT.

5°) La CGT (M. NATON et M. DELAUNAY)

La CGT souligne les efforts et progrès accomplis au cours de ces trois dernières années. Elle remarque que la hausse du nombre de reconnaissances d'AT/MP s'accompagne toutefois d'une dégradation des conditions de travail. En effet, les TMS et cancers se développent, et les risques psycho-sociaux – émergents il y a trois ans – connaissent un véritable essor. Le phénomène de la sous-déclaration persiste donc malgré des améliorations.

Elle constate :

- l'absence de prise en compte par le corps médical du parcours professionnel du patient et donc de l'origine professionnelle de certaines pathologies
- des lacunes dans l'accompagnement des victimes par les CPAM (procédures trop complexes)
- une légère amélioration dans la pratique massive de sous-déclaration par le patronat des AT
- mais une persistance d'une sous-déclaration « structurelle » due au système de santé dans sa globalité (médecins, pharmaciens, hôpitaux, usage abusif de la carte vitale pour des AT/MP)

Il s'agit donc désormais de remettre au cœur du débat l'organisation du travail, et d'instaurer une réelle politique de prévention, afin d'éviter tant les conséquences en termes de santé des salariés qu'en termes de dépenses de santé causés par le « mal-travail ».

Ce constat est illustré par plusieurs pratiques/disfonctionnements observés par la CGT :

1- La pratique de l'employeur d'accompagnement des victimes d'un AT chez le médecin-traitant

- La pratique signalée à la commission en 2008 et observée chez EDF-GDF et consistant à faire accompagner par un supérieur hiérarchique les victimes d'un AT à la consultation chez le médecin-traitant et à faire payer ce supérieur en liquide a reculé chez EDF mais semble se développer dans de plus petites entreprises.
- Chez EDF-GDF, une nouvelle pratique s'est développée : la victime est incitée par son employeur à délivrer un courrier-type au médecin indiquant que son poste sera aménagé. L'objectif est d'influencer le médecin afin qu'il ne prescrive pas d'arrêt de travail.

Parfois, l'employeur demande au médecin du travail de cosigner ce courrier-type (il arrive que le médecin du travail refuse). Cette pratique est contraire au code de santé publique et dénoncée par le conseil de l'ordre des médecins. Sur les postes aménagés, le contrôle social n'est pas forcément au courant puisqu'il n'est pas informé par l'employeur contrairement à la réglementation qui indique que tout aménagement de poste doit faire l'objet d'une consultation, du CHSCT (art. L.4612-11 du code du travail) et du comité d'entreprise (art. L.2323-30 du CT)

Cette pratique d'accompagnement de la victime chez le médecin est clairement conseillée dans les notes nationales internes d'EDF-GDF, étant précisé que « l'accompagnant n'entre pas dans le cabinet médical » (note « Déclaration des accidents du travail à ERDF et GRDF - retour et maintien dans l'emploi »). La CGT rappelle donc régulièrement aux salariés que ne peuvent effectuer le transport sanitaire que les organismes agréés qui concourent à l'aide médicale urgente (article L.6312-2 du code de santé publique : SAMU ou SMUR, services départementaux d'incendie et de secours, ambulances privées).

Ces pratiques induisent une minoration artificielle des statistiques d'AT. En effet, les AT bénins n'entraînant ni arrêt de travail ni soins n'apparaissent en effet pas dans les statistiques CNAMTS puisqu'ils sont simplement inscrits sur le registre de l'entreprise prévu à cet effet.

- La CGT préconise par conséquent de croiser les statistiques AT avec les dépenses de la branche maladie ou encore avec le nombre d'arrêts de travail (IJ). L'exploitation des chiffres d'indemnités journalières peut également permettre, par exemple pour les TMS, d'isoler certains bassins d'emploi, voire certaines entreprises ou administrations. L'objectif est de rendre visibles les chiffres réels d'AT.

2- La déclaration par internet des accidents bénins

Selon l'art. L. 441-4 du code de la sécurité sociale, la CARSAT peut autoriser un employeur, pour les accidents de travail bénins (n'entraînant ni arrêt de travail, ni soins médicaux), à les inscrire sur un registre ouvert à cet effet en remplacement de la procédure de DAT classique auprès de la CPAM.

Une expérimentation a été menée par la CNAMTS en région pour effectuer les déclarations d'AT sur internet. Se pose la question de savoir si ce nouveau mode de DAT ne permet pas de déroger aux obligations posées par l'art. D. 441-1 du CSS précité (présence permanente d'un médecin ou équivalent, existence d'un poste de secours d'urgence et CHSCT). En outre, la déclaration par internet se fait dans le bureau d'un supérieur hiérarchique, ce qui rend le salarié plus vulnérable à toute forme de pression, notamment dans la recherche de la faute éventuelle du salarié.

La CGT indique qu'il serait utile d'avoir un retour d'expérience sur cette expérimentation CNAMTS.

3- Le transfert de charges à la branche maladie (via la carte vitale)

Suite à la DAT, l'employeur remet à la victime une feuille d'accident du travail lui donnant accès à une prise en charge de ses soins à 100% des barèmes sécurité sociale et au tiers payant. Toutefois, en pratique, la victime rencontre plusieurs écueils qui l'empêchent d'obtenir cette prise en charge au titre des AT :

- les professionnels de santé (médecin, pharmacien) demandent à l'assuré de fournir la carte vitale (au lieu d'utiliser uniquement la feuille d'accident du travail)

- le logiciel informatique utilisé par les pharmaciens poserait plusieurs difficultés :

- il conditionnerait la prise en charge de soins AT à l'entrée d'un numéro de dossier qui n'est attribué par la CPAM à l'assuré qu'une fois la DAT reçue – or il semblerait que nombre de dossiers soient égarés par les CPAM, notamment en région parisienne, et que l'attribution de ce numéro puisse par conséquent prendre jusqu'à deux mois.

- ce même outil informatique ne leur permettrait pas (en tout cas dans l'exemple cité d'une personne relevant de la CAMIEG) de cocher la case « AT ».

- dans le cas des pharmacies de quartier, les données « maladie » du patient sont préenregistrées. Le pharmacien n'a donc même pas besoin de demander la carte vitale au patient pour pouvoir enregistrer la demande de remboursement de ses soins en maladie au lieu de l'AT, même s'il a un n° de dossier AT.

Ces pratiques semblent généralisées chez les pharmaciens voire d'autres professionnels de santé, pour qui l'imputation du remboursement des soins AT, à la branche maladie, serait une garantie d'être payé plus rapidement et sûrement.

Déclaration des maladies professionnelles

Les déclarations de maladies professionnelles sont toujours problématiques par manque de connaissance et d'information sur les liens entre travail et pathologie (salariés, professionnels de santé...). Cette réalité atteste d'une importante sous-déclaration dans le domaine. Les salariés qui font la démarche se retrouvent très vite engagés dans des procédures qui relèvent d'un parcours du combattant avec des difficultés pour pouvoir remettre les documents attestant de leurs expositions. Cela ne fait que les décourager et finit par l'abandon de la procédure pour un certain nombre d'entre eux. Les employeurs se refusent toujours à délivrer de façon volontaire les fiches ou attestations d'exposition.

4. L'accompagnement des victimes

Il est nécessaire de simplifier les démarches et d'assurer un réel accompagnement des victimes par les CPAM. Il conviendrait d'avoir, comme cela est mentionné dans la COG AT/MP, une approche globale des

différents acteurs, associant notamment les médecins du travail et les assistantes sociales (dont le nombre est drastiquement réduit, puisqu'il n'y en a parfois qu'une ou deux par région). Il faudrait redonner du sens aux services sociaux de la CARSAT.

Par ailleurs, la réforme de la médecine du travail est ressentie comme une urgence sur le terrain au regard des difficultés rencontrées.

5. L'inapplication des sanctions prévues par la réglementation

La CGT s'étonne que, même lorsque la CARSAT ou l'inspection du travail est informée par les assurés de pratiques d'absence de déclaration d'AT par les employeurs, aucune sanction ne soit jamais prise contre ces derniers, alors même que des pénalités financières sont prévues par le code de la sécurité sociale. Elle préconise donc d'utiliser les outils réglementaires existants pour lutter contre la sous-déclaration.

6°) L'UPA (Mme SANDAL)

L'UPA indique que sa position est restée inchangée depuis son audition pour la commission de 2008 : elle est opposée au transfert de charges de la branche AT/MP au profit de l'assurance maladie sous le prétexte d'une sous-estimation des AT/MP. Elle salue toutefois l'effort accompli dans le dernier rapport de 2008 en vue de définir des critères d'évaluation objectifs de la sous-déclaration.

Elle rappelle l'article 6 du protocole d'accord du 5 avril 2006 relatif à la gouvernance de la branche qui prévoit la définition de mécanismes permettant de garantir une plus grande transparence et visibilité des sommes affectées à la branche maladie. Les parties signataires proposent que ces montants soient fixés dans un cadre conventionnel sur la base de critères définis par la CATMP.

Les progrès réalisés depuis 2008

- Dans le domaine réglementaire, plusieurs textes ont été soumis aux partenaires sociaux dans le cadre de la CATMP. Sur le fonds, l'UPA note une meilleure prise en charge de certains soins (prothèses dentaires) et la révision de plusieurs tableaux de maladies professionnelles. Sur la forme, la procédure contradictoire d'instruction des MP a été améliorée en juillet 2009.

