

Rapport

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

Juillet 2008

S O M M A I R E

Introduction	5
1ère partie :	
Mise en œuvre des propositions de la dernière commission et mesures intervenues depuis 2005 susceptibles d'avoir un effet sur la sous-déclaration des risques professionnels	
7	
1 – <u>LE RAPPORT DE LA PRECEDENTE COMMISSION ET LA MISE EN ŒUVRE DE SES PRECONISATIONS</u>	8
1-1- LES PRECONISATIONS	8
1-2- MISE EN ŒUVRE DE CES PRECONISATIONS	9
2 – <u>ELEMENTS DE CONTEXTE SUSCEPTIBLES D'AVOIR DES EFFETS SUR LA SOUS-DECLARATION ET SA MESURE</u>	15
2-1- SUR LE CHAMP DE LA PRISE EN CHARGE	16
2-1-1- MODIFICATIONS ET CREATIONS DE TABLEAUX DE MALADIES PROFESSIONNELLES	16
2-1-2- PROGRAMME DE TRAVAIL DE LA COMMISSION DES MALADIES PROFESSIONNELLES (CMP) DU CONSEIL SUPERIEUR DE LA PREVENTION DES PROFESSIONNELS (CSPRP)	17
2-1-3- L'IMPACT DES CRRMP SUR LE PERIMETRE DES MALADIES PROFESSIONNELLES PRISES EN CHARGE (ARTICLE L.461-1- 3EME ET 4EME ALINEAS DU CODE DE LA SECURITE SOCIALE)	18
2-1-4- LA JURISPRUDENCE	20
2-1-5- LE CAS PARTICULIER DES RISQUES PSYCHO-SOCIAUX : DEUX RAPPORTS	20
2-1-6- LA PROBLEMATIQUE DU TRAVAIL INTERIMAIRE	22
2-2 - CONCERNANT LA CONNAISSANCE DES RISQUES, DES ACCIDENTS ET PATHOLOGIES, DES PRISES EN CHARGE	23
2-2-1- LES TRAVAUX DE L'AFSSET, DE L'INVS ET DE L'INRS	23
2-2-2- LA COG AT/MP	25
2-2-3- LE RAPPORT SUR « L'ORGANISATION DU SYSTEME D'INFORMATION STATISTIQUE RELATIF AUX ACCIDENTS DU TRAVAIL ET MALADIES PROFESSIONNELLES » DE FEVRIER 2006	25
2-3- CONCERNANT LES REGLES APPLICABLES DANS LES ENTREPRISES	26
2-3-1- LES MODIFICATIONS DU CODE DU TRAVAIL	26
2-3-2- LA JURISPRUDENCE	27
2-3-3- LA REGLEMENTATION EUROPEENNE	28
2-3-4- LE PROTOCOLE D'ACCORD DU 12 MARS 2007 SUR LA PREVENTION, LA TARIFICATION ET LA REPARATION DES RISQUES PROFESSIONNELS	30
2-3-5- LES PROPOSITIONS RELATIVES A LA PREVENTION DES RISQUES PROFESSIONNELS RETENUES DANS LE CADRE DE LA CONFERENCE NATIONALE TRIPARTITE D'OCTOBRE 2007	31
2-4- CONCERNANT LES ACTEURS	32
2-4-1- LES DECRETS N°2006-111 ET 2006-112 DU 2 FEVRIER 2006 RELATIFS A L'ALLEGEMENT DE CERTAINES PROCEDURES RELATIVES AUX ACCIDENTS DU TRAVAIL ET AUX MALADIES PROFESSIONNELLES	32
2-4-2- LA MEDECINE DU TRAVAIL	32
2-4-3- PRECONISATIONS DE LA CONFERENCE NATIONALE D'OCTOBRE 2007 SUR LES ACTEURS ET LES OUTILS DE LA PREVENTION	35
2-4-4- POINTS RENVOYES A LA NEGOCIATION COLLECTIVE	35
2-4-5- LES COMITES REGIONAUX DE PREVENTION DES RISQUES PROFESSIONNELS (CRPPR)	35
2-4-6- LE PROTOCOLE D'ACCORD DU 5 AVRIL 2006 SUR LA GOUVERNANCE DE LA BRANCHE	35
2-4-7- LES PRECONISATIONS DE LA CONFERENCE NATIONALE TRIPARTITE D'OCTOBRE 2007 RELATIVES A LA GOUVERNANCE	36

2^{ème} partie :	
Principale causes de sous- déclaration et de sous-reconnaissance des risques professionnels	37
1 – <u>CAUSES DE SOUS-DECLARATION DES RISQUES PROFESSIONNELS</u>	37
1-1- DU FAIT DES VICTIMES	38
1-1-1- DES ETUDES RECENTES CONFIRMENT QU'UN POURCENTAGE IMPORTANT DE VICTIMES NE DECLARENT PAS LEUR MALADIE	38
1-1-2- LES CAUSES REPEREES	40
1-2- DU FAIT DES EMPLOYEURS	41
1-2-1- LES PRATIQUES RAPPORTEES	41
1-2-2- LES MOTIVATIONS POSSIBLES	41
1-3- DU FAIT DES ACTEURS DU SYSTEME DE SOINS	42
1-3-1- LA MEDECINE DE VILLE	42
1-3-2- LA MEDECINE DU TRAVAIL	43
1-3-3- LES ETABLISSEMENTS DE SANTE	43
2 – <u>LA SOUS-RECONNAISSANCE</u>	45
2-1 - LES PRATIQUES DES CAISSES : LES TAUX DE DISPERSION	45
2-1-1- L'AMPLITUDE DES ECARTS	45
2-1-2- LES ACTIONS DE LA CNAMTS	45
2-2- LE ROLE DES COMITES REGIONAUX DE RECONNAISSANCE DES MALADIES PROFESSIONNELLES (CRRMP)	46
2-3 - LES DIFFICULTES LIEES AUX TABLEAUX DES MALADIES PROFESSIONNELLES	47
3ème partie :	
Evaluation de la sous-déclaration des accidents du travail et des maladies professionnelles	49
1 – <u>EVOLUTION DE LA SINISTRALITE DE LA BRANCHE ACCIDENTS DU TRAVAIL- MALADIES PROFESSIONNELLES (AT/MP)</u>	49
1-1- PANORAMA GENERAL DE LA SINISTRALITE	49
1-2- REPARTITION DE LA SINISTRALITE PAR BRANCHE D'ACTIVITE	51
1-3- REPARTITION DE LA SINISTRALITE PAR AGE DE LA VICTIME	54
1-4- VENTILATION PAR PATHOLOGIE DES MALADIES PROFESSIONNELLES RECONNUES PAR LES CPAM	55
1-5- EVOLUTION DE LA RECONNAISSANCE DES MALADIES PROFESSIONNELLES PAR DES VOIES NON STANDARD (CRRMP)	56
1-6- LE PROBLEME DU STRESS AU TRAVAIL ET DES TROUBLES PSYCHOSOCIAUX	57
2– <u>ELEMENTS EPIDEMIOLOGIQUES PERMETTANT D'APPRECIER LA SOUS-DECLARATION DES PATHOLOGIES PROFESSIONNELLES ET DES ACCIDENTS DU TRAVAIL</u>	58
2-1- CANCERS	58
2-2- TROUBLES MUSCULO-SQUELETTIQUES	62
2-3- ASTHMES ET BRONCHO-PNEUMOPATHIES CHRONIQUES OBSTRUCTIVES (BPCO)	64
2-4- DERMATOSES	67
2-5- AFFECTIONS DU RACHIS LOMBAIRE, DORSALGIES, LOMBALGIES	69

2-6- SURDITES	71
2-7- LES ACCIDENTS DU TRAVAIL	73
3- <u>EVALUATION DES COUTS MOYENS DES PATHOLOGIES RETENUES</u>	75
3-1- ELEMENTS DE COUT ISSUS DES DONNEES DE L'ASSURANCE MALADIE	75
3-2- COUT DES CANCERS EN FRANCE SELON L'ETUDE DE L'INSTITUT NATIONAL DU CANCER (INCA)	79
3-3- ELEMENTS DE COUT ISSUS DES DONNEES DE LA BRANCHE AT/MP	82
4- <u>SYNTHESE : EVALUATION DE LA SOUS-DECLARATION DES ACCIDENTS DU TRAVAIL ET DES MALADIES PROFESSIONNELLES</u>	88

4ème partie : les préconisations de la commission	89
1 - <u>CONCERNANT LA DETECTION DE LA MALADIE PROFESSIONNELLE ET DE SON ORIGINE</u>	89
1-1- INFORMATION DES SALARIES ET DE LEURS REPRESENTANTS	89
1-2- FORMATION ET INFORMATION DES MEDECINS	90
2- <u>LA DECLARATION ET LA TRANSMISSION DES INFORMATIONS AUX CAISSES</u>	90
3- <u>LA RECONNAISSANCE</u>	91
4- <u>L'EVALUATION GLOBALE DE LA SOUS-DECLARATION ET DE LA SOUS-RECONNAISSANCE</u>	91
5- <u>SUJETS DE REFLEXION POUR LE PLUS LONG TERME</u>	92
Annexes	93

INTRODUCTION

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 (codifié à l'article L. 176-1 du code de la sécurité sociale), prévoit que la branche accidents du travail et maladies professionnelles de la sécurité sociale doit procéder à un versement annuel à la branche maladie du régime général pour tenir compte des dépenses supportées par cette dernière du fait d'accidents du travail et de maladies professionnelles. Le montant de ce versement est pris en compte dans la détermination des éléments de calcul de la cotisation due par les employeurs au titre de ces accidents et maladies.

L'article 54-III de la loi du 21 décembre 2001 précitée (article L. 176-2 du code de la sécurité sociale) dispose que le montant du versement est fixé chaque année par la loi de financement de la sécurité sociale.

Cette même loi confie à une commission présidée par un magistrat de la Cour des Comptes le soin de remettre 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. Elle prévoit 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 a fixé la composition de la commission. Il prévoit qu'elle comprend, outre le président, 6 membres dont :

- un médecin-conseil désigné par le directeur général de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés ;
- un représentant désigné par le directeur général de l'Institut de veille sanitaire ;
- un représentant désigné par la directrice de l'Institut de recherches et de documentation en économie de la santé ;
- un inspecteur du travail et un médecin inspecteur du travail et de la main d'œuvre désigné par le directeur des relations du travail au ministère de l'emploi, du travail et de la cohésion sociale ;
- un praticien désigné par le président de l'une des sociétés savantes de médecine.

Cet arrêté a été modifié par un arrêté en date du 21 janvier 2008. Il prévoit que la commission comprend deux membres supplémentaires :

- un praticien désigné par le président d'une autre société savante de médecine ;
- un représentant désigné par la directrice de l'Agence française de sécurité sanitaire de l'environnement et du travail.

La présente commission a été mise en place le 13 mars 2008, elle a poursuivi ses travaux jusqu'au 23 juin 2008.