- La CNAMTS a en outre mené des actions visant à ce que les chefs d'entreprise soient mieux informés des risques pour eux et les salariés. Cela s'est notamment traduit par l'organisation des « Matinées employeurs », qui s'inscrivent dans le programme « Nouvelle offre de services » de la COG ATMP. Cette meilleure information est également développée plus particulièrement à destination des TPE par branche, les CTN organisant des actions de proximité (par l'intermédiaire des fédérations et de dispositifs de dialogue social notamment pour les artisans).

- Enfin, le ministre du travail Xavier Bertrand a expressément demandé en 2007 que les différents acteurs de santé au travail comme l'ANACT, l'InRS, et les CTN ciblent plus particulièrement les TPE. En matière de RPS, il a lancé le Plan d'urgence de prévention du stress, et mis en ligne une liste des entreprises vertueuses en matière de prévention du stress (qui a été critiquée car elle ne tenait pas compte des TPE). En outre, les DIRECCTE se rapprochent des organismes paritaires pour organiser des actions de prévention et de sensibilisation envers les TPE. L'UPA envisage pour 2011 d'étudier avec l'ANACT les possibilités d'actions afin de mieux cibler les entreprises d'artisanat.

Hausse des cotisations

Les cotisations ont augmenté de 0,1% pour les TPE, cette hausse s'appliquant de manière indifférenciée aux entreprises ayant fait ou non des efforts de prévention. Face à cette hausse de cotisations, un réel épuisement des TPE est palpable, surtout dans les secteurs du bâtiment et des services.

Pour les chefs d'entreprise de l'artisanat et du commerce de proximité, le transfert à la branche maladie ne correspond pas à ce que devrait être l'esprit assurantiel de la branche, avec une corrélation entre les cotisations des entreprises et les risques encourus par les salariés.

La réforme de la tarification menée en 2010 a également nécessité beaucoup de pédagogie de la part des partenaires sociaux notamment à l'égard des chefs d'entreprise de TPE, d'autant plus que l'instauration de la retraite anticipée pour pénibilité entraînera un risque de majoration de cotisations supplémentaire.

Les chefs d'entreprise de l'artisanat et du commerce de proximité sont ainsi limités dans leurs marges d'efforts de prévention pour des raisons budgétaires.

MP et AT

L'UPA souligne qu'il convient de bien appliquer les outils de prévention déjà existants, comme le contrat de prévention simplifié (visant à ce que le budget prévu pour les TPE leur soit bien attribué).

Elle observe une hausse des maladies professionnelles notamment au titre des tableaux 57, 97 et 98 et amiante. Selon l'UPA, ce n'est pas le risque qui augmente mais l'information dont disposent les salariés. Il semblerait que les actions d'information de la DRP envers les victimes et les médecins traitants aient porté leurs fruits.

Concernant le système complémentaire de reconnaissance (CRRMP), l'UPA s'interroge sur le respect de finalité première, qui est de fixer des critères objectifs pouvant mener à la conception de nouveaux tableaux de maladies professionnelles.

Concernant la déclaration des accidents du travail bénins, l'UPA souhaiterait une simplification des processus de déclaration, dont les modalités pourraient être définies en concertation avec les chefs d'entreprise, même si cette simplification est déjà entamée depuis que la CNAMTS a mis en place la possibilité de déclarer par internet.

Conclusion

La commission a conforté les partenaires sociaux dans la prise de conscience de certaines difficultés, comme par exemple le fait que la mauvaise information des acteurs, dont les employeurs, puisse être une cause de sous-estimation. Toutefois, l'UPA fait part de son inquiétude face à une nouvelle hausse du montant du transfert à la branche maladie, et réitère son attachement au respect de l'article 6 du protocole d'accord du 5 avril 2006 relatif à la gouvernance de la branche.

7°) La CFTC (M. NERON et M. SEIGNOVERT)

La CFTC note que plusieurs recommandations de la commission de 2008 ont été suivies d'effet. Toutefois, l'augmentation des déclarations d'accidents du travail (AT) et maladies professionnelles (MP) paraît coexister avec une sous-déclaration qui demeure importante. Elle rappelle par ailleurs que les AT ont certes diminué au fil des ans, mais que les MP ont augmenté.

Les professionnels de santé

En raison de l'absence de valorisation de leur cursus universitaire, la pénurie de médecins du travail s'aggrave de jour en jour, alors qu'ils sont les plus aptes à établir le lien entre les pathologies du salarié et son travail, et les négociations syndicales relatives à la réforme de la médecine du travail n'ont pas abouti. La réforme est prévue pour l'automne, mais semble s'être enlisée.

Une réponse possible à cette pénurie, même si elle n'est pas pleinement satisfaisante, pourrait être de sensibiliser les médecins de ville aux pathologies en rapport avec le travail. Aujourd'hui, les intéressés demeurent insuffisamment informés malgré deux campagnes faites par la CNAMTS par le biais des délégués d'assurance maladie et les informations disponibles sur le site de la branche ATMP. La CFTC propose que deux jours de formation soient consacrés aux AT-MP dans la formation initiale des médecins et que cette

thématique soit également davantage abordée pendant la formation continue, quitte à faire contribuer financièrement la branche ATMP. De même, les liens entre la médecine du travail, la médecine de ville et la médecine hospitalière sont à développer davantage, ainsi que l'information à destination des médecins. Les médecins de ville devraient pouvoir avoir accès au dossier médical de travail, mais cette proposition n'est pas forcément acceptée par les médecins du travail.

Il faudrait enfin inciter les CPAM à avoir un meilleur suivi des victimes et réduire les disparités entre caisses en matière de reconnaissance des AT-MP, même si toutes semblent avoir progressé sur le délai de traitement des déclarations d'ATMP.

Les entreprises

Encore trop d'entreprises ne remplissent pas le document unique d'évaluation des risques professionnels ou alors souvent de manière incomplète ; c'est le cas même lorsque l'entreprise dispose d'institutions représentatives du personnel. Un décret de 2008 impose certes aux entreprises de l'afficher afin d'en permettre la consultation par tous les salariés, mais cet affichage n'est que rarement mis en œuvre alors qu'il aiderait les salariés à faire le lien entre leur pathologie et le travail.

Les intérimaires sont particulièrement exposés aux risques professionnels, mais ce sont les moins formés à la prévention, le plus souvent parce qu'il est peu évident aux agences de travail temporaire de les regrouper. En outre, il existe un flou concernant les AT des intérimaires : qui déclare, l'agence qui les recrute ou l'entreprise pour laquelle ils travaillent ? La CFTC tente à cet égard de mettre en place des formations en matière de prévention à destination des intérimaires, mais il existe chez eux une réticence à signaler les AT bénins par crainte, avérée au demeurant, que l'entreprise demande alors à l'agence d'envoyer un autre intérimaire.

Des expérimentations menées par la CNAMTS sont en cours pour développer la traçabilité collective, point fort de la COG Etat-branche AT-MP 2009-2012. Le règlement européen REACH permet en outre de mieux identifier les produits chimiques à risque et d'améliorer la traçabilité. Il faudrait en revanche développer davantage la traçabilité individuelle et le suivi médical des salariés, et notamment permettre que le dossier médical soit toujours transmis en cas de mobilité du salarié. Il est à noter cependant que le dossier médical peut, dans certains cas, être un frein pour l'embauche.

L'affichage dans les grandes entreprises du nombre d'AT par établissements est à double tranchant, surtout lorsque cette donnée conditionne l'octroi de primes aux directions de ces établissements : certes, il incite les salariés à s'inscrire dans les démarches de prévention et donc à se protéger davantage ; cependant, il peut conduire à une certaine sous-déclaration.

Le champ de la prise en charge

La retraite anticipée pour pénibilité aura pour conséquence une réduction de la sous-déclaration et un développement de la traçabilité dans la mesure où les salariés accorderont plus d'importance à leur suivi de carrière. En revanche, la crise économique a eu un effet à la hausse sur la sous-déclaration, en accentuant la peur de la perte d'emploi des salariés et c'est une attitude que les organisations syndicales peuvent difficilement infléchir.

Les tableaux de maladies professionnelles évoluent trop lentement. En 2008, un seul tableau a été révisé, 5 en 2009 et aucun en 2010. La multiplicité des acteurs ralentit le processus.

La révision de la partie A relative à l'épaule du tableau n°57, par l'introduction de critères restrictifs tels qu'une durée d'exposition minimale quotidienne dans une posture déterminée, entraînera une baisse du nombre de reconnaissances pour les TMS. Leur prise en charge relèvera donc de la branche maladie.

Concernant les risques psycho-sociaux, la CFTC ne demande pas forcément l'élaboration d'un tableau de maladies professionnelles, mais au moins un minimum d'encadrement. L'enjeu, pour les salariés concernés, c'est une meilleure prise en charge, puisque cette dernière ne concerne aujourd'hui que quelques dizaines de cas par an.

L'accord national interprofessionnel sur le stress au travail du 2 juillet 2008 est difficilement décliné dans les entreprises, puisqu'à peine un tiers des entreprises ont négocié de tels accords, que la plupart sont des accords de méthode, et que les CHSCT ont souvent été tenu à l'écart des négociations.

La CFTC tente de mieux former les membres du CHSCT car ils sont au cœur de la santé au travail. La prévention doit être développée davantage dans les TPE et TME.

Les statistiques de la CNAMTS pourraient être plus précises en matière d'AT-MP.

Enfin, la mission des CRAT-MP reste à définir. Elles ont un vrai rôle de proximité et il est souhaitable qu'elles soient porteuses d'une nouvelle dynamique. Leur lien avec les ARS et la répartition des compétences restent à définir.

8°) La CGT-FO (M. BILQUEZ et Mme MANDELCAWJG)

La CGT-FO indique que depuis 2008, date de la dernière audition, des évolutions positives doivent être notées en matière d'AT-MP mais que toutefois, celles-ci ne doivent pas masquer une réalité difficile pour les salariés.

Les avancées

- La prévention des risques professionnels est renforcée dans la réglementation comme dans les accords négociés par les partenaires sociaux, par exemple à travers l'accord national interprofessionnel sur le stress au travail du 2 juillet 2008 et l'accord sur le harcèlement et la violence au travail du 26 mars 2010. Toutefois, il existe des obstacles à leur transposition sur le terrain, en raison notamment de la réticence des organisations patronales de mener des négociations au niveau des branches professionnelles et de leur crainte de devoir remettre en cause l'organisation du travail.
- La modification de la procédure d'instruction AT-MP doit permettre de réduire le contentieux en matière de tarification.
- La réforme de la tarification et des incitations financières va permettre de développer la prévention par les entreprises.
- L'indemnité temporaire d'incapacité (ITI) est une avancée positive en matière d'AT et répare enfin une injustice qui faisait peser des charges financières sur le salarié victime d'un AT-MP.
- Les décisions de justice permettent un renforcement des droits des victimes, tant dans la reconnaissance des risques psychosociaux (Cour d'appel de Versailles – mai 2011, reconnaissance de la faute inexcusable de Renault dans un cas de suicide d'un salarié) que dans le domaine de la réparation des AT-MP (Conseil constitutionnel – juin 2010, vers la réparation intégrale).

Malgré ces avancées positives, on observe une dégradation des conditions de travail des salariés, et le niveau de gravité des accidents du travail augmente.

Les régressions

- Les textes durcissent les conditions de reconnaissance des MP, ce qui mènera à une sous-reconnaissance des MP. La révision du tableau n° 57 en est la meilleure illustration, puisque les critères du tableau sont durcis, ce qui est une régression sociale pour les salariés. L'ensemble des syndicats de salariés s'est opposé à la proposition de tableau sur la partie épaule issue des travaux de révision lors du passage en commission permanente du COCT. Cette révision aura pour conséquence de réduire le nombre de reconnaissances et d'engorger davantage les CRRMP.
- La réforme de la médecine du travail s'est enlisée. Les négociations syndicales ont échoué notamment en raison de la volonté d'une confédération patronale d'intégrer au projet d'accord la réforme de l'incapacité. Pour autant, certaines mesures ne sont malheureusement pas reprises par la proposition de loi, comme la mutualisation de certains SST, ou encore la mise en place d'un système de solidarité entre SST : les services autonomes des grandes entreprises pourraient servir également aux PME et TPE, ainsi qu'aux sous-traitants. De même, la proposition de loi ne règle pas le problème de la gouvernance des SST, l'idée de présidence alternée étant problématique. De plus, il aurait été préférable, comme cela avait été proposé lors des

négociations syndicales, que les administrateurs des SST soient désignés par les organisations syndicales, sans limiter cette désignation aux salariés des entreprises adhérentes au SST concerné.

FO propose également le rétablissement d'une passerelle permettant aux médecins en exercice de devenir médecin du travail après une formation ad hoc, comme cela était possible dans les années 70. Cela pourrait être un élément incitatif pour les jeunes à choisir cette spécialité et un moyen de revaloriser cette dernière et de combler le déficit démographique de médecins du travail.

Les accidents du travail

Il serait souhaitable de pouvoir disposer du nombre de déclarations d'accidents du travail initiées directement par le salarié, dans le cas où l'employeur défaillant ne la fait pas. Cela permettrait en effet d'évaluer la sous-déclaration par les employeurs.

En outre, aucun document ne permet de consigner le lieu de l'accident lorsque les secours effectuent le transport de la victime à l'hôpital. Un tel document établi par les secours eux-mêmes pourrait servir de preuve irréfutable de la survenance de l'accident sur le lieu du travail (et éviter toute tentative d'« arrangement » ultérieur de la part de l'employeur).

En matière de fraude, le discours officiel du ministre (FORUM COG) ne devrait pas se contenter de stigmatiser la fraude des arrêts de travail abusifs, mais également rappeler que la sous-déclaration des accidents du travail par les employeurs est une fraude grave, qui a pour conséquence que le coût de l'accident du travail soit supporté par la collectivité et non par l'employeur. La sous-déclaration des AT doit donc bien être considérée comme une fraude à l'Assurance Maladie et sanctionnée comme telle.

Les maladies professionnelles

L'explosion des MP reflète des conditions de travail dégradées. La destruction massive d'emplois 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.

Il est à noter que les risques psycho-sociaux et les TMS ont souvent des causes communes (résultant d'une organisation du travail néfaste pour la santé des travailleurs), ce qui plaide pour l'avancée d'un tableau de maladies professionnelles portant sur les RPS.

En outre, les tableaux doivent être adaptés aux dernières connaissances scientifiques : par exemple, de nombreuses études ont mis en exergue un lien entre le travail de nuit et les 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.

La CARSAT devrait fournir une aide à la déclaration de maladie professionnelle aux victimes afin de leur faciliter les démarches administratives.

La problématique des AT-MP devrait être plus présente dans la formation initiale et la formation continue des médecins.

Dans les établissements de santé, la recherche de l'éventuelle origine professionnelle des maladies doit être systématisée, et les investigations à ce sujet développées.

9°) La CGPME (M. THILLAUD)

La CGPME a été auditionnée mais, faute du temps nécessaire à la révision du compte rendu, n'a pas souhaité que celui-ci figurât dans le rapport.

Annexe n° 7
Contributions des partenaires sociaux

Audition par la Commission instituée par l'article L 176-2 du code de la sécurité sociale 20 mai 2011

Tous les 3 ans, cette commission doit remettre un rapport permettant d'évaluer le coût réel pour la branche maladie de la sous-déclaration des accidents du travail et des maladies professionnelles. Avant de dresser les facteurs de cette sous-déclaration persistante des accidents du travail et maladies professionnelles, la FNATH souhaite faire un bilan de la mise en œuvre des préconisations faites

dans le précédent rapport.

I – Mise en œuvre des préconisations faites dans le précédent rapport de la commission

La FNATH ne peut malheureusement que constater, par rapport aux personnes qui viennent chaque année dans ses permanences, que le degré **d'information des salariés** reste très insuffisant quant à leur droit, notamment en ce qui concerne le document unique. Mais au-delà, la procédure même de déclaration d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle n'est pas assez connue. Les représentants du personnel sont souvent très demandeurs d'informations, de formations ou de soutien sur toutes ces questions.

Le précédent rapport préconisait de « *reprendre la pratique du suivi post-professionnel, qui aujourd'hui reste très modeste en-dehors du cas de l'amiante* ». Dans une audition publique d'avril 2010, la HAS faisait un constat différent concernant le SPP amiante, puisqu'elle estimait que « le constat fait, notamment à partir des statistiques des demandes de prise en charge auprès du régime général de la Sécurité sociale, est celui d'un dysfonctionnement du dispositif ». Les recommandations de la HAS sont à ce jour restées sans suite et se heurtent à de fortes résistances. On rappellera également que, dans les 4 régions pilote choisies après la conférence de consensus de 1999, le nombre de déclaration des MP avait alors fortement augmenté. Les réticences s'expliquent donc non pas tant par le coût de la mise en œuvre du dispositif que par le coût probable suscité par la hausse des déclarations de MP.

L'actualisation des tableaux de maladies professionnelles reste un sujet de discussion tendue, avec des évolutions peu rapides. On notera **notamment le projet de révision du tableau 57** (épaule), dont on connaît l'importance au regard de la question de la sous-déclaration des maladies professionnelles. Dans le projet de tableau en attente de publication, il est ainsi prévu, dans la liste des travaux, des travaux comportant des mouvements ou le maintien de l'épaule en abduction avec un angle supérieur ou égal à 60° pendant au moins 3 h30 ou 2 heures par jour en cumulé ou avec un angle supérieur ou égal à 90° pendant au moins 1 heure par jour en cumulé.

La FNATH ne peut que contester ces rédactions, qui, si elles venaient à être publiées, reviendrait à rendre d'autant plus difficile la reconnaissance des maladies professionnelles au titre de ce tableau. Au regard des travaux de votre commission, il s'agirait ni plus ni moins d'un renforcement des facteurs de sous-déclaration. Nous ne pouvons accepter une formulation qui impose un mesurage précis du temps pendant lequel la position est tenue. L'énoncé d'une durée chiffrée constituera inévitablement une barrière redoutable, compte tenu de la difficulté à mesurer exactement.