La lettre de mission adressée au président de la commission par la ministre de la santé, de la jeunesse et des sports et le ministre du travail, des relations sociales et de la solidarité 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 de ces risques (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).

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.

Outre une évaluation de la sous-déclaration et de la sous-reconnaissance, la présente commission s'est attachée à faire un bilan de la mise en œuvre des propositions formulées par la précédente ainsi que des autres mesures prises dans le domaine de la santé au travail, du moins de celles pouvant avoir un effet, le plus souvent indirect, sur la sous-déclaration. Elle a aussi formulé un certain nombre de recommandations.

1^{ère} partie :

Mise en œuvre des propositions de la dernière commission et mesures intervenues depuis 2005 susceptibles d'avoir un effet sur la sous-déclaration des risques professionnels

Quatre 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 (AT/MP) 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.

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 et 2008	410,00

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

La dernière commission chargée d'évaluer la sous-déclaration des AT/MP, qui s'est réunie en 2005, a constaté que malgré les améliorations intervenues, le phénomène de sous-déclaration des risques professionnels persistait et que son estimation n'avait pas gagné en facilité.

Elle a, compte tenu des données statistiques et épidémiologiques disponibles, procédé dans un premier temps à l'estimation de la dépense probable pour la branche maladie entraînée par la non-déclaration d'accidents et de maladies qui, s'ils avaient été déclarés en tant qu'accident du travail ou maladie professionnelle, auraient été reconnus comme tels dans le cadre de la réglementation applicable.

Elle a, dans un second temps, évoqué, sans tenter d'évaluer dans ce cas un coût pour la branche maladie, les pathologies dont l'origine professionnelle est plausible et qui ne sont pas ou imparfaitement prises en compte actuellement dans le cadre de la réglementation des AT/MP (cas par exemple des risques psychosociaux).

Elle a identifié quatre grandes causes à la sous-déclaration et à la sous-reconnaissance des AT/MP (réticences des victimes à déclarer leur maladie, difficultés pour les médecins de faire le lien entre le travail et la maladie et de reconstituer les parcours professionnels, lacunes de la réglementation en matière d'AT/MP et employeurs qui ne déclarent pas, notamment, certains accidents ou font pression sur le salarié pour qu'il ne déclare pas l'accident ou la maladie à la CPAM) et formulé quinze propositions pour y remédier.

1-1- Les préconisations

La Commission a formulé les préconisations suivantes pour remédier à cette sous-déclaration :

1°) L'inscription dans le cursus universitaire des médecins d'une formation aux risques professionnels ;

2°) Le développement par les CPAM d'actions de formation à ces risques en direction des médecins ;

3°) La conduite d'actions d'information par les sociétés savantes de médecine ;

4°) Le développement de questionnaires de repérage des expositions professionnelles ;

5°) L'amélioration des liens entre les médecins du travail et les médecins-conseils des caisses pour l'instruction des dossiers ;

6°) Le développement de procédures d'accompagnement des victimes dans la démarche de déclaration des maladies professionnelles (MP) et d'une information des salariés sur les démarches à accomplir pour les déclarer ;

7°) L'adaptation des tableaux des MP aux connaissances épidémiologiques et à l'évolution des techniques médicales (cas du tableau n° 57 et des produits cancérogènes) ;

8°) L'ouverture de travaux au sein de la Commission des maladies professionnelles (CMP) du Conseil supérieur de la prévention des risques professionnels (CSPRP) sur la réparation des troubles psychologiques d'ordre professionnel et production d'un rapport sur ce thème ;

- 9°) Une meilleure prise en compte des pathologies ayant des causes multi-factorielles (étude pour apprécier l'opportunité de fixer des seuils attribuables aux maladies professionnelles) ;
- 10°) Le développement du suivi post-professionnel ;
- 11°) L'amélioration de la prévention des risques dans les entreprises ;
- 12°) Une meilleure connaissance des implications physiques et psychiques des postes et emplois occupés ;
- 13°) L'examen de l'opportunité et la faisabilité de l'instauration d'un enregistrement individuel des expositions dans un document unique ;
- 14°) L'inscription des contrats de prévention dans des objectifs de santé publique ;
- 15°) La création d'une instance de suivi, de réflexion et d'impulsion sur les données utiles à l'appréciation de la sous-déclaration.

1-2- Mise en œuvre de ces préconisations

A première vue, le bilan de la mise en œuvre de ces préconisations n'est guère impressionnant mais ce constat doit être nuancé par le fait qu'un regain d'attention a été porté depuis 2005 aux risques professionnels, notamment pour ce qui est de leur prévention et de l'amélioration de leur connaissance. Un certain nombre de mesures décidées par les pouvoirs publics et inscrites dans les différents plans d'amélioration de la santé au travail ont été ainsi mises en place. Par ailleurs, plusieurs des propositions de la commission se sont vu remises à l'ordre du jour dans le cadre notamment des différentes concertations avec les partenaires sociaux et plus particulièrement dans le cadre de la convention tripartite sur les conditions de travail qui s'est tenue en octobre 2007 et des travaux sur la pénibilité au travail (cf le 2° ci-après).

S'agissant, par exemple, de la formation des médecins aux risques professionnels, préconisée par l'ensemble des commissions chargées d'évaluer la sous-déclaration des AT/MP, sa mise en œuvre a fait l'objet d'une annonce dans le cadre de la conférence nationale tripartite sur les conditions de travail d'octobre 2007. La CNAMETS a par ailleurs mobilisé son réseau des délégués à l'assurance maladie (DAM) pour transmettre aux médecins traitants, à l'occasion de deux campagnes successives en 2008, des informations sur les spécificités des arrêts de travail AT/MP et sur les pathologies professionnelles.

Le nécessaire renforcement des liens entre médecine du travail, médecine de ville et hospitalière est mis en avant dans les rapports récents sur la réforme de la médecine du travail (avis du Conseil Economique et Social de février 2008 sur « *L'avenir de la médecine du travail* » et rapport d'octobre 2007 sur « *Le bilan de la réforme de la médecine du travail* » - cf le 2 ci-après). Ces mêmes rapports soulignent la nécessité d'assurer une traçabilité des expositions professionnelles des salariés sur toute la durée de leur activité professionnelle. La CATMP a par ailleurs engagé, avec l'appui d'un membre de l'IGAS, suite à la conférence sur les conditions de travail du 4 octobre 2007, un travail visant à proposer un dispositif expérimental de traçabilité des expositions en se centrant sur le risque chimique.

La révision du tableau n° 57 est inscrite au programme de travail de la Commission des maladies professionnelles (CMP) du Conseil supérieur de la prévention des risques professionnels (CSPRP).

Sur les risques psychosociaux, la CMP du CSPRP a chargé le docteur Charles AMOUDRU d'animer un groupe de réflexion sur les psychopathologies et le travail. Le rapport de ce groupe a été remis aux membres du Conseil en août 2007. En outre, dans le cadre de la conférence nationale tripartite sur les conditions de travail, il a été demandé à deux experts, P. NASSE et P. LEGERON, d'établir un rapport sur « *la détermination, la mesure et le suivi des risques psychosociaux au travail* » qui a été remis en mars 2008 au ministre du travail.

Pour ce qui est des données (études épidémiologiques ou statistiques) qui permettraient de mieux mesurer la sous-déclaration de ces risques, l'InVS a réalisé, à compter de 2005, dans le cadre de son programme MATGENE, des matrices emplois/expositions destinées à évaluer les expositions professionnelles actuelles ou passées de la population. Il a également amélioré ses divers programmes de suivi épidémiologique des populations (cf le 2-2 ci-après).

L'InVS a aussi donné un usage au dispositif prévu par l'article L. 461-6 du code de la sécurité sociale qui prévoit l'obligation, pour tout docteur en médecine y compris les médecins du travail, de déclarer toute maladie qui présente un *caractère professionnel* – dispositif qui n'avait pas reçu d'application jusque là faute de règlements d'application : l'institut a organisé cette déclaration dans la région des Pays de la Loire sur des périodes courtes (une à trois semaines par an) à partir d'un réseau de médecins du travail volontaires (le dispositif est en cours d'extension dans d'autres régions). Ce dispositif apporte des informations sur la prévalence de pathologies en lien avec le travail notamment en fonction du sexe, de l'âge et du secteur d'activité. Il a fait l'objet d'un rapport publié en novembre 2006 : « *La prévalence des maladies à caractère professionnel (MCP). Résultats des trois premières "Semaines des MCP". Octobre 2003, avril et octobre 2004* ».

Le département santé au travail de l'AFSSET s'est vu confier depuis 2006 la conduite d'études d'évaluation et d'expertise des risques sanitaires en milieu du travail qui faisaient défaut jusqu'alors (cf le 2° ci après).

* *

Le tableau suivant retrace les suites données aux préconisations de la commission :

SUITES DONNEES AUX PRECONISATIONS DE LA DERNIERE COMMISSION (RAPPORT DE JUIN 2005)		
Préconisations	Mises en œuvre	Observations
1°) Inscription dans le cursus universitaire des médecins d'une formation aux risques professionnels. 2°) Développement d'actions de formation par les CPAM.	1°) Annoncée par le ministre du travail dans le cadre de la conférence nationale tripartite sur les conditions de travail d'octobre 2007. 2°) Mise en ligne courant 2008 sur le site Internet de la CNAMTS d'un module dédié aux maladies professionnelles permettant un accès pour le médecin traitant aux tableaux des maladies professionnelles correspondant à la pathologie et au métier du patient. 3°) Développement des formations portant sur le risque professionnel dans le cadre de la formation conventionnelle continue des médecins libéraux (18 prévues en 2008).	Prévu par la COG AT/MP (2004-2007) et le Plan Santé au Travail : - la COG prévoyait un renforcement des actions de communication en direction des médecins et l'inscription d'une formation aux risques professionnels dans le cursus universitaire des médecins ; - le PST prévoit de développer la formation des professionnels de santé en matière de santé au travail ; le plan cancer 2003-2007 prévoyait également une information des cancérologues pour les sensibiliser à la déclaration des cancers professionnels. Les rapports récents sur la médecine du travail soulignent la nécessité de la mise en place d'une telle formation.
La conduite d'actions d'information par les sociétés savantes de médecine.	Actions pionnières conduites par la Société Française de Pneumologie de Langue Française et la Société Française de Médecine du Travail visant à réduire notamment la sous-déclaration des cancers bronchiques primitifs.	Conduite d'actions et d'informations par de multiples acteurs (CNAMETS, INRS ...) depuis 2005. 1°) Annonce dans le cadre de la conférence nationale tripartite sur les conditions de travail : - d'une campagne d'information sur les TMS d'une durée de 3 ans et qui a débuté en avril 2008 - de la conduite d'actions de sensibilisation et de campagnes de contrôle sur les substances chimiques, cancérogènes, mutagènes et toxiques pour la reproduction (CMR) ; 2°) La CNAMTS a lancé des campagnes de prévention des TMS (plan d'actions régionaux mis en place en 2007) et du risque routier ainsi que début 2007 une campagne d'information pour prévenir les expositions à des substances cancérogènes sur les lieux de travail et un programme national d'action concerté sur le risque CMR.
Le développement de questionnaires de repérage des expositions professionnelles.	L'InVS élabore depuis 2005, dans le cadre de son programme MATGENE, des matrices emplois/expositions professionnelles destinées à évaluer les expositions professionnelles actuelles et passées de la population. <u>Rappel</u> : le Plan Cancer prévoyait de systématiser la surveillance épidémiologique des personnes exposées à des risques cancérogènes sur leur lieu de travail et de mieux reconnaître les	