Les salariés franchement exposés au risque (caissières, agents de nettoyage, aides-soignants, travailleurs du bâtiment...) devront apporter la démonstration des 3h30 ou 2h en abduction à 60°. De nombreux dossiers seront refusés ou aboutiront au CRRMP, voire ne seront pas engagés car une telle difficulté rebutera nombre de candidats à la déclaration.

Au-delà de ces réflexions critiques non exhaustives de la mise en œuvre des préconisations de la précédente commission, la FNATH note toutefois que, depuis 3 ans, la question de la santé au travail et de la prévention est devenue un sujet de société, comme en témoigne la médiatisation de certaines situations dramatiques dans des entreprises ou les discussions autour de la prévention de la pénibilité au travail dans le cadre de la réforme des retraites. Malgré cela, les facteurs favorisant la sous-déclaration des AT-MP restent identiques et tenaces.

II – Principales causes de sous-déclaration des maladies professionnelles

Les causes restent identiques à celles présentées dans le précédent rapport.

La plupart des victimes ignorent leurs droits, que ce soit dans la déclaration ainsi que dans les possibilités de contestation (notamment de la fixation d'un taux).

L'appréhension au regard de la perte éventuelle d'un emploi reste importante, mais surtout justifiée. Chaque année, 130 000 licenciements pour inaptitude sont prononcés, sans susciter de réactions véritables de la part des pouvoirs publics. Au contraire même puisque la loi de simplification du droit publié au journal officiel du 18 mai permet dorénavant le licenciement pour inaptitude des salariés en CDD, salariés la plupart du temps déjà extrêmement précaires.

L'indemnisation des AT-MP reste peu attractive et pour reprendre les termes de la Cour des comptes « obsolète, discriminatoire et inéquitable ». Sur cette question, on notera un des plus importants retours en arrière avec la fiscalisation (partielle) des indemnités journalières des victimes du travail, ainsi que deux évolutions positives :

- d'une part, l'allocation temporaire d'inaptitude, qui permet la poursuite du versement des indemnités journalières pendant le mois suivant le prononcé de l'inaptitude définitive par la médecine du travail (suite à un AT ou une MP) et avant que n'intervienne la réaction de l'employeur (reclassement, licenciement ou bien reprise du versement du salaire). Toutefois, rien n'est encore prévu pour indemniser la quinzaine de jours entre les deux visites en général nécessaires au constat d'une telle inaptitude,

- d'autre part, la décision du conseil constitutionnel du 18 juin 2010 concernant la réparation intégrale en cas de faute inexcusable, mais dont l'application se heurte à de nombreuses difficultés, qui rendent nécessaires une modification législative.

Le manque de formation de nombre de médecins, l'hétérogénéité des pratiques des caisses et des CRRMP constituent autant de facteurs permettant d'expliquer la sous-déclaration des AT-MP.

En conclusion, les constats cités ci-dessus portent en eux les pistes de propositions, assez identiques à celles faites dans le cadre du précédent rapport.

Pour autant, le contexte de l'intervention publique dans le champ de l'organisation de la santé a été radicalement modifié par la loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires depuis votre dernier rapport. Selon notre lecture, cette loi - *et encore plus ses textes d'application* - a « raté » une chance historique de faire de la santé au travail en région une composante « à part entière » de la santé publique. Pour autant, il n'en demeure pas moins, qu'aujourd'hui, tous les acteurs s'accordent à considérer que les conditions de travail constituent un des déterminants principaux de la santé. Dès lors, nous pensons que les nouvelles institutions - *ARSA, CRSA et Conférences de territoires* -, à défaut, de mettre en œuvre une politique de santé qui prenne réellement en compte les conditions de travail, pourraient, a minima, constituer un outil de promotion de la lutte contre la sous-déclaration en direction des offreurs de soins. Ainsi, un travail de promotion de l'information des soignants au sujet des cancers ou des TMS d'origine professionnelle nous semble un objectif opérationnel concret.

Au-delà de ces propositions, la FNATH souhaite attirer l'attention de la Commission sur l'effectivité du droit, qui reste le maillon faible de notre système. Mais, surtout, on doit déplorer l'absence de toute volonté politique réelle d'exploiter les bases de données dont dispose la branche maladie alors que l'outil informatique permet, désormais, des croisements d'une telle finesse qu'il est parfaitement possible de s'assurer une réelle connaissance du lien connexe entre, par exemple, la durée des arrêts de travail et les bassins d'emploi et les types d'industries ou d'activités.

Il est à regretter, également, des désengagements dont les conséquences sont et seront redoutables tant pour le suivi médical et sanitaire des populations que dans la connaissance épidémiologique. Ainsi, il semble que les versions numériques des radiographies ne soient plus prises en charge par l'Assurance maladie et que les patients se voient facturer entre 2 et 10 euros le cliché numérique s'ils souhaitent disposer d'une archive exploitable lors d'une seconde lecture.

Enfin, les victimes d'ATMP gravement handicapées, partiellement indemnisées, s'orientent vers le dispositif de la prestation de compensation mis en place par la loi du 11 février 2005 pour obtenir une prise en charge de la tierce personne non couverte dans son intégralité par la majoration tierce personne de la sécurité sociale et de l'aménagement du logement et du véhicule. Pour la FNATH, il n'est pas acceptable que les départements – et donc les contribuables locaux – mais aussi l'Etat finance ce qui appartient, en réalité, à la branche ATMP et soient ainsi limités, du fait de cette mobilisation injuste des ressources à leur disposition, dans le financement de la perte d'autonomie. Votre commission pourrait ainsi voir élargir son périmètre d'intervention à l'évaluation d'un transfert à la charge de la branche accidents du travail et maladies professionnelles, au profit de la CNSA, un versement annuel.

Audition de FO par la Commission relative à l'évaluation du coût de la sous- déclaration des AT/MP

Force Ouvrière fait le constat que la problématique de la santé au travail prend de plus en plus d'importance et fait parler d'elle. Depuis 2008 (année du dernier rapport de la commission), cette « médiatisation » a entraîné une réelle évolution de la santé au travail :

- **les évolutions positives**: la prévention des risques professionnels se trouve renforcée par une série de textes législatifs et/ou réglementaires ainsi que par les accords conclus entre partenaires sociaux.

- ☞ identification et définitions des risques psychosociaux (accords Stress/ Harcèlement et violences au travail) ;
- ☞ modification de la procédure d'instruction des déclarations ATMP (qui devrait réduire le nombre de contentieux relatifs à la tarification initiés par les employeurs) – décret 2009 ;
- ☞ adoption d'un nouveau système de tarification des ATMP et rénovations des incitations financières permettant une meilleure prévention (ainsi qu'une sanction plus importante en cas de manquement) – 2010
- ☞ entrée en vigueur de l'indemnité temporaire d'invalidité (prévue dans un accord conclu entre partenaires sociaux en 2007) qui permet au salarié déclaré inapte par le médecin du travail suite à un accident ou à une maladie d'origine professionnelle, de bénéficier, dans l'attente de son reclassement ou de son licenciement, d'un « revenu » sous forme d'indemnités journalières -2010
- ☞ décisions judiciaires (Conseil constitutionnel, juin 2010 – reconnaissance de la faute inexcusable de Renault dans le cadre d'un suicide)...

Cette prolifération de textes en matière d'ATMP ne doit pas masquer une réalité difficile voir intenable pour les salariés dont les conditions de travail continuent de se dégrader sur le terrain.

L'ambition des textes n'est malheureusement pas toujours à la hauteur des défis que nous devons relever en matière de santé au travail et pire, en durcissant les règles de reconnaissance des ATMP, elle induira, de fait, une sous- déclaration encore plus importante.

- **les évolutions négatives voire régressives** :

- ☞ la loi portant réforme des retraites et ses décrets d'application durcissent les conditions de départ anticipé à la retraite en même temps qu'ils instaurent une confusion entre différentes notions (invalidité, incapacité...). Force Ouvrière s'est déjà prononcée à plusieurs reprises sur la dangerosité de ces textes et sur les conséquences néfastes qu'ils auront sur la santé des travailleurs. Il y a fort à parier que les conditions très restrictives qui ouvrent le droit à un départ anticipé seront source de contentieux, d'augmentation des CRRMP et...de sous-déclaration puisque les ATMP, au vu de la nouvelle législation seront de moins en moins reconnus (mais que leurs conséquences devront être « réparées » par le régime de l'assurance maladie). – 2010/2011

- ☞ de même, la récente 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. Là encore, si cette modification était actée, il est à craindre une 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). 2011

☞ la réforme de la médecine du travail peine à voir le jour. 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.

Force Ouvrière regrette qu'une partie de la délégation patronale ait fait échouer les négociations sur la modernisation de la médecine du travail en introduisant, à la fin du calendrier, un « cavalier » visant à réformer l'inaptitude. Ce sujet, aussi important soit-il, n'avait pas de lien avec la négociation qui visait à redynamiser la médecine du travail.

Malheureusement, la proposition de loi ne reprend pas les sujets qui avaient pourtant fait l'objet d'un consensus entre les partenaires sociaux (notamment, sur la composition du Conseil d'administration – administrateurs désignés librement par les organisations syndicales et patronales).

Force Ouvrière tient à souligner de nouveau, qu'elle s'oppose à une présidence alternée et rappelle sa proposition de créer des « passerelles » entre des médecins « de ville » déjà installés, qui, avec une formation complémentaire et spécialisée, pourraient exercer en tant que médecins du travail. Cette proposition permettrait de pallier, en partie, le problème de pénurie des médecins du travail.

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 2009, le nombre d'AT enregistré une baisse de 7,5% par rapport à 2008. Néanmoins, il ne faut pas s'y tromper ; ce chiffre reflète avant tout l'effet de la baisse de l'activité économique (l'emploi a diminué d'au moins 1,8% tous secteurs confondus en 2009).

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...).

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**

Leur nombre a explosé ces dernières années et il n'est pas prêt de diminuer (sauf par le biais d'un durcissement des conditions de reconnaissance des MP) = +8,7% par rapport à 2008 portant leur nombre à 49 341.

Les TMS représentent environ 80% des MP. Cette explosion reflète des conditions de travail dégradées. La destruction massive d'emploi 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.

Aussi, 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 multi- factorielles, enquêtes...).

A ce titre, et comme préconisé dans le rapport de 2008, 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, 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).



Positions de la CFTC relatives à la sous déclaration des accidents du travail et des maladies professionnelles **(Audition devant la commission prévue à l'article L.176-2 CSS)**

La CFTC estime que certaines recommandations que la commission a préconisées en 2008 ont été suivies d'effets, comme se fut le cas de celles préconisées en 2005. Cependant, cette situation ne se traduit pas par une diminution de la sous déclaration des accidents du travail et des maladies professionnelles (ATMP). Elle est malheureusement confrontée à la montée en puissance des MP et en particulier troubles musculosquelettiques (TMS) et surtout des risques psychosociaux (RPS) qui sont difficiles à cerner car découlant de différents facteurs.

Voici nos analyses et propositions CFTC dont certaines s'appuient sur les préconisations du dernier rapport de la commission et qui ont été insuffisamment traitées à nos yeux:

Professionnels de santé:

- ✓ La démographie médicale se dégrade de jour en jour ne permet plus de maintenir encore longtemps le système actuel. Cette situation est préjudiciable à l'effectivité de la reconnaissance des maladies professionnelles. En effet, c'est le médecin du travail qui peut faire le lien entre une pathologie et le travail, que ce soit par le suivi médical individuel ou par l'identification des salariés exposés à certains risques lors des études en entreprises. D'ailleurs, le dossier médical du travail et la fiche d'entreprise sont des documents qui sont utiles pour caractériser le lien entre une maladie et le travail.
- ✓ Malgré les campagnes de sensibilisation de 2008 menées par la CNAMTS, les médecins de ville ne sont pas suffisamment sensibilisés aux MP. 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. Dans le cadre du cursus de formation initiale des médecins, il faut insister sur le fait que lors des consultations médicales ils devront rechercher si les pathologies de leurs patients sont en rapport avec leur travail.

En entreprise:

Malgré son caractère obligatoire depuis 10 ans, la mise en place du document unique dans les entreprises n'est pas généralisée. Par ailleurs, les entreprises

n'évaluent pas tous les facteurs de risques. En outre, l'information des salariées, prévues depuis 2008, n'est pas suffisamment effective. La CFTC considère qu'une meilleure information sur les risques professionnels permettra aux salariés concernés de faire le rapprochement entre la pathologie et leur activité professionnelle et serait ainsi susceptible de réduire la sous déclaration.

- ✓ L'emploi des intérimaires et le taux anormalement élevé d'ATMP est préoccupant. Le changement fréquent d'entreprises rend difficile la détermination de l'origine d'une MP. De plus, les intérimaires méconnaissent les mécanismes de la déclaration des ATMP et ignorent que l'entreprise de travail temporaire doit faire cette déclaration.
- ✓ Par ailleurs malgré une plus ample connaissance sur la déclaration des ATMP par les salariés, il y a encore trop de cas où l'employeur essaie de dissimuler des accidents par différentes méthodes. En particulier, l'affichage mensuel des statistiques des accidents dans les grandes entreprises avec établissements multiples incitent à ne pas déclarer les AT. Il faut reconnaître tout de même une évolution sur la prise de conscience des entreprises stimulée par divers décrets.

Les salariés:

La crise économique a certainement accentué la sous déclaration car beaucoup de salariés, de peur de perdre leur emploi dans cette période de chômage accrue, ne signalent pas un AT bénin.

- ✓ Les délais de traitement des DAT, malgré la création d'un service spécialisé dans les CPAM, sont encore trop longs.

Eléments sur le champ de la prise en charge

- ✓ Lenteurs dans l'actualisation des MP :
 - En 2008, un tableau du régime général a été modifié (n°1).
 - En 2009, 5 tableaux du régime général ont été modifiés (n° 4, n° 16bis, n°19, n° 36bis, n° 43bis)
 - En 2010, aucun tableau n'a été modifié.
- ✓ 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 hors tableau progresse, elle reste limitée à quelques dizaines de cas annuellement.
- ✓ 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. Cela a été mis en évidence à l'occasion de plusieurs contentieux récents devant le Conseil d'Etat.

- ✓ De même, en 2011, le projet de révision de la partie A du tableau n° 57 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. Par conséquent, si les victimes, 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.
- ✓ La montée en puissance des RPS principalement due à une nouvelle forme de management et à une course effrénée vers la productivité est toujours dans l'attente d'une prise en compte réglementée. Malgré les accords sur le stress au travail instaurés par l'ANI de juillet 2008 suivi d'un plan d'urgence, les résultats mettent en évidence que sur les 1300 entreprises concernées, il y a eu seulement 234 accords et 250 plans d'actions concertés (réunion du Comité permanent du COCT du 19/04/2011). La plus grande partie des accords sont des accords de méthode, c'est-à-dire qu'ils ne portent que sur une démarche et ne comportent aucunes mesures concrètes de prévention. Les accords comportent rarement un engagement précis de la direction de l'entreprise ou une volonté d'implication de ses instances dirigeantes. Le CHSCT est le plus souvent mis à l'écart du pilotage et du suivi de la démarche de prévention des risques psycho-sociaux.
- ✓ Pour ce qui est des CMR les actions nationales portées entre autres par la branche ATMP au sein de la COG devraient porter ses fruits à terme car la recherche de traçabilité est véritablement actée. Reste à traiter la "traçabilité individuelle" qui doit être suivie dans un dossier individuel suffisamment complet et détaillé afin d'être exploitable et fiable.

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.

Note PB/HS/11.352

Paris, le 12 mai 2011

**OBJET : TRANSFERT PREVU PAR L'ARTICLE L.176-2 DU CODE DE LA SECURITE SOCIALE
SOUS DECLARATION DES AT-MP –COMMISSION DIRIQ****I - MAPPEL DU DISPOSITIF :**

Depuis 1996, en application de l'art. L 176.2 du code de la Sécurité sociale, une Commission présidée par un Conseiller maître à la Cour des comptes est chargée d'établir pour 3 ans, un bilan des problèmes posés par la sous déclaration des AT et MP.

Cette Commission s'est ainsi réunie en 2008, présidée par Monsieur Noël DIRICQ, Conseiller maître à la Cour des comptes. Elle a alors permis au législateur de fixer pour 2009, 2010 puis 2011,

à 710 millions d'euros, le montant du versement de la branche accidents du travail et maladies professionnelles à la branche maladie, maternité, invalidité, décès du régime général de la sécurité sociale au titre des frais supportés par cette dernière branche en raison des accidents du travail ou des maladies professionnelles non reconnus.

Trois ans plus tard, comme le prévoit la loi cette Commission est à nouveau amenée à se prononcer.

II – ANALYSE ET POSITION DE L'UPA :

L'UPA rappelle que la branche AT-MP subit dans le cadre de ce transfert, des prélèvements constants et systématiques, au bénéfice de l'assurance maladie, au prétexte d'une « sous-estimation »

des AT-MP, jusqu'ici sans prise en compte des efforts d'ores et déjà mis en œuvre pour limiter ces phénomènes et sans qu'aucune étude sérieuse ne soit allée jusqu'au bout de cette problématique.

Elle est donc opposée à ce transfert pour deux raisons :**1 – IE TRANSFERT MET EN PERIL, L'EFFICACITE DU SYSTEME DE TARIFICATION DES ACCIDENTS
DU TRAVAIL
ET DES MALADIES PROFESSIONNELLES, EN MATIERE D'INCITATION A LA PREVENTION:**

En effet, par ce transfert fixé arbitrairement et systématiquement dans chaque loi de financement de la Sécurité sociale, depuis 1996, les pouvoirs publics mettent par la même en péril, l'efficacité du système de tarification des accidents du travail et des maladies professionnelles, en matière d'incitation à la prévention.

Or, l'UPA attire l'attention de la présente Commission sur le fait que :

- d'une part l'évolution de chaque branche obéit à des dynamiques de dépenses différentes,
- d'autre part la structure de leurs recettes tend à se différencier.

L'UPA rappelle en effet, que la branche accidents du travail- maladies professionnelles, plus que tout autre branche, est restée marquée par la technique

dite de « l'assurance » se traduisant par une corrélation entre les contributions des entreprises et les risques qu'encourent leurs salariés.

Or, cette corrélation s'inscrit dans un effort général de prévention et dans le but d'assurer automatiquement l'équilibre financier de la branche.