	cancers professionnels. Cet objectif n'a pas été atteint à l'échéance du plan mais il est poursuivi.	
L'amélioration des liens entre les médecins du travail et les médecins-conseils des caisses pour l'instruction des dossiers.	Dans le cadre de la conférence tripartite sur les conditions de travail, annonce d'un renforcement des liens entre médecins de ville et médecins du travail et développement de la coordination de la médecine du travail avec les autres instances régionales.	Les rapports récents sur la réforme de la médecine du travail soulignent la nécessité de renforcer les liens entre médecins traitants, médecins du travail et médecins hospitaliers.
Développement de procédures d'accompagnement des victimes dans la démarche de déclaration des MP et information des salariés sur les démarches à accomplir pour déclarer une MP.	<p>La CNAMTS a lancé une campagne nationale d'information auprès des assurés victimes d'AT/MP (informations sur le site de la CNAMTS).</p> <p>Lancement d'une expérimentation sur le cancer de la vessie d'origine professionnelle : sensibilisation des médecins traitants à l'occasion des mises en ALD pour cancer de la vessie.</p>	Etait prévu par la COG AT/MP.
Adaptation des tableaux des MP aux connaissances épidémiologiques et à l'évolution des techniques médicales (cas du tableau n° 57 et des produits cancérogènes).	La révision du tableau n°57 est inscrite, à la demande de la CNAMTS, au programme de travail de la CMP du CSPRP pour 2008.	
Ouverture de travaux au sein de la Commission des maladies professionnelles du CSPRP sur la réparation des troubles d'ordre psychologique d'ordre professionnel et production d'un rapport sur ce thème.	<p>La CMP du CSPRP a chargé le docteur Charles AMOUDRU d'animer un groupe de réflexion sur les psychopathologies et le travail. Le rapport de ce groupe a été remis aux membres du CSPRP en août 2007.</p> <p>Autres points :</p> <p>1°) dans le cadre des négociations sur la pénibilité au travail et de la conférence sur les conditions de travail : accord des partenaires sociaux pour ouvrir une négociation sur les problèmes de stress au travail. L'objectif est de transposer au niveau national l'accord européen du 8 octobre 2004 ;</p> <p>2°) le ministre du travail a demandé à Philippe NASSE et Patrick LEGERON d'établir un rapport décrivant les risques psychosociaux et proposant des indicateurs permettant de les identifier, les quantifier et les suivre (rapport remis en mars 2008) ;</p> <p>3°) Accord européen sur le harcèlement et la violence au travail signé le 26 avril 2007 qui définit les différentes formes de harcèlement et de violence au travail et les moyens de prévenir, d'identifier et de gérer ces situations.</p>	<p>Large prise de conscience sur les problèmes de stress au travail pour notamment les prévenir.</p> <p>La direction générale du travail (DGT) a demandé à la CNAMTS de faire une enquête prospective sur les demandes de reconnaissance de troubles psychosociaux.</p>

Meilleure prise en compte des pathologies ayant des causes multifactorielles (étude pour apprécier l'opportunité de fixer des seuils attribuables aux maladies professionnelles)	Des travaux de recherche ont été menés par des universitaires et continuent à l'être, dans le cadre notamment du Réseau national de vigilance et de prévention des pathologies professionnelles (RNV3P).	
Développer le suivi post-professionnel	<p>1°) Bilan d'étape élaboré en septembre 2005 du suivi post-professionnel des personnes ayant été exposées à l'amiante, à la suite de l'action expérimentale conduite par la CNAMTS dans 3 régions. Bilan final présenté en février 2007.</p> <p>La CNAMTS contribue actuellement au financement de l'étude ARDCO (Asbestose Registered Disease Cohort), qui consiste en un suivi de la cohorte issue de cette expérimentation SPP amiante.</p> <p>2°) Annonce lors du CSPRP du 24 mai 2006 : décret pour garantir un suivi médical à toute personne ayant été exposée à l'amiante ;</p> <p>3°) Le protocole d'accord du 12 mars 2007 sur la prévention, la tarification et la réparation des risques professionnels signé entre les organisations professionnelles d'employeurs et certaines organisations professionnelles de salariés prévoit l'engagement d'une étude de faisabilité sur les conditions d'inscriptions dans le dossier médical personnel (DMP) des fiches d'expositions professionnelles ;</p> <p>4°) Présentation à la CATMP (mai 2008) d'un nouveau bilan qui montre :</p> <ul style="list-style-type: none"> - l'intérêt d'une mise à jour par la HAS des protocoles médicaux de suivi ; - la nécessité de mieux informer les médecins traitants sur le dispositif de SPP ; - la nécessité de revoir les modalités d'attestation des expositions (éventuellement par le seul médecin du travail). 	<p>1°) Prévu par la COG AT/MP et le plan cancer notamment :</p> <ul style="list-style-type: none"> - la COG prévoyait que la CNAMTS mènerait une expérimentation dans 3 régions destinée à informer et sensibiliser le corps médical et les assurés sur l'intérêt du suivi post-professionnel en cas d'exposition à l'amiante ; - le plan cancer 2003-2007 prévoyait, pour les cancers professionnels, la création d'un suivi post-exposition et la mise en œuvre effective de suivis post-professionnels. <p>2°) Poursuite des programmes de l'InVS :</p> <ul style="list-style-type: none"> - programmes « SPIRALE » et « ESPRI » - qui visent à repérer les salariés retraités (SPIRALE) et les artisans retraités (ESPRI) ayant été exposés à des cancérogènes au cours de leur carrière pour leur permettre de bénéficier d'un suivi post-professionnel. <p>3°) Le rapport sur « <i>le bilan de la réforme de la médecine du travail</i> » (octobre 2007) préconise :</p> <ul style="list-style-type: none"> - de définir des modalités de suivi plus efficaces de la santé des salariés en donnant une priorité à la prévention primaire et en transformant notamment la procédure d'aptitude en une procédure ciblée de prévention des inaptitudes ; - à défaut d'ouvrir l'accès du DMP au médecin du travail, la mise en place d'un outil spécifique « <i>le dossier médical personnel du travail</i> » permettant la traçabilité des expositions aux risques professionnels susceptibles d'affecter la santé de chaque salarié. <p>Mêmes préconisations du CES dans son avis de février 2008 sur « <i>L'avenir de la médecine du travail</i> ».</p>
Prévention des risques dans les entreprises.	Conduite d'actions par les services prévention des CRAM avec l'appui technique de l'INRS	Préconisée par les rapports déjà cités sur la réforme de la médecine du travail.
Meilleure connaissance des implications physiques et psychiques des postes et emplois occupés.		Préconisée par les rapports déjà cités sur la réforme de la médecine du travail.
Etudier l'opportunité et la faisabilité de l'instauration d'un enregistrement individuel des expositions dans un document unique.	Dans le cadre de la conférence nationale sur les conditions de travail annonce d'une réflexion sur les modalités de mise en place de la traçabilité des expositions professionnelles confiée à la CATMP de la CNAMTS.	Préconisées par les rapports déjà cités sur la réforme de la médecine du travail.

Inscrire les contrats de prévention dans des objectifs de santé publique.	<p>1°) La Cnamts s'est engagée, dans le cadre de la conférence nationale tripartite sur les conditions de travail, à simplifier les contrats de prévention trop complexes pour les petites entreprises.</p> <p>Ces derniers devront être prédéfinis par secteurs d'activité ; les mesures obligatoires et optionnelles en vue d'améliorer les conditions de travail doivent être précisées- Le budget de ces contrats doit passer de 40 à 50 M€ ;</p> <p>2°) La Cnamts a par ailleurs lancé en 2006 une étude sur les bilans des contrats de prévention.</p>	
Création d'une instance de suivi, de réflexion et d'impulsion sur les données utiles à l'appréciation de la sous-déclaration.	<p>1°) Le département santé au travail de l'AFSSET a pour mission de fournir les études et l'expertise qui faisait défaut, de piloter et de développer le Réseau national de vigilance et de prévention des pathologies professionnelles (RNV3P) ;</p> <p>2°) L'InVS a édité un rapport en août 2006 (<i>« les systèmes d'information des régimes de sécurité sociale relatifs aux AT/MP : vers un entrepôt national de données ? »</i>) qui recense les données existantes et les besoins en matière de statistiques sur les AT/MP, première étape de la construction d'un entrepôt national de données regroupant tous les chiffres disponibles, tous régimes confondus.</p>	<p>Rapport d'audit IGAS /INSEE sur <i>«L'organisation du système d'information statistique relatif aux AT/MP»</i> (février 2006) qui préconise la construction d'un entrepôt de données tous régimes sur les AT/MP et qui souligne que les données sur la santé au travail ne doivent pas se limiter aux seules statistiques sur les AT/MP mais s'enrichir d'autres sources d'information que sont les rapports des médecins du travail, les données sur l'absentéisme et le travail des ergonomes.</p>

2- Eléments de contexte susceptibles d'avoir des effets sur la sous-déclaration et sa mesure

Le rapport de la précédente commission citait notamment, comme éléments de contexte susceptibles de produire des effets sur la sous-déclaration, la COG AT/MP, le Plan Santé au Travail et le plan Cancer.

Dans le même esprit, on doit mentionner certains événements survenus depuis 2005. Si la réglementation relative aux procédures de déclaration ou de reconnaissance de ces risques a été peu modifiée, on a vu que les problèmes de santé au travail ont fait l'objet d'un regain d'attention de la part de l'ensemble des acteurs concernés. On peut en attendre des effets :

- sur le champ de la prise en charge de ces risques ;
 - sur leur connaissance ;
 - sur les règles applicables dans les entreprises en matière notamment de sécurité et de santé ;
 - sur les missions des différents intervenants en matière de santé au travail, et en conséquence sur les facteurs de sous-déclaration ou de sous-reconnaissance de ces risques.

Les partenaires sociaux ont ainsi signé deux accords, l'un le 5 avril 2006 qui porte sur la gouvernance de la branche et le second le 12 mars 2007 qui concerne la prévention, la tarification et la réparation des risques professionnels¹. La mise en œuvre de ces accords est en cours de discussion.