Pour l'UPA, ce transfert ne peut donc qu'avoir des effets dissuasifs sur les efforts de bonne gestion de la branche concernée. Il décrédibilise en outre, le système basé sur l'incitation à la prévention au terme duquel lorsque le chef d'entreprise diminue le niveau du risque dans ses établissements, sa cotisation baisse à due proportion.

Il faut rappeler en effet, qu'aujourd'hui la branche AT-MP ne serait pas déficitaire si elle ne devait pas assumer la charge de tels transferts.

2 – CE TRANSFERT NE TIENT PAS COMPTE DES AMELIORATIONS APORTEES AU DISPOSITIF ET QUI DE FAIT, REDUISENT D'AUTANT LE CHAMP POTENTIEL DE LA SOUS DECLARATION :

L'UPA invite la commission à prendre connaissance de la note établie par les services de la Direction des risques professionnels en vue de la réunion du 8 décembre 2010, dressant un état des lieux sur les conséquences positives en termes de reconnaissance des AT-MP, résultant des évolutions en matières de réparation.

En effet, la dernière évaluation du transfert prévu par l'article L.176-2, à la branche maladie, date de 2008. Depuis, la Commission des Accidents du Travail et des Maladies Professionnelles a décidé de l'introduction de trois éléments majeurs dans le processus de réparation, à savoir :

- début 2009, **une amélioration de la prise en charge des produits et prestations remboursables et des prothèses dentaires** en réduisant le reste à charge par application d'un coefficient multiplicateur sur les tarifs de responsabilité, mesure prévue par le protocole d'accord des partenaires sociaux du 12 mars 2007 relatif à la prévention, à la tarification et à la réparation des risques professionnels, entérinée par la LFSS pour 2009, et précisée, en ce qui concerne le coefficient multiplicateur (1.5), par arrêté du 03 février 2009.
- mi-2009, **une évolution de la procédure d'instruction** visant à encadrer et sécuriser le processus en ce qui concerne les règles du contradictoire, les obligations des caisses vis-à-vis des parties dans le respect du principe d'indépendance des rapports entre les assurés et les employeurs, avec comme principaux apports le point de départ du délai d'instruction de la déclaration d'AT, l'obligation d'information par la Caisse de l'employeur et de la victime durant la phase d'instruction ainsi que la notification des décisions. L'application du décret n° 2009-938 du 29 juillet 2009 relatif à la procédure d'instruction des déclarations d'accidents du travail et maladies professionnelles a été précisée par une circulaire ministérielle dédiée (DSS/2C/2009/267), et pour les CPAM par une lettre au réseau (LR/DRP-59-2009).
- mi-2010, **un complément à la prise en charge du salarié déclaré inapte à la suite d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle**, également initié par l'accord des partenaires sociaux en 2007. L'indemnité temporaire d'inaptitude (ITI), spécifiée par l'article 100-1 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2009, complétée par le décret n°2010-244 du 09 mars 2010 est entrée en vigueur depuis le 1er juillet 2010. Les victimes déclarées inaptes à compter du 1er juillet 2010 à la suite d'un AT-MP reconnu ont pu bénéficier de cette nouvelle mesure en faisant la demande au moyen d'un formulaire ad hoc, homologué par arrêté du 25 juin 2010 (JO du 07 juillet

2010) et qui leur est remis par le médecin du travail. Une circulaire ministérielle N°DSS/SD2C/2010/240 du 1er juillet 2010, et une lettre réseau LR-DRP-32/2010 ont apporté des précisions sur la mise en place du dispositif.

La note ci-jointe de la DRP atteste de l'impact de ces améliorations en termes de prise en charge des AT-MP. En outre, plusieurs tableaux de maladies professionnelles ont vu le jour depuis l'instauration de ce transfert (il en va ainsi notamment des tableaux 97 et 98 concernant les lombalgies), **d'autres ont été améliorés, de même que les conditions de prises en charges** des accidents du travail et des maladies professionnelles. Parmi ces améliorations on peut citer notamment :

- le décret du 28 mars 2002 revoyant à la hausse le barème d'indemnisation des AT-MP générant une incapacité permanente de moins de 10%,
- le décret du 24 décembre 2002 portant diverses mesures améliorant l'indemnisation des victimes d'accidents du travail et de maladies professionnelles et de leurs ayants droit,
- le décret du 18 avril 2002 ouvrant l'accès au système complémentaire de reconnaissance des maladies à caractère professionnel (hors tableaux) dès 25% de taux d'incapacité (contre 66,66% jusqu'ici),
- le décret du 11 février 2003 améliorant le tableau n°10 ter concernant les affections cancéreuses causées par l'acide chromique et les chromates et bichromates alcalins ou alcalinoterreux,
- le décret du 28 mars 2003 améliorant le tableau n°25 relatif aux affections consécutives à l'inhalation de poussières minérales renfermant de la silicique ou des silicates cristallins, du graphite ou de la houille,
- le décret du 25 septembre 2003 améliorant le tableau n°42 relatif aux surdités professionnelles,
- le décret du 21 novembre 2003 améliorant le tableau des maladies professionnelles n° 10 relatif aux ulcérations et dermites provoquées par l'acide chromique, les chromates et bichromates alcalins, le chromate de zinc et le sulfate de chrome,
- le décret du 25 février 2004 améliorant le tableau n°47 relatif aux « Affections professionnelles provoquées par les poussières de bois »,
- le décret du 22 mars 2005 améliorant le tableau n° 44 concernant les affections consécutives à l'inhalation de poussières minérales ou de fumées, contenant des particules de fer ou d'oxydes de fer,...

Ces évolutions importantes du cadre juridique ont été doublées d'une plus grande sensibilisation du corps médical à l'origine potentiellement professionnelle de certaines maladies (voir les actions menées par les services de la CNAMTS, y compris la Direction des risques professionnels à cet effet).

L'ensemble de ces efforts a donc permis d'améliorer les prises en charge d'affections professionnelles, diminuant par la même, les risques d'une éventuelle sous-estimation.

Les chiffres parlent d'eux mêmes : l'augmentation importante, ces dernières années, du nombre de maladies professionnelles traduit, comme en atteste le dernier « *Bilan des conditions de travail* » publié par la Direction des relations du travail, à la fois des évolutions du cadre juridique et une plus grande sensibilisation, notamment du corps médical sur l'origine potentiellement professionnelle de certaines maladies.

Ces éléments doivent être pris en compte.

L'UPA souhaiterait donc, à terme, que ce transfert soit définitivement supprimé, pour que les partenaires sociaux puissent par ailleurs, poursuivre les discussions en vue d'une amélioration du dispositif pour arriver avec la plus grande rigueur, à une prise en charge des AT-MP, qui corresponde le plus possible à la réalité des risques sur le terrain.

Toutefois, dans cette attente, elle souhaite que la Commission qui doit se réunir dans sa nouvelle composition, prenne en considération les éléments sus développés pour réduire au maximum, le montant de ce transfert pour les trois années à venir, afin que celui-ci ne soit pas un frein supplémentaire dans les évolutions que pourrait être amenée à connaître la branche, notamment en application de l'article 54 de la loi du 13 août 2004.

A cet égard l'UPA rappelle que l'article 6 de **l'accord signé par les partenaires sociaux le 5 avril 2006 relatif à la gouvernance** de la branche AT-MP, prévoit à cet effet, la définition de mécanismes permettant de garantir une plus grande transparence et une visibilité des sommes ainsi affectées à la branche maladie. Cela suppose une réécriture de l'article L. 176-1 du code de la sécurité sociale.

Les parties signataires de l'accord proposent notamment, que ces montants soient fixés dans un cadre conventionnel entre la CNAMTS et la CAT-MP, sur la base de critères définis par cette dernière.



Commission relative à l'évaluation du coût de la sous-déclaration des maladies professionnelles (article L.176-2 du code de la Sécurité Sociale)

I. ETATS DES LIEUX DE LA SINISTRALITE EN FRANCE

Les chiffres présentés sont ceux que la Direction générale du travail a publiés dans le bilan 2010 sur les conditions de travail, rendu public en avril 2011. **Les statistiques, sur les 20 dernières années, attestent de l'efficacité du système français qui a toujours privilégié la prévention et une réparation de haut niveau des accidents du travail et des maladies professionnelles.**

► UNE DIMINUTION A LONG TERME DES ACCIDENTS DU TRAVAIL

Le bilan des conditions de travail pour l'année 2010, publié par la Direction générale du travail du Ministère du travail (DGT) en 2011, confirme l'évolution positive observée les années passées. En 2009, le nombre d'AT baisse de 7,5% par rapport à l'année 2008 pour une baisse des effectifs de 2,2 %.

Ce constat est renforcé par une **baisse générale de la fréquence des accidents du travail**. Cet indice, dont **le taux a été divisé par trois en cinquante ans**, reste « l'indicateur le plus représentatif et le plus pertinent »⁴⁷ des accidents puisqu'il rapporte le nombre d'accidents avec arrêt au nombre de salariés.

L'année 2009 atteint le plus bas niveau de fréquence historique avec 36 accidents pour 1000 salariés. Les incapacités permanentes qui reflètent la gravité des accidents et le nombre de décès baissent également.

Toutes ces évolutions positives démontrent que les efforts de prévention réalisés par les employeurs, particulièrement sensibilisés ces dernières années, ne connaissent aucun relâchement et il ne serait pas raisonnable de vouloir démontrer que cette baisse ne relève que du phénomène de la sous-déclaration des ATMP.

► UNE MEILLEURE RECONNAISSANCE DES MALADIES PROFESSIONNELLES⁴⁸

Le nombre de maladies déclarées et reconnues observées **augmente régulièrement** ces dernières années.

La CNAMTS souligne que cette évolution à la hausse ne concerne pas tous les tableaux de maladies professionnelles de façon identique⁴⁹. Elle concerne essentiellement les affections périarticulaires (80% des maladies professionnelles), les affections chroniques du rachis lombaire, les maladies dues à l'inhalation de poussières d'amiante.

⁴⁷ Bilan des conditions de travail 2007 page 389.

⁴⁸ Tous les chiffres sont issus du bilan 2010 « Conditions de travail » de la DGT du Ministère des affaires sociales, du travail et de la solidarité.

⁴⁹ Source : Les chiffres clés 2009 de la branche ATMP de la CNAMTS.

D'autres maladies telles que les affections dues aux ciments ont diminué au cours des dix dernières années. Surtout, il convient de noter, parce que cela n'est pas assez souvent souligné, que près du quart des maladies professionnelles répertoriées sur tableaux ont disparu et ne font plus l'objet de demande de reconnaissance de maladies professionnelles.

En tout état de cause, ces statistiques ne **constituent pas un indicateur pertinent de l'état de santé des salariés**. Le bilan du Ministère du Travail précise que « 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 pour l'essentiel la conséquence d'une meilleure reconnaissance juridique des droits des travailleurs** ».
- L'évolution à la hausse du nombre de maladies professionnelles constatées ces dernières années traduit également une **meilleure sensibilisation du corps médical** à l'origine potentiellement professionnelle de certaines pathologies des salariés.
- De plus, un grand nombre de maladies professionnelles qui ont des **origines multiples y compris non professionnelles** sont prises en charge au titre de la législation sur les accidents du travail et de maladies professionnelles.

Ainsi, en aucun cas, on ne peut en conclure à un « relâchement » des efforts de prévention des employeurs, comme cela est parfois affirmé, à tort.

► LE SYSTEME FRANÇAIS DE RECONNAISSANCE DES MALADIES PROFESSIONNELLES PARMIS LES PLUS AVANTAGEUX D'EUROPE

Le système français de reconnaissance des maladies professionnelles repose sur un mécanisme de preuve par présomption d'origine professionnelle au profit du salarié. Ce mécanisme, qui liste les conditions de reconnaissance des maladies professionnelles dans des tableaux est complété depuis 1993 par un système auquel peut recourir le salarié lorsque sa maladie ne remplit pas les conditions de prise en charge prévues par les tableaux.

Les dernières données statistiques européennes (Eurostat, octobre 2010) montrent qu'en 2007, **la moitié des maladies professionnelles reconnues en Europe l'ont été en France** : 43 424 en France sur 88 043 en Europe.

Les études d'Eurogip⁵⁰ montrent que la France est le pays où **le taux de MP reconnues (nombre de MP reconnues pour 100 000 salariés) est de loin le plus important : il représente le double du pays qui arrive en deuxième position** (taux de 282, contre 141 pour l'Espagne et 40 pour l'Allemagne). Ainsi la France est le seul pays qui indemnise les plaques pleurales sans exiger une diminution de la capacité pulmonaire en regard.

Eurogip montre également que la France est le pays qui indemnise le plus de TMS, alors que ces pathologies n'apparaissent même pas dans les 5 premières causes d'indemnisation de l'Allemagne, de l'Autriche, de la Belgique ou du Luxembourg.

Enfin, dans le domaine des cancers professionnels, la France est le pays où le nombre de reconnaissances pour 100 000 salariés est le plus fort, avec un taux de 10,44 contre, par exemple, 6,57 en Allemagne, 5,15 en Italie et 0,05 en Espagne.

Comme le souligne le rapport de la DRP, « 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. Dans les autres pays, les listes sont souvent moins précises que les tableaux français, et l'organisme d'assurance enquête davantage à charge et à décharge et au cas sur la possible origine professionnelle de la pathologie. ».

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.

⁵⁰ Sources : Réparation du préjudice permanent subi par les victimes d'accidents du travail et de maladies professionnelles en Europe, Eurogip, décembre 2010.

► LES EFFORTS IMPORTANTS MENES PAR LA CNAMTS ET SON RESEAU POUR SENSIBILISER LES PROFESSIONNELS DE SANTE ET LES MEDECINS CONSEILS AUX PROBLEMATIQUES DES MALADIES PROFESSIONNELLES

La commission peut se référer au document élaboré par les services de la direction des risques professionnels et présenté aux partenaires sociaux le 9 mars 2011. Ce rapport répond **aux principales préconisations de la Commission mise en place au titre de l'article L. 176-2 du code de la sécurité sociale**. On s'aperçoit ainsi qu'il existe une réelle prise en compte de ces recommandations, tant au niveau de l'amélioration des informations des salariés, des médecins, qu'au niveau des progrès dans la traçabilité des expositions ou de l'actualisation des tableaux de maladies professionnelles. Même s'il n'existe pas d'évaluation de l'impact de ces actions sur le terrain, dès lors qu'il est établi qu'il n'y a pas d'aggravation de l'état de santé des salariés, l'augmentation des déclarations et des reconnaissances de maladies professionnelles démontre par elle-même l'amélioration de l'appréhension des risques professionnels notamment par les médecins.

Ainsi, depuis la Commission de 2008 ont été publiés :

- le tableau prenant en charge les cancers du nasopharynx liés aux expositions au formaldéhyde,
- le nouveau tableau 16bis élargissant la prise en charge des cancers de vessie et du poumon liés aux goudrons de houilles,
- le nouveau tableau 36 bis (huiles minérales) élargissant la prise en charge des cancers cutanés,
- l'extension des prises en charges du tableau Leptospirose.

Actuellement la commission des pathologies professionnelles du COCT travaille sur l'actualisation des tableaux

- 15 ter (cancers de vessie dus aux amines aromatiques),
- 57 (TMS),
- et mène des réflexions sur les pathologies dues aux monomères plastiques,
- ainsi que les psychopathologies en relation avec les risques psycho-sociaux. Comme le relève le rapport de la DRP, la commission des pathologies professionnelles du COCT a donc accéléré, ces dernières années, le rythme de ses travaux, tant en ce qui concerne le «toiletage» des anciens tableaux - afin de les accorder avec les connaissances scientifiques actuelles - qu'en ce qui concerne la création de nouveaux tableaux.

II. LA POSITION DU MEDEF SUR LA SOUS DECLARATION DES AT/MP

La dernière évaluation menée par la commission a appelé de notre part un certain nombre de critiques :

► LA METHODE D'EVALUATION UTILISEE

La sous-déclaration est présentée, comme un phénomène couramment répandu, sans que celui-ci ne soit jamais scientifiquement prouvé ni statistiquement démontré (seules des estimations ont été avancées ne reposant sur aucun critère fiable et objectif)⁵¹.

⁵¹ La majorité des études sur la sous-déclaration se fondent sur des calculs théoriques basés sur la "fraction du risque attribuable" qui dépend elle-même de deux facteurs, le "risque relatif de la maladie" et la "proportion de personnes exposées". Or, ces deux notions se prêtent à de nombreuses interprétations et contestations. Par exemple, on peut se contenter de calculer le "risque relatif" à partir d'études "cas-témoins", plus ou moins fiables, où le nombre de salariés exposés en France peut être simplement déduit d'enquêtes sans aucune vérification et quel que soit le degré d'exposition... Mais l'utilisation qui est faite le plus souvent de la "fraction de risque attribuable" est en elle-même contestable : pour calculer le nombre de cas annuels théoriques, cette fraction est multipliée par le nombre de cas annuels de la maladie (connu ou estimé). Le chiffre obtenu est ensuite comparé au nombre de déclarations annuelles en maladies professionnelles de cette pathologie, et une estimation est ainsi en général déduite...

De plus, outre les différentes sources d'erreur signalées ci-dessus, les épidémiologistes ne tiennent en général pas compte de la synergie des effets entre divers facteurs de risques (par exemple tabac et amiante), se contentant de calculer les fractions de risques attribuables comme si les différents facteurs agissaient de façon totalement indépendante. Or, l'origine de la plupart des cancers étant principalement multifactorielle, et les différents facteurs

Nous ne pouvons comprendre que la Commission puisse s'autoriser à remettre en cause les conclusions de la commission des maladies professionnelles composée notamment de scientifiques, de médecins de toutes les spécialités pertinentes sur les différentes pathologies envisagées.

► LA PRISE EN COMPTE DES PROGRES REALISES

En outre, la « sous-déclaration » est souvent imputée, de façon simpliste, à l'intérêt financier pour les entreprises de dissimuler leurs risques professionnels.