Par ailleurs, l'amélioration de la santé et de la sécurité au travail a été présentée comme un des chantiers prioritaires du gouvernement. La conférence nationale tripartite sur les conditions de travail qui a réuni le 4 octobre 2007, sous l'égide du ministre du travail, des relations sociales et de la solidarité, les partenaires sociaux, les différents ministères concernés et les divers organismes nationaux intervenant dans le secteur des risques professionnels, a débouché sur des propositions d'amélioration des conditions de travail et sur un calendrier de mise en œuvre. Deux groupes de travail ont été constitués dans le cadre de cette conférence. Le premier groupe s'est intéressé à la prévention de trois risques majeurs : les troubles musculo-squelettiques, les risques CMR (cancérogènes, mutagènes et toxiques pour la reproduction) et les troubles psycho-sociaux. Le deuxième groupe s'est penché sur l'amélioration des actions conduites par les acteurs de la prévention, à l'intérieur (CHSCT par exemple) et à l'extérieur de l'entreprise (inspection du travail, services de santé au travail).

Divers rapports et études ont également été demandés par les pouvoirs publics sur les problèmes de santé au travail (rapports par exemple sur la médecine du travail ou les risques psychosociaux) et notamment dans le cadre de la conférence nationale tripartite sur les conditions de travail pour éclairer les participants et aider à la prise de décision.

¹ L'article 54 de la loi N° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie a invité les partenaires sociaux à présenter au gouvernement et au Parlement des propositions de réforme de la branche AT/MP portant notamment sur la prévention et la réparation.

Certains accords européens portant sur des points importants de la santé au travail doivent être transposés en droit interne : il s'agit plus particulièrement de l'accord-cadre sur le stress au travail et de celui sur le harcèlement et la violence au travail dont la transposition est en cours d'examen dans le cadre de la conférence tripartite sur les conditions de travail mais aussi du règlement (N°1907/2006) sur l'enregistrement, l'évaluation et l'autorisation des produits chimiques (REACH).

Enfin, plusieurs décisions de la Cour de cassation, intervenues à compter de 2006, renforcent l'obligation de sécurité de résultat de l'employeur - qui en cas de manquement peut être constitutive d'une faute inexcusable - (cf sur ce point l'étude : « *La santé dans la jurisprudence de la Cour de cassation* » figurant dans le rapport 2007 de la Cour de cassation) et l'étend à différents secteurs du droit du travail comme l'indique le rapport annuel de la Cour de cassation de 2006 : « *l'obligation de sécurité de résultat, fondée sur le respect de l'exigence d'effectivité, a ainsi commencé à devenir une norme autonome irriguant toute les phases de la vie au travail* ».

Cette obligation, qui pèse dorénavant sur les employeurs et qui leur impose de prendre les mesures nécessaires pour assurer la sécurité et protéger la santé des travailleurs, sous peine d'engager leur responsabilité, devrait induire plus que tout autre des effets sur la prise en compte par les entreprises des divers risques auxquels sont confrontés les salariés dans leur travail et les inciter notamment à développer des actions de prévention.

2-1- Sur le champ de la prise en charge

Un certain nombre de mesures induisent des effets sur le champ de la prise en charge des risques professionnels : il s'agit des modifications ou créations de tableaux de MP, du nombre et des pathologies indemnisés dans le cadre du système complémentaire et des accidents et maladies que la jurisprudence considère comme relevant des risques professionnels. Par ailleurs, les rapports qui ont été établis sur les risques psychosociaux constituent une première réflexion sur la prise en charge de ces risques dans le cadre de la législation des AT/MP.

2-1-1- Modifications et créations de tableaux de maladies professionnelles

Peu de modifications des tableaux des maladies professionnelles sont intervenues ; un seul nouveau tableau a été créé (tableau n°61 bis sur les cancers broncho-pulmonaires primitifs).

Il est à noter que le décret du 13 décembre 2007 créant le tableau n°61 bis a fait l'objet d'un recours de la FNATH et des organisations syndicales de salariés devant le Conseil d'Etat au motif que ce tableau introduit une condition qui n'existe dans aucun autre tableau, à savoir le délai de latence. Une partie des partenaires sociaux perçoit les conditions prévues dans ce nouveau tableau comme rompant avec le principe de présomption d'imputabilité.

ANNÉES	MESURES PRISES	TEXTES
2005	Révision des tableaux n° 44 (affections consécutives à l'inhalation de poussières minérales ou de fumées, contenant des particules de fer ou d'oxydes de fer) et n° 44 bis (affections consécutives au travail au fond dans les mines de fer).	Décret N°2005-262 du 22 mars 2005
	Révision du tableau n° 91 (broncho-pneumopathie chronique obstructive du mineur de charbon).	Décret N°2005-1353 du 31 octobre 2005
	Révision du tableau n°94 (broncho-pneumopathie chronique obstructive du mineur de fer).	Décret N°2005-1354 du 31 octobre 2005
2006	Révision du tableau n° 51 (maladies professionnelles provoquées par les résines époxydiques et leurs constituants).	Décret N°2006-985 du 1er août 2006
	Révision du tableau n° 62 (affections professionnelles provoquées par les isocyanates organiques).	Décret N°2006-986 du 1 ^{er} août 2006
2007	Révision du tableau n°84 (affections engendrées par les solvants organiques liquides à usage professionnel).	Décret N°2007-457 du 25 mars 2007
	Révision du tableau n° 12 (affections professionnelles provoquées par les hydrocarbures aliphatiques halogénés).	Décret N°2007-1083 du 10 juillet 2007
	Création du tableau n° 61 bis (cancer broncho-pulmonaire primitif provoqué par l'inhalation de poussières ou fumées renfermant du cadmium).	Décret N°2007-1754 du 13 décembre 2007
2008 (janvier-juin)	/	/

2-1-2- Programme de travail de la Commission des maladies professionnelles (CMP) du Conseil supérieur de la prévention des risques professionnelles (CSPRP)

La CMP a achevé, depuis le deuxième semestre 2007, plusieurs groupes de travail, dont les examens de projets de tableaux suivants qui ont été transmis à la direction de la sécurité sociale pour publication du décret au journal officiel : révision du tableau n°1 (plomb), révision du tableau n°4 (benzène), révision du tableau n° 43 (formaldéhyde) et création d'un tableau n° 43 bis (cancer du nasopharynx dû au formaldéhyde). La révision des tableaux n° 16 bis (affections cancéreuses provoqués par les goudrons de houille et autres dérivés) et n°36 bis (affections cancéreuses provoquées par certains dérivés du pétrole) a été également examinée par la CMP.

Les travaux actuellement en cours au sein de la CMP sont les suivants : révision du tableau n°57 (affections périarticulaires), révision du tableau n° 19 (leptospiroses), groupe de travail sur les maladies professionnelles dues aux fibres céramiques réfractaires, travaux exploratoires sur l'indemnisation des pathologies psychiques d'origine professionnelle et révision du guide des comités régionaux de reconnaissance des maladies professionnelles.

La CMP a également inscrit à son programme de travail pour 2008 la révision des tableaux de maladies professionnelles suivants : révision du tableau n° 15 ter (lésions prolifératives de la vessie provoquées par les amines aromatiques) et monomères des plastiques.

2-1-3- L'impact des CRRMP sur le périmètre des maladies professionnelles prises en charge (article L 461-1 – 3^{ème} et 4^{ème} alinéas du code de la sécurité sociale)

Aux termes de l'article L. 461-1 du code de la sécurité sociale, la CPAM peut reconnaître l'origine professionnelle d'une maladie, après avis motivé d'un comité régional de reconnaissance des maladies professionnelles (C2RMP), lorsque :

- la maladie figure dans un tableau de maladies professionnelles et qu'il est établi qu'elle est directement causée par le travail habituel de la victime et qu'une ou plusieurs conditions tenant au délai de prise en charge, à la durée d'exposition ou à la liste limitative des travaux ne sont pas remplies (3^{ème} alinéa de l'article L. 461-1) ;

- il est établi que la maladie, bien que non désignée dans un tableau de maladie professionnelle, est essentiellement et directement causée par le travail habituel de la victime et qu'elle entraîne le décès de celle-ci ou une incapacité permanente d'un taux d'au moins 25 % (4^{ème} alinéa de l'art. L.461-1).

Sur le champ du régime général de la sécurité sociale, les reconnaissances des CRRMP au titre des tableaux (alinéa 3) représentent une faible part (3,6%) de l'ensemble des reconnaissances des maladies professionnelles. Près de 2 000 victimes ont fait l'objet d'une reconnaissance au titre de l'alinéa 3 en 2005 au titre du régime général (tableau 3). Les pathologies les plus fréquemment reconnues sont les affections rhumatologiques (68 %) et les affections liées à l'amiante (16 %).

L'évolution du champ d'activité des CRRMP est fortement tributaire du contexte réglementaire :

- la création des tableaux n° 97 et 98 spécifiques aux affections du rachis lombaire, en février 1999, s'est traduite par une augmentation progressive, les années suivantes, de la reconnaissance au titre de l'alinéa 3 par les CRRMP des affections rhumatologiques venant s'ajouter au tableau n° 57 (cf. ligne 1 du tableau précédent) ;

- s'agissant des affections respiratoires, le tableau n° 25 (qui compose la ligne 5 du tableau ci-dessus avec le tableau n° 66) relatif aux pneumoconioses et pathologies liées à la silice a été révisé en 2003 avec allongement du délai de prise en charge qui est passé de 15 ans à 35 ans pour la silicose chronique, affection la plus fréquente. Cela explique la baisse du nombre de dossiers soumis aux CRRMP (de 20,3 % en 2002 à 11,4 % en 2003) puisqu'ils peuvent désormais être directement pris en charge par la voie standard (au titre du 2^{ème} alinéa) ;

- concernant les pathologies liées au bruit (affections auditives), avant la modification de 2003, le tableau n° 42 exigeait, notamment, la réalisation d'un audiogramme tonal et vocal dans certaines conditions. Cette contrainte a depuis été supprimée, mais la condition du délai de prise en charge demeure pour entrer dans le cadre des tableaux standards. Les dossiers dont ce délai est dépassé peuvent désormais être soumis au Comité, ce qui explique leur forte progression (de 3,1 % du total de ces pathologies en 2002 à 13,4 % en 2005). Il est à noter par ailleurs une forte augmentation du nombre de reconnaissances au titre de ce tableau par la voie standard (642 en 2002, 938 en 2003, 1 354 en 2004 et 1 163 en 2005).

Le nombre de pathologies indemnisé au titre du 4^{ème} alinéa est en augmentation depuis 2001 mais il est peu important comme l'indique le tableau ci-après (104 pathologies ont été indemnisées en 2006 pour le régime général).

	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Nombre de pathologie indemnisé dans le cadre du système complémentaire (régime général)	17	23	91	93	86	104

Source : CNAMETS - DRP

Malgré la modicité des chiffres, il peut être intéressant de relever les directions dans lesquelles les CRRMP font progresser, au moins virtuellement, le champ des pathologies professionnelles. Pour l'année 2006, les affections rhumatologiques représentent 39 % des avis favorables, les cancers 27 % (dont 6 % pour les cancers liés à l'amiante), les affections psychologiques 19 % et les affections bronchopulmonaires non cancéreuses 9 %. C'est dans le domaine des troubles psychosociaux – domaine en cours de défrichement, comme on le sait, de la part des partenaires sociaux – que l'observation peut notamment être utile. Le nombre des indemnisations progresse (+ 15,6 % en 2004, + 24,4 % en 2005, + 17,3 % en 2006), mais compte tenu de la faiblesse des nombres en valeur absolue, les enseignements à chercher sont plutôt qualitatifs. La pathologie la plus indemnisée figure sous la rubrique « troubles de l'adaptation ». La diversité des termes retenus selon les CRRMP pour dénommer les syndromes est remarquable :

Syndrome	Libellé syndrome	2001	2002	2003	2004	2005	2006	TOTAL
F432	Troubles de l'adaptation	0	0	10	8	10	6	34
F322	Episode dépressif sévère sans symptômes psychotiques	0	1	3	1	3	0	8
F329	Episode dépressif sans précision	0	1	1	0	0	1	3
F41	Autres troubles anxieux	0	0	0	1	1	1	3
F204	Dépression post-schizophrénique	0	0	0	0	2	0	2
F321	Episode dépressif moyen	0	0	0	0	2	0	2
F328	Autres épisodes dépressifs	0	0	1	0	0	1	2
F408	Autres troubles anxieux phobiques	0	0	0	2	0	0	2
F412	Trouble anxieux et dépressif mixte	1	0	0	0	0	1	2
F067	Trouble cognitif léger	0	0	0	0	0	1	1
F072	Syndrome post-commotionnel	0	0	1	0	0	0	1
F232	Trouble psychotique aigu d'allure schizophrénique	0	0	0	1	0	0	1
F239	Trouble psychotique aigu et transitoire sans précision	0	0	0	0	1	0	1
F28	Autres troubles psychotiques non organiques	0	0	0	1	0	0	1
F315	Trouble affectif bipolaire épisode actuel de dépression sévère avec symptômes psychotiques	0	1	0	0	0	0	1
F32	Episodes dépressifs	0	0	0	0	1	0	1
F33	Trouble dépressif récurrent	0	0	0	0	0	1	1
F341	Dysthymie	0	0	1	0	0	0	1
F409	Trouble anxieux phobique sans précision	0	0	0	0	0	1	1
F411	Anxiété généralisée	0	0	0	0	0	1	1
F449	Trouble dissociatif (de conversion) sans précision	0	1	0	0	0	0	1
F489	Trouble névrotique sans précision	0	0	0	1	0	0	1
F54	Facteurs psychologiques et comportementaux associés à des maladies ou des troubles classés ailleurs	0	0	0	0	0	1	1

F69	Trouble de la personnalité et du comportement chez l'adulte sans précision	1	0	0	0	0	1
F989	Trouble du comportement et trouble émotionnel apparaissant habituellement durant l'enfance et l'adolescence sans précision	0	0	0	0	0	1
T743	Sévices psychologiques	0	0	0	0	0	1
Z 730	Surmenage	0	0	0	0	0	1
Z 733	Stress non classé ailleurs	0	0	0	0	1	0
	TOTAL	2	4	17	15	21	18
							92

Source : CNAMTS - DRP

2-1-4- La jurisprudence

La Cour de cassation a étendu l'obligation de sécurité de résultat de l'employeur, pour ce qui est de la prise en charge de ces risques, à divers cas de harcèlement moral et à la tentative de suicide d'un salarié à son domicile survenue du fait du travail.

Dans un arrêt du 21 juin 2006 (N° 05-43.914), elle a jugé que l'employeur est responsable, même en l'absence de faute, en cas de harcèlement moral d'un salarié à l'égard de ses subordonnés et que « *l'absence de faute de sa part ne peut l'exonérer de sa responsabilité* ».

Dans un arrêt du 11 octobre 2006 (N° 04-48.314), la Cour a énoncé que lorsque l'absence prolongée d'un salarié est la conséquence d'une altération de son état de santé consécutive au harcèlement moral dont il a été l'objet, l'employeur ne peut, pour le licencier, se prévaloir du fait qu'une telle absence perturbe le fonctionnement de l'entreprise.

Dans une autre décision du 22 février 2007 (N° 05-13.771), la Cour a considéré comme accident du travail une tentative de suicide commise à son domicile par un salarié en arrêt de travail pour syndrome anxiо-dépressif dès lors que celui-ci établit qu'il est survenu par le fait du travail. Elle a par ailleurs jugé qu'en vertu du contrat de travail le liant à son salarié, « *l'employeur est tenu d'une obligation de sécurité de résultat et que le manquement à cette obligation a le caractère d'une faute inexcusable, au sens de l'article L. 452-1 du code de la sécurité sociale, lorsque l'employeur avait ou aurait dû avoir conscience du danger auquel était exposé le salarié et qu'il n'a pas pris les mesures nécessaires pour l'en préserver* ».

2-1-5- Le cas particulier des troubles psycho-sociaux : deux rapports

Le ministre du travail a demandé en septembre 2006, face à la montée des problèmes psychosociaux liés au travail, à la CMP du CSPRP de conduire, comme déjà indiqué, une réflexion sur la possibilité d'inscrire les psychopathologies dans les tableaux de maladies professionnelles. Le groupe de travail (rapporteur : M. Charles AMOUDRU) a remis son rapport « *Psychopathologies et travail* » le 24 août 2007.

Par ailleurs, lors de la conférence nationale tripartite sur les conditions de travail du 4 octobre 2007, les débats sur les risques psychosociaux se sont heurtés à la difficulté d'en mesurer l'ampleur et l'évaluation en l'absence d'indicateurs spécifiques et fiables. Le ministre du travail a en conséquence demandé à deux experts (P. NASSE et P. LEGERON) d'établir un rapport sur ce sujet.

- **Le rapport du groupe de réflexion : « psychopathologies et travail » d'août 2007**

Le rapport fait un état des lieux des problèmes rencontrés et un inventaire des différentes approches permettant une réparation de ces risques dans le cadre de la réglementation des AT/MP.

Il constate qu'il n'existe pas de psychopathologies spécifiques des emplois salariés où le stress serait en facteur commun. L'examen par professions, métiers ou travaux n'apparaît pas opératoire pour établir des présomptions d'origine professionnelle.

S'il était décidé d'établir un tableau de maladie professionnelle, le rapport propose la réalisation d'une étude de la liste des principales pathologies, critères diagnostiques, données chronologiques et taux d'IPP, etc... qui pourrait être confiée d'abord à une instance médicale collégiale. Les référentiels de la Haute Autorité de Santé (HAS) sur la prise en charge des épisodes dépressifs devraient être pris en considération. Le diagnostic devrait être confirmé dans tous les cas par un test normalisé et une évaluation psychométrique.

L'examen des situations de travail, contraintes organisationnelles, etc ... susceptibles d'être retenues serait à confier à un groupe de travail avec des experts référents pluridisciplinaires dont un ergonomiste.

Compte tenu des travaux de ces groupes de travail, le rapport mentionne qu'il appartiendra alors à l'administration d'examiner les modalités de la transcription de ces résultats en termes réglementaires en décidant :

- soit, de créer un tableau de MP avec une liste limitative de travaux ;
- soit, d'opérer un aménagement spécifique du règlement des C2RMP dans un chapitre séparé ;
- soit, d'élaborer une mesure législative originale pour tenir compte du caractère très spécifique de ces pathologies.

- **Le rapport sur « La détermination, la mesure et le suivi des risques psychosociaux au travail » de P. NASSE et P. LEGERON de mars 2008**

Ce rapport, remis au ministre du travail le 12 mars 2008, constate que les troubles psychiques constituent la première cause d'invalidité professionnelle. Il rappelle que la 4^{ème} enquête de la Fondation de Dublin chiffre le coût économique du stress dans l'union entre 15 et 20 milliards d'euros et qu'il est estimé pour la France entre 800 et 1600 millions d'euros.

Il formule huit propositions pour mieux évaluer ces risques qui sont résumées dans le tableau ci-après et suggère que le suivi de celles-ci soit confié au futur Conseil d'orientation des conditions de travail.

**Préconisations du rapport sur
« La détermination, la mesure et le suivi des risques psychosociaux au travail »
de P. NASSE et P. LEGERON de mars 2008**

- 1°) Construire un indicateur global majeur d'observations des risques psychosociaux en France en ajoutant aux enquêtes existantes une enquête qui permettrait d'observer les caractéristiques d'individus au travail, leur santé mentale et les risques auxquels ils sont exposés. Cette enquête annuelle obligatoire serait placée sous la responsabilité de l'INSEE et son exécution confiée aux ministères de la santé et du travail. Elle s'inscrirait dans la démarche d'harmonisation de prise en compte de l'évaluation et de la prévention des risques psychosociaux telle qu'elle se dessine actuellement au sein de l'Europe ;
- 2°) Conserver les enquêtes existantes mais en les complétant par la construction d'indicateurs spécifiques à partir des sources administratives existantes telles que les statistiques de mouvements de main-d'œuvre, les arrêts maladie de courte durée ou les rapports d'activité des médecins et inspecteurs du travail ;
- 3°) Lancer des expériences pilotes dans la fonction publique pour rechercher, expliquer et prévenir les conséquences des risques psychosociaux ;
- 4°) Etudier des incitations financières au sein de la branche AT/MP de la CNAMETS. Malgré la réglementation liant cotisations versées et accidents, l'incitation à la prévention reste faible ;
- 5°) Opérer une évaluation économique approfondie des possibilités d'inciter à plus de comportements de prévention primaire et secondaire ;
- 6°) Recenser les suicides au travail et les analyser : les CRAM pourraient récolter ces données ;
- 7°) Lancer une campagne publique nationale d'information ;
- 8°) Entreprendre un effort de formation de tous les acteurs concernés afin d'améliorer leur capacité d'expertise de ces risques et renforcer les pouvoirs de saisine des CHSCT quant à ses risques ;

Le rapport préconise également de créer un portail Internet sur ces risques qui pourrait dépendre du ministère du travail et qui serait destiné aux entreprises et aux salariés.

A noter également les travaux de l'InVS sur le sujet : « Santé mentale et activité professionnelle dans l'enquête décennale santé 2003 de l'INSEE » du 5 octobre 2007 et « Prévalence des troubles de santé mentale et conséquences sur l'activité professionnelle en France dans l'enquête «-Santé mentale en population générale : images et réalité ».

2-1-6- La problématique du travail intérimaire

A la demande de la CATMP, un groupe de travail inter-CTN regroupant des représentants des employeurs et des salariés s'est intéressé au problème du travail intérimaire. Ses travaux se sont concrétisés par l'élaboration d'un document traitant de l'accueil et de la santé au travail des intérimaires qui a été approuvé par la CATMP le 21 mars 2007 et qui formule différentes recommandations.

Dans ce texte, les partenaires sociaux réaffirment la nécessité d'appliquer aux salariés intérimaires les mêmes règles de santé et de sécurité qu'aux autres salariés. Ils rappellent aux entreprises (de travail temporaires et utilisatrices) qu'il est nécessaire, compte tenu de la spécificité et des conditions d'exécution différentes de chaque mission d'intérim, de veiller particulièrement à la santé et à la sécurité des intérimaires tout au long de leurs missions.

Ils souhaitent par ailleurs que le suivi médical des intérimaires fasse l'objet d'une meilleure prise en compte par tous les acteurs concernés (entreprises de travail temporaires, utilisatrices, services de santé au travail) notamment en cas de reprise du travail après accident du travail avec arrêt.

Les branches professionnelles ont été invitées à diffuser et à mettre en œuvre ces recommandations en les enrichissant d'éléments liés à leur spécificité.

2-2- Concernant la connaissance des risques, des accidents et pathologies, des prises en charge

Les travaux conduits par l'AFSSET, l'InVS et l'INRS apportent des améliorations dans les connaissances épidémiologiques et statistiques de ces risques qui faisaient défaut jusqu'alors. Certaines mesures inscrites dans la COG AT/MP y contribuent également ainsi qu'à leur prise en charge.

2-2-1- Les travaux de l'AFSSET, de l'InVS et de l'INRS

Deux mesures prévues par la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique et le Plan Santé au Travail (2005-2009) ont été mises en œuvre qui devraient avoir un impact sur les connaissances épidémiologiques et statistiques de ces risques.

* *L'évaluation et l'expertise des risques sanitaires en milieu du travail ont été confiées à l'AFSSET*

Le Plan Santé Travail (PST) avait prévu la création d'une agence publique chargée des questions de surveillance de la santé et de la sécurité au travail. Cette mission a été confiée à l'Agence française de sécurité sanitaire et de l'environnement (AFSSE), initialement dédiée à la santé environnementale, qui a été réorganisée à cette fin par une ordonnance en date du 1^{er} septembre 2005 et par un décret du 8 juin 2006 et est devenue l'Agence française de sécurité sanitaire et de l'environnement et du travail (AFSSET).

Elle mène des activités d'évaluation et d'expertise des risques sanitaires en milieu du travail. Elle exerce une veille sur l'évolution des connaissances scientifiques. Elle apporte aux pouvoirs publics un appui scientifique et technique sur ces risques. Elle organise un réseau permettant de coordonner les travaux d'évaluation de ces risques. Elle assure ainsi l'animation du réseau national de vigilance et de prévention des pathologies professionnelles (RNV3P)².

² Les médecins peuvent adresser leurs patients, lorsqu'ils ont des interrogations sur l'origine professionnelle d'une pathologie, aux experts des Centres de consultations de pathologies du travail (CCPP), installés dans les CHU.

Ces centres de consultations (30 au total) sont regroupés au sein du Réseau national de vigilance et de prévention des pathologies professionnelles (RNV3P), qui depuis sa création en 2001, a constitué une base de plus de 33.000 données sur les pathologies de santé au travail.

Entre 5 et 6.000 personnes sont envoyées dans les CCPP chaque année.

Chaque problème de "santé au travail" identifié est enregistré dans une banque de données nationale, qui permet d'établir des tendances, d'alerter sur de possibles nouvelles pathologies et d'améliorer en conséquence la prévention. Il rend ainsi compte de pathologies graves, de problèmes inhabituels, de pathologies dont la mise en évidence du caractère professionnel nécessite des examens plus approfondis.

Même si les résultats ne sont pas représentatifs, puisque seuls sont répertoriés les problèmes de santé des patients venus en consultation, le réseau a cependant un rôle de veille sanitaire en santé au travail. Le réseau a ainsi recensé entre 2001 et 2006 une augmentation des maladies psychiatriques.

Chez les femmes, les maladies psychiatriques sont les pathologies les plus souvent recensées, arrivent ensuite les problèmes dermatologiques (allergies), de l'appareil respiratoire (asthmes) et du système ostéo-articulaire (TMS).

Ses activités en matière de santé au travail ont porté (rapports d'activité 2006 et 2007 de l'agence) sur :

- l'expertise préalable à l'élaboration de valeurs limites d'exposition professionnelle et leur mise en place, afin d'établir un cadre réglementaire de protection des salariés ;

- la substitution de produits cancérogènes, mutagènes ou reprotoxiques (CMR) en milieu de travail par des procédés moins dangereux.

Elle a, en outre, réalisé une étude sur les fibres minérales artificielles (FMA) et en particulier sur les fibres céramiques réfractaires (FCR) précisant les applications de ces fibres et évaluant l'exposition des travailleurs. Dans l'avis qu'elle a rendu en avril 2007 sur le sujet elle préconise notamment :

- une amélioration de la traçabilité en rendant obligatoire le signalement de la présence de toute FMA classée cancérogène dans tous les documents associés à la cession d'articles en contenant (achat, vente ...) ;

- de rendre contraignante pour les industriels la valeur limite d'exposition aux FCR et d'informer davantage les entreprises qui les utilisent.

Elle a par ailleurs été saisie par les ministères de tutelle d'une évaluation des risques des fibres dites courtes et des fibres fines d'amiante afin d'apprecier si les dispositions légales doivent être modifiées.

Elle assurera en outre l'enregistrement, l'évaluation et l'autorisation en France des substances chimiques dans le cadre de la mise en œuvre du règlement européen du 18 décembre 2006 sur l'enregistrement, l'évaluation et l'autorisation des produits chimiques (REACH) (cf le 2-3-3 ci-après).

* L'InVS s'est vu confier la centralisation et l'analyse des statistiques sur les accidents du travail et les maladies professionnelles

L'article 15 de la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique a prévu que l'InVS devait « mettre en œuvre, en liaison avec l'assurance maladie et les services statistiques des départements ministériels concernés, un outil permettant la centralisation et l'analyse des statistiques sur les accidents du travail, les maladies professionnelles, les maladies présumées d'origine professionnelles et de toutes les autres données relatives aux risques sanitaires en milieu du travail ».

L'InVS a publié un premier rapport en août 2006 « *Les systèmes d'information des régimes de sécurité sociale relatifs aux accidents du travail et aux maladies professionnelles : vers un entrepôt national de données ?* » qui fait un état des lieux des systèmes de réparation des risques professionnels dans les principaux régimes de sécurité sociale et évalue les besoins en information des risques sanitaires en milieu professionnel des acteurs potentiels de la réparation et de la prévention.

Pour les hommes, les pathologies les plus recensées sont les maladies respiratoires et tumorales (notamment liées à l'amiante, comme le cancer broncho-pulmonaire ou plaques pleurales), devant les problèmes dermatologiques et ostéo-articulaires (lombalgie).

* L'INRS a lancé un travail sur les risques liés aux nanoparticules

Décidé en mai 2008, ce chantier visera à évaluer les effets des nanoparticules manufacturées sur la santé, les expositions professionnelles et à améliorer les moyens de prévention.

2-2-2- La COG AT/MP

La COG AT/MP a repris différentes préconisations des commissions chargées d'évaluer la sous-déclaration des risques professionnels et notamment de celle de 2002. La COG couvrait la période 2004-2006 ; un avenant signé en mai 2007 l'a prorogée et a actualisé le contenu des objectifs pour la période 2007-2008.

Plusieurs mesures prévues par la COG ont été mises en œuvre par la CNAMTS :

- une base de données, permettant un suivi exhaustif des éléments fondamentaux sur la sinistralité au sein de la branche AT/MP, devait être créée. Cette base « Datamart ATMP », outil support de la base de données sur la sinistralité, a été mise en place. Les données de sinistralité 2007 ont été transmises à l'Etat et à l'InVS ;

- une enquête visant à mieux appréhender les causes des écarts de taux de reconnaissance des AT/MP selon les caisses devait être lancée. Un audit a été réalisé dans 6 CPAM (Orléans, Brest, Quimper, Nice, Haguenau et Strasbourg) sur les pratiques en matière de reconnaissance des TMS (tableau n° 57 membres supérieurs) et des accidents de trajet ;

- un tableau de bord statistique sur les taux de reconnaissance des AT/MP, notamment par organisme et la définition d'une typologie des motifs de rejet, devait être mis en place. Un tableau de bord a été élaboré permettant un suivi, pour les TMS et les accidents de trajets, des écarts entre la moyenne des déciles extrêmes ;

- la dématérialisation des déclarations des accidents du travail devait être instituée courant 2006 afin de faciliter la déclaration des accidents du travail par l'employeur. Une expérimentation de cette dématérialisation a été préalablement faite dans les CPAM des régions Languedoc-Roussillon et Aquitaine. La livraison et l'installation dans les sites pré-séries ont été faites fin avril 2008 et l'ouverture au public des pré-séries a pu être réalisée début mai ;

- des actions de communication en direction des médecins devaient être conduites sur les risques professionnels et pour les informer sur l'existence des centres de consultation de pathologies du travail. Des informations à destination des médecins ont été mises en ligne sur les sites Internet de différents organismes de l'assurance maladie et des formations mises en place, sur le risque professionnel, dans le cadre de la formation conventionnelle continue des médecins libéraux. Un site Internet accessible aux médecins sera par ailleurs mis en ligne au 1^{er} juillet 2008. Ce site permettra de visualiser, à partir d'une pathologie et d'une profession, les tableaux de MP s'y rapportant.

2-2-3- Le rapport sur « l'organisation du système d'information statistique relatif aux accidents du travail et maladies professionnelles » de février 2006

Une mission d'audit conduite par l'IGAS et l'INSEE, qui a remis un rapport en février 2006 sur « *l'organisation du système d'information statistique relatif aux accidents du travail et maladies professionnelles* », souligne que les statistiques sur les AT/MP sont incomplètes (absence notamment de statistiques pour les trois fonctions publiques), insuffisamment

exploitées et peu valorisées. Elle préconise la construction d'un entrepôt de données tous régimes sur les AT/MP et souligne que les données sur la santé au travail ne doivent pas se limiter aux seules statistiques sur les AT/MP mais s'enrichir d'autres sources d'information que sont les rapports des médecins du travail, les données sur l'absentéisme et le travail des ergonomes.

2-3- Concernant les règles applicables dans les entreprises

Les règles applicables en matière de sécurité et de santé par les entreprises ont été renforcées. Outre les modifications inscrites dans le code du travail ou prévues par la réglementation européenne, des mesures ont été retenues par les partenaires sociaux dans le cadre de la conférence tripartite sur les conditions de travail et de l'accord du 12 mars 2007 sur la prévention, la tarification et la réparation des risques professionnels. Par ailleurs, la jurisprudence de la Cour de cassation étend les obligations de l'employeur en matière de sécurité et de préservation de la santé des salariés.

2-3-1- Les modifications du code de travail

Les mesures modifiant le code du travail portent principalement sur des améliorations de la protection des salariés vis-à-vis de certains risques (vibrations, expositions limites à certaines substances, arrêt temporaire d'activité en cas d'exposition à un agent CMR).

Années	Mesures prises	Textes
2005	Prescriptions de sécurité et de santé applicables en cas d'exposition des travailleurs aux risques dus aux vibrations mécaniques.	Décrets N°2005-746 et 2005-748 du 4 juillet 2005
2006	Fixation de valeurs limites d'exposition professionnelle contraignantes à certains agents chimiques dans l'atmosphère des lieux de travail. Prescriptions de sécurité et de santé applicables en cas d'exposition aux risques dus au bruit (transpose en droit interne une directive européenne du 25 juin 2002).	Décret N°2006-133 du 9 février 2006 Décret N°2006-892 du 19 juillet 2006
2007	Création des comités régionaux de la prévention des risques professionnels. Arrêt temporaire d'activité mentionné au II de l'art. L. 231-12 du code du travail (l'inspection du travail peut prononcer un arrêt temporaire d'activité en cas de persistance d'une situation dangereuse résultant d'une exposition à une substance chimique cancérogène, mutagène ou toxique pour la reproduction (CMR)). Fixation de valeurs limites d'exposition professionnelle contraignante pour certains agents chimiques. Protection des travailleurs contre les dangers des rayonnements ionisants.	Décret N°2007-761 du 10 mai 2007 Décret N°2007-1404 du 28 septembre 2008 Décret N°2007-1539 du 26 octobre 2007 Décret N°2007-1570 du 5 novembre 2007
2008 (janvier- juin)	/	/

2-3-2- La jurisprudence

• L'extension de l'obligation de sécurité de résultat de l'employeur

La Cour de cassation a étendu l'obligation de sécurité de résultat de l'employeur à plusieurs aspects de la vie au travail.

- la prévention de la santé et de la sécurité des salariés :

Dans une décision en date du 29 juin 2005 (N°03-44.412), la Cour a ainsi considéré que l'employeur est tenu à une obligation de sécurité de résultat vis-à-vis de ses salariés en ce qui concerne leur protection contre le tabagisme dans l'entreprise étendant ainsi cette obligation à la prévention de la santé sur les lieux de travail (la Cour a jugé qu'en la matière il y avait méconnaissance des dispositions du code de la santé publique sur le tabagisme).

Dans un arrêt du 5 mars 2008 (N°06-45.888), elle a reconnu au juge le droit de suspendre la réorganisation d'une entreprise mise en place par l'employeur qui est de nature à compromettre la santé et la sécurité des travailleurs.

- l'obligation de se renseigner sur le danger encouru par le salarié et de protéger sa santé :

Dans une décision du 8 novembre 2007 (N°07-11.219), la Cour a énoncé que l'employeur est tenu à une obligation de sécurité de résultat, notamment en ce qui concerne les maladies professionnelles contractées par ce salarié du fait des produits fabriqués ou utilisés par l'entreprise et que le manquement à cette obligation a le caractère d'une faute inexcusable lorsque l'employeur avait ou aurait dû avoir conscience du danger auquel était exposé le salarié et qu'il n'a pas pris les mesures nécessaires pour l'en protéger et que lorsque le travail s'exécute dans les locaux d'une autre entreprise, l'employeur a le devoir de se renseigner sur les dangers courus par le salarié.

Dans un arrêt du 18 décembre 2007 (N° 06-43.801), elle a considéré qu'un travailleur ne peut être affecté, en vertu du code du travail, à des travaux l'exposant à un agent cancérogène, mutagène ou toxique pour la reproduction que s'il a fait l'objet d'un examen préalable par le médecin du travail et si la fiche d'aptitude atteste qu'il ne présente pas de contre-indication médicale à ces travaux et « *qu'il en résulte que ne constitue pas une faute le refus du salarié d'effectuer une tâche à l'accomplissement de laquelle il ne peut être affecté dès lors que l'employeur n'a pas exécuté les obligations mises à sa charge pour assurer la protection de la santé au travail* ».

- la prise en compte des décisions du médecin du travail :

Dans un arrêt du 20 septembre 2006 (N°05-42.925), elle a énoncé que « *l'employeur, tenu d'une obligation de sécurité de résultat en matière de protection de la santé et de sécurité des travailleurs dans l'entreprise, doit en assurer l'effectivité en prenant en considération les propositions de mesures individuelles telles que mutations ou transformations de postes, justifiées par des considérations relatives à l'âge, à la résistance physique ou à l'état de santé des travailleurs que le médecin du travail est habilité à faire par l'article L. 241-10-1 du code du travail*. La cour d'appel avait constaté que l'employeur avait mis en péril la santé du salarié en tardant à suivre les préconisations du médecin du travail.

Dans un autre arrêt en date du 19 décembre 2007 (N°06-43.918), elle a considéré qu'un salarié ne pouvait pas être licencié pour insuffisances professionnelles dès lors que l'employeur

n'avait pas pris en compte les mesures proposées par le médecin du travail et n'avait pas cherché à lui fournir un poste compatible avec les recommandations de celui-ci et qu'en cas de refus de suivre ces recommandations, l'employeur est tenu de faire connaître les motifs qui s'opposent à ce qu'il y soit donné suite (idem arrêt du 19 décembre 2007, N° 06-46.134).

- **La responsabilité du médecin du travail**

Par ailleurs, la responsabilité du médecin du travail peut être mise en cause dès lors qu'il n'a pas pris les mesures visant à prévenir la santé des salariés.

2-3-3- La réglementation européenne

L'accord-cadre du 8 octobre 2004 sur le stress au travail et celui du 26 avril 2007 sur le harcèlement et la violence au travail signés par les partenaires sociaux européens, qui doivent être transposés en droit interne, visent à fournir aux employeurs et aux travailleurs un cadre qui permet de détecter, de prévenir et de gérer ces problèmes.

Par ailleurs, les instances européennes ont adopté le 18 décembre 2006 un règlement (N°1907/2006) sur l'enregistrement, l'évaluation et l'autorisation des produits chimiques (REACH) qui, bien qu'il ne concerne pas directement la protection des travailleurs, devrait, comme le souligne l'INRS (Documents pour le Médecin du Travail N° 109 - 1^{er} trimestre 2007), induire des effets sur la prévention des risques chimiques pour les travailleurs. L'enregistrement des substances concernées (30 000 environ) obligera les industriels à acquérir plus rapidement des connaissances sur ces substances et leur dangerosité et à les exploiter pour mieux maîtriser les risques en milieu de travail. La communication des risques et des moyens de les prévenir le long de la chaîne d'approvisionnement facilitera l'évaluation des risques par l'employeur au niveau du poste de travail.

- **L'accord-cadre du 8 octobre 2004 sur le stress au travail**

Cet accord prévoit que l'identification d'un problème de stress au travail doit passer par une analyse des facteurs qui le génèrent tels que l'organisation et les processus de travail (aménagement du temps de travail, degré d'autonomie, charge de travail, etc...), les conditions de l'environnement du travail (exposition à un comportement abusif, au bruit, à la chaleur, à des substances dangereuses, etc..) ou de certains facteurs subjectifs (pressions émotionnelles et sociales, perception d'un manque de soutien, impression de ne pas pouvoir faire face à la situation, etc....).

Lorsque des problèmes de stress sont identifiés, il incombe à l'employeur de déterminer les mesures à mettre en œuvre pour le prévenir, le réduire ou l'éliminer. Ces mesures doivent être mises en œuvre avec la participation et la collaboration des travailleurs et/ou de leurs représentants.

L'accord devait être transposé en droit interne par les Etats membres de l'UE au plus tard le 8 octobre 2007.

Lors de la conférence sur les conditions de travail, il a été décidé d'examiner les modalités de transposition de cet accord en droit interne (cf le 2-3-5 ci-après). Les organisations patronales ont soumis le 5 mai 2008 aux organisations syndicales de salariés un projet de texte de transposition de cet accord.

- **L'accord-cadre du 26 avril 2007 sur le harcèlement et la violence au travail**

Cet accord définit les différentes formes de harcèlement et de violence au travail. L'accord souligne la nécessité d'une prise de conscience et d'une formation adaptée des travailleurs et des dirigeants pour prévenir ces situations. Les entreprises sont invitées à spécifier clairement que le harcèlement et la violence ne sont pas tolérés. Il leur incombe de déterminer et de mettre en œuvre les mesures appropriées lorsque de telles situations se présentent, en lien avec les travailleurs et leurs représentants. L'accord doit être transposé dans les Etats membres avant le 10 avril 2010.

- **Les expositions aux risques chimiques : le règlement REACH**

Ce règlement vise à améliorer la connaissance et l'information sur les substances chimiques et à mieux maîtriser les risques qu'ils représentent pour l'homme et l'environnement.

Ce règlement prévoit :

- qu'il incombe désormais aux industriels (et non plus aux autorités publiques) d'apporter la preuve de la sécurité des produits chimiques commercialisés ;

- un enregistrement des substances chimiques : tous les fabricants et importateurs dans l'UE de substances chimiques de volumes supérieurs ou égaux à une tonne par an devront déposer un dossier d'enregistrement de ces produits (qui comportera notamment des informations sur la substance : propriétés physico-chimiques, toxicologiques, usages et conseils d'utilisation, sur sa classification et son étiquetage, un rapport sur la sécurité chimique si les quantités concernées sont supérieures à 10 tonnes par an) auprès de l'Agence européenne des produits chimiques (AEPC) qui a été mise en place le 1^{er} juin 2007. Ces enregistrements seront réalisés sur une échéance de 11 ans en commençant par les substances les plus dangereuses ;

- un système d'autorisation et de substitution pour les produits les plus dangereux, soit les substances cancérogènes, mutagènes et toxiques (CMR) de catégories 1 et 2, les substances bioaccumulables et toxiques (PBT), les substances très persistantes et très bioaccumulables (vPvB) et les substances identifiées comme ayant des effets graves et irréversibles sur l'être humain et l'environnement : leur mise sur le marché devra avoir été préalablement autorisée par la Commission qui s'appuiera sur les recommandations de l'Agence européenne des produits chimiques. Les producteurs devront obligatoirement soumettre à l'Agence un plan de remplacement des substances les plus dangereuses par des produits moins nocifs ;

- la réalisation d'un inventaire des classifications et des étiquetages de ces substances sous la forme d'une base de données. Pour les substances les plus dangereuses, les experts européens établiront une classification harmonisée au niveau communautaire.

L'entrée en vigueur du règlement a été fixé au 1^{er} juin 2007, toutefois les différentes procédures (enregistrement, évaluation, autorisation) sont applicables à compter du 1^{er} juin 2008. Les obligations incombant aux industriels relatives à l'inventaire des classifications sont applicables à compter du 1^{er} décembre 2010.

Un projet d'articles de loi et un projet de décret adaptant ce règlement en droit interne ont été soumis au CSPRP qui l'a examiné le 18 avril 2008.

2-3-4- Le protocole d'accord du 12 mars 2007 sur la prévention, la tarification et la réparation des risques professionnels

Cet accord qui a été signé par les organisations patronales et trois syndicats de salariés (CFDT, CFTC, FO) vise à améliorer la prévention et la réparation des risques professionnels et à rendre la tarification plus simple et plus incitative à la prévention. Il nécessite, pour être applicable, la prise de dispositions législatives et réglementaires.

• La prévention :

L'accord prévoit :

- de développer la prévention dans les TPE/PME : à cette fin, la branche AT/MP impulsera la production de référentiels techniques, recommandations et guides de bonnes pratiques, mettra en place, à titre expérimental pour les salariés insuffisamment suivis par les services de santé au travail, un suivi médical adapté et sera associée à l'élaboration des plans régionaux de santé au travail ;

- d'améliorer les conditions de travail par la conduite d'actions d'éducation et de formation (sensibilisation dans les programmes scolaires, une formation pour les entreprises de moins de 11 salariés), l'engagement d'une étude de faisabilité sur les conditions d'inscriptions dans le dossier médical personnel (DMP) des fiches d'exposition professionnelle, le développement d'une culture de prévention dans les relations entreprises utilisatrices et entreprises extérieures (dont les entreprises de travail temporaire).

• La tarification :

L'accord entend rendre la tarification plus simple et plus incitative à la prévention, il prévoit notamment :

- de baisser le seuil maximum de la tarification individuelle de 200 à 150 salariés ;

- une meilleure application du système d'incitations (ristournes, contrats de prévention et cotisations supplémentaires) : les contrats de prévention s'appuieront notamment sur le document unique relatif aux résultats de l'évaluation des risques professionnels prévu à l'article R 230-1 du code du travail, le dispositif de cotisation supplémentaire sera appliqué en cas de risque exceptionnel ou répété, révélé par une infraction aux règles de santé et de sécurité au travail.

• La réparation :

L'accord précise que les mesures proposées visant à assurer une réparation plus équitable sont conditionnées par la capacité de la branche de les financer (la branche AT/MP présentera en 2008 un excédent de 337,5 M€ Commission des comptes de la sécurité sociale- juin 2008), notamment en réexaminant certains transferts financiers qui lui sont imposés. Les mesures retenues portent sur les points suivants :

- une meilleure prise en charge des frais paramédicaux engagés par les victimes d'AT/MP dont les tarifs sont insuffisants (appareillage dentaire, optique ou auditif...) ;

- une utilisation effective par les CPAM des procédures de réadaptation fonctionnelle et de rééducation professionnelle ;

- la priorité au maintien de l'activité professionnelle et examen de la transposition à la branche AT/MP des dispositions de l'article 24 de la loi du 13 aout 2004 relatives aux arrêts de travail supérieurs à trois mois ;

- l'examen du versement d'une allocation temporaire de réinsertion professionnelle pour une durée maximale de 30 jours succédant aux indemnités journalières ;

- l'incapacité permanente de travail doit être davantage individualisée avec une prise en compte de l'ensemble des séquelles de la victime (physiques et psychiques) ;

- le taux d'incapacité permanente doit pouvoir être rectifié compte tenu de l'âge, des séquelles et de leurs conséquences socioprofessionnelles ;

- les CPAM doivent assurer un meilleur suivi des victimes d'AT/MP, la révision de la rente doit s'adapter à l'évolution de l'état de santé de la victime ;

- la majoration de la rente en cas d'assistance d'une tierce personne doit pouvoir être modulée en fonction de la nécessité du recours à une tierce personne.

2-3-5- *Les propositions relatives à la prévention des risques professionnels retenues dans le cadre de la conférence nationale tripartite d'octobre 2007*

A l'issue de la conférence tripartite sur les conditions de travail, les mesures suivantes visant à mieux prévenir les risques professionnels ont été retenues :

- le lancement par le ministère chargé du travail d'une campagne d'information nationale sur les troubles musculo-squelettiques (TMS), qui se déroulera pendant 3 ans et qui a débuté en avril 2008. Cette campagne doit sensibiliser le grand public et l'ensemble des acteurs de l'entreprise à la prise en charge précoce de ces troubles ;

- un renforcement par l'Etat des actions de sensibilisation et de contrôle des entreprises sur les produits et substances CMR (cancérogènes, mutagène et toxiques pour la reproduction). Une convention a été signée dans ce cadre le 21 avril 2008 entre l'Etat et trois fédérations professionnelles (-UIMM, métallurgie -UIC, chimie et FIPEC, peintures et encres). Les trois fédérations s'engagent à améliorer l'information de leurs adhérents, la prévention de ces risques, leur évaluation, la substitution de produits dangereux, à aider les entreprises à mettre en œuvre des protections adéquates et à assurer la protection des salariés par le biais de cahiers des charges ;

- l'étude par un groupe de travail constitué au sein de la branche AT/MP de la CNAMTS de la mise en place d'une traçabilité des expositions aux risques professionnels et la remise d'un rapport sur ce point d'ici la fin 2008 ;

- l'amélioration de la prise en compte des risques psychosociaux : des négociations devraient être conduites pour transposer au niveau national l'accord européen du 8 octobre 2004 sur le stress au travail et celui d'avril 2007 sur le harcèlement et la violence au travail.

Le ministre du travail a par ailleurs annoncé, suite à la remise du rapport de Philippe NASSE et Patrick LEGERON « *sur la détermination, la mesure et le suivi des risques psychosociaux au travail* », le lancement d'une enquête nationale permettant de mesurer globalement le stress en France, la mise en place par l'InVS d'une veille épidémiologique sur les suicides au travail et la création, dans le cadre du portail Internet qui doit être mis en place sur l'amélioration des

conditions de travail et la prévention des risques professionnels (cf 2-4-3 ci-après), d'un volet spécifique sur le stress qui mettra à disposition des guides méthodologiques, des référentiels et exemples de bonnes pratiques. Le rôle des services de santé au travail sera renforcé sur ces risques, des outils de diagnostic seront par ailleurs mis à leur disposition ;

- une sensibilisation des médecins généralistes à la santé au travail durant leur étude et dans le cadre de leur formation continue.

La mise en place d'une procédure d'alerte et l'amélioration des conditions de travail dans les petites entreprises ont été renvoyées à la négociation collective.

2-4- Concernant les acteurs

L'efficience des services de santé au travail et des différents acteurs oeuvrant dans ce domaine ainsi que des outils de prévention (qui sont pour ces derniers mal connus, dispersés et parfois complexes à mobiliser en particulier pour les PME/TPE) ont fait l'objet de divers rapports et de discussions au sein notamment de la conférence nationale sur les conditions de travail. Diverses mesures visant à améliorer leur efficacité ont été retenues.

2-4-1- *Les décrets N° 2006-111 et 2006-112 du 2 février 2006 relatifs à l'allégement de certaines procédures relatives aux accidents du travail et aux maladies professionnelles*

Ces décrets, pris en application de l'article 6 de l'ordonnance N° 2004-329 du 15 avril 2004, allègent certaines procédures applicables aux AT/MP et améliorent leur indemnisation.

Les décrets et l'ordonnance :

- suppriment l'enquête légale en cas d'accident mortel, qui faisait double emploi avec l'enquête administrative des caisses ;
- améliorent l'indemnisation des victimes qui se trouvent en rééducation professionnelle et qui ne sont pas rémunérées pendant la durée de cette rééducation : elles peuvent percevoir un supplément d'indemnisation à la rente ou à l'indemnité journalière dès lors que celles-ci sont inférieures au salaire perçu avant l'accident ou, s'il est plus élevé, au SMIC (et non plus au salaire du manœuvre de la profession en vue de laquelle la victime était réadaptée), destinée à porter l'indemnité journalière ou la rente au montant dudit salaire ;
- prévoient le versement des IJ pour les jours non ouvrables qui suivent immédiatement la cessation du travail en cas d'incapacité de travail inférieure ou égale à 15 jours ce qui n'était pas le cas auparavant ;
- suppriment le délai de 5 ans préalable au rachat des rentes.

2-4-2- *La médecine du travail* (cf annexe N°1 sur le rôle du médecin du travail)

Trois rapports récents ont été élaborés sur la réforme de la médecine du travail (*cf annexe N°2 sur le contenu de ces rapports*) à la demande des pouvoirs publics :

- le rapport sur : « Aptitude et inaptitude médicale au travail : diagnostic et perspectives » de M. Hervé Gosselin de janvier 2007 ;
- le rapport sur « Le bilan de réforme de la médecine au travail » d'octobre 2007 ;
- l'avis du Conseil Economique et Social de février 2008 sur « L'avenir de la médecine du travail ».

Ces rapports soulignent la nécessaire transformation de la médecine du travail qui doit davantage s'inscrire dans une logique de prévention de la santé des travailleurs.

- **Le rapport : « Aptitude et inaptitude au travail : critiques et perspectives » de M. Hervé Gosselin de janvier 2007**

Ce rapport répond à l'une des mesures du Plan santé au travail qui prévoyait de clarifier les questions d'aptitude et d'inaptitude au poste de travail ou à l'emploi afin d'identifier un dispositif qui puisse articuler, tout au long de l'activité professionnelle, l'exigence primordiale de protection de l'état de santé du salarié, la prise en compte de son évolution au cours des années et l'accès ou le maintien (en particulier pour les seniors) dans l'emploi en agissant tant sur les conditions de travail que sur les parcours professionnels.

Le rapport constate que le système de surveillance médicale organisé autour de la vérification périodique de l'aptitude du salarié a atteint ses limites, il préconise l'abandon des visites médicales périodiques au profit d'une surveillance médicale mieux adaptée aux besoins des salariés.

Une meilleure efficacité du dispositif passe par un allégement de la charge des visites, une redéfinition de l'examen d'embauche, la mise en place d'une surveillance médicale mieux adaptée pour les travailleurs précaires, l'amélioration de l'information du médecin du travail sur l'état de santé du salarié via le dossier médical personnel.

Le rapport préconise, par ailleurs, de renforcer l'action du médecin du travail dans les domaines de la prévention des risques professionnels, de l'adaptation des postes de travail et du reclassement et l'instauration d'une procédure d'alerte par celui-ci lorsqu'il constate que l'état de santé de plusieurs salariés est altéré pour les mêmes raisons. Il souligne que le médecin pourrait, dans ce cas, adresser un courrier à l'employeur identifiant les problèmes et proposant des solutions. Ce dernier devrait répondre dans un délai de 2 mois. A défaut de réponse, il pourrait saisir l'inspection du travail.

Il note enfin que la contribution des médecins du travail à la veille sanitaire et à l'épidémiologie doit être renforcée.

- **Le rapport sur « Le bilan de réforme de la médecine du travail » d'octobre 2007**

Ce rapport qui a été élaboré par l'Inspection générale des affaires sociales et l'Inspection générale de l'administration de l'éducation nationale et les professeurs Conso et Frimat, à la demande des ministres de la santé, du travail et de l'enseignement supérieur et de la recherche et qui dresse un bilan de la réforme de la médecine du travail, intéresse sur plusieurs points les phénomènes de sous-déclaration des risques professionnels