Ce reproche appelle les observations suivantes :

- s'agissant de la **déclaration des maladies professionnelles**, celle-ci incombe au salarié, non au chef d'entreprise ; la CNAMTS a mené des actions pour mieux accompagner les victimes de maladies professionnelles ;
- en l'absence de déclaration réglementaire d'accidents du travail faite par l'employeur, le salarié a toujours la possibilité de faire sa déclaration à la caisse primaire d'assurance maladie ;
- 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 des salariés et peuvent effectuer des enquêtes sur les questions relatives aux accidents du travail et maladies professionnelles dans l'entreprise ;
- enfin, il est important de souligner que la **non-déclaration d'un accident du travail est un acte grave**, passible de sanctions lourdes, que nous condamnons sans réserve. C'est pourquoi nous nous efforçons d'informer les entreprises sur leurs obligations en la matière, et diffusons régulièrement des outils destinés à les aider à remplir les modalités attachées à la déclaration, selon les règles de droit ;
- les cas d'accidents du travail « enregistrés et non déclarés » sont inscrits sur le registre spécial de déclaration d'accidents du travail, qui est contrôlé chaque année par la CARSAT ;
- pour les maladies professionnelles, tout docteur en médecine constatant qu'une maladie a un lien avec une activité professionnelle, a l'obligation de la déclarer soit en « maladie professionnelle », soit en « maladie à caractère professionnel » (article L. 461-6 du Code de la Sécurité Sociale). La CNAMTS a mené des actions notamment pour sensibiliser les médecins à la question spécifique des maladies professionnelles ;
- un grand nombre de maladies déclarées comme professionnelles ont un caractère **multifactoriel** c'est-à-dire qu'une origine professionnelle est présumée, mais que les facteurs personnels (qualité de vie, alimentation, comportement individuel...) ont contribué à la survenance de la pathologie. Par ailleurs un certain nombre d'entre elles sont pris en charge au titre ATMP ;
- **la reconnaissance des MP via le système complémentaire ne cesse d'augmenter** : en 2009 les comités ont examiné 12 376 demandes, soit une augmentation de 17% par rapport à 2008, ou encore une augmentation annuelle moyenne de 12% par an depuis 10 ans ;
- l'importance quantitative des lésions qui ne sont pas prises en charge par la branche par le biais des maladies professionnelles, mais par le biais d'une déclaration d'accidents du travail. Pour les dorsalgies-lombalgies, une étude sur la durée d'arrêt de travail indique que ces pathologies représentent annuellement en moyenne entre 2005 et 2008 104 000 cas d'accidents de travail entraînant un versement d'IJ. On pourrait aussi évoquer l'importance de la prise en charge sous forme d'accidents du travail des lésions psychologiques (stress post-traumatique) ;
- le **régime légal de réparation des ATMP** comporte un certain nombre de spécificités favorables aux victimes d'ATMP au regard du droit commun de la réparation : mécanisme de présomptions, barème indicatif d'évaluation des incapacités supérieur au barème de droit commun, calcul des prestations en espèces supérieur au barème de droit commun, calcul des prestations en espèces sur des minima pouvant s'avérer supérieurs au salaire de référence. Les salariés le savent et sont ainsi largement incités à demander la prise en charge de leur accident ou de leur maladie par la branche accidents du travail et maladies professionnelles de la CNAMTS ;
- il est probable que l'entrée dans le **dispositif de la compensation de la pénibilité** prévue par la loi du 9 novembre 2010 portant réforme des retraites qui nécessite la reconnaissance au préalable d'une maladie professionnelle, pourrait inciter certains salariés en fin de période d'activité à effectuer des déclarations de maladies professionnelles qu'ils n'auraient pas effectuées antérieurement.

agissant de façon synergiques entre eux, l'application simpliste du modèle des "fractions de risques attribuable" fausse totalement les résultats.

► CONCLUSION

Dans ces conditions, il nous apparaît conforme à la réalité de diminuer le montant du prélèvement opéré sur la branche ATMP vers la branche maladie, observant dans le même temps que tout maintien du transfert excessif fragilise cette branche ATMP et remet en cause le caractère incitatif de la prévention des risques professionnels, à laquelle les entreprises et les salariés sont très attachés.

Annexe n° 8
Lettre de mission du président



MINISTÈRE DU TRAVAIL, DE L'EMPLOI ET DE LA SANTÉ

Le Ministre

Nos Réf. : BD/MP/D 11004214

PARIS, LE 20/03/2011

Monsieur le Conseiller-maître,

Je vous remercie d'avoir bien voulu accepter de présider à nouveau la Commission prévue à l'article L.176-2 du code de la sécurité sociale.

Les efforts entrepris afin de mieux connaître et prévenir les risques professionnels se sont poursuivis depuis la dernière commission, certains risques ayant fait l'objet d'un ciblage particulier.

Ainsi, la convention d'objectifs et de gestion entre la branche AT-MP de l'Etat et la CNAMTS pour 2009-2012 a notamment défini des objectifs de prévention prioritaires tels que les troubles musculo-squelettiques (TMS), les cancérigènes, mutagènes et reprotoxiques (CMR) ou encore les risques psycho-sociaux (RPS).

L'accent mis sur certains risques s'est également traduit par le lancement fin 2009 du groupe de travail visant à réviser le tableau de maladies professionnelles n° 57 relatif aux TMS ainsi que d'un groupe de travail étudiant les possibilités d'une meilleure prise en charge des RPS. De nombreuses actions ont également été engagées par la CNAMTS pour mieux informer les assurés et les professionnels de santé de la réglementation applicable.

Les travaux de votre commission s'inscriront aussi dans la continuité de ceux des précédentes commissions. Ils s'attacheront à examiner l'ensemble des raisons qui induisent toujours une méconnaissance de ces risques (en particulier : absence de déclaration, insuffisance des données statistiques et épidémiologiques, difficultés liées aux procédures de reconnaissance, problèmes rencontrés lors de l'actualisation des tableaux). La comparaison avec la situation prévalant dans les pays européens devra également être conduite.

.../...

Monsieur Noël DIRICQ
Conseiller-Maître
Cour des Comptes
13, rue Cambon
75100 PARIS 01 SP

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, vous pourrez vous appuyer sur les services du ministère du travail, de l'emploi et de la santé (direction générale du travail, direction de l'animation et de la recherche, des études 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 (ANSES) et de l'Institut de Veille Sanitaire (InVS).

En outre, j'ai demandé qu'un membre de l'Inspection générale des affaires sociales soit désigné afin d'assurer le secrétariat de votre commission. Cet inspecteur sera également en charge de la rédaction du rapport au Parlement en lien avec les services de la direction de sécurité sociale.

La commission devra remettre son rapport au plus tard le 15 juin 2011 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 considération distinguée.



Xavier BERTRAND

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. Noël DIRICQ : Conseiller Maître 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 :

M. Le Docteur Bertrand FERTRAY, médecin conseil régional adjoint (Bretagne)

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 :

M. Thierry DEBRAND

4° Désigné par le directeur général du travail au ministère du travail, de l'emploi et de la santé :

Mme le Docteur Monique LARCHE-MOCHEL, chef de l'inspection médicale du travail et de la main d'oeuvre

Mme Marie-Claude CAZENEUVE, inspectrice du travail

5° Désigné par le directeur général de l'Agence nationale de sécurité sanitaire, de l'alimentation, de l'environnement et du travail :

Mme Maylis TELLE-LAMBERTON

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 Jean-Charles DALPHIN
- Société française du cancer : Mme le Docteur Christine LEVY-PIEDBOIS

8° Désignés par la présidente de la Société française de médecine du travail :

- M. le Professeur Christian GERAUT, PUPH de médecine du travail ;
- Mme le docteur Sophie FANTONI, PH de médecine du travail.

Membres invités

Au titre de la Direction de la Sécurité Sociale

- Mme Marie DAUDE, sous-directrice de l'accès aux soins, des prestations familiales et des accidents du travail
- M. Fabrice UMARK, chef du bureau des accidents du travail et maladies professionnelles
- Mme Christine FREYERMUTH, adjointe au chef du bureau des accidents du travail et maladies professionnelles.
- Mme Marianne CORNU-PAUCHET, chef du bureau des études et évaluations.

Au titre de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés

- M. Stéphane SEILLER, directeur des risques professionnels
- M. Pascal JACQUETIN, adjoint au directeur des risques professionnels
- M. Benoît ALLARD, direction des risques professionnels
- Mme Odile VANDENBERGHE, mission médicale de la direction 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, chargée de mission auprès du sous-directeur de la protection des risques liés à l'environnement et à l'alimentation

Au titre de la Direction générale du travail

- M. Frédéric TEZE, chef du bureau de la protection de la santé en milieu de travail
- Mme Amandine PAPIN, bureau de la protection de la santé en milieu de travail

Au titre de la Direction générale de l'offre des soins

M. Eric SANZALONE, adjoint au chef de bureau de la démographie et formations initiales

Rapporteurs :

- Mme Ada FOUGHALI, chargée de mission auprès du directeur de la sécurité sociale ;
- Mme Sarah CHAUDEURGE, bureau des accidents du travail et maladies professionnelles ;
- Mme Marianne CORNU-PAUCHET, chef du bureau des études et évaluations de la direction de la sécurité sociale ;
- Mme Céline CAREL, adjointe au chef du bureau des études et évaluations de la direction de la sécurité sociale ;
- Mme Ursule NGOUANA, bureau des études et évaluations de la direction de la sécurité sociale ;
- M. Raphaël HAEFLINGER, directeur d'EUROGIP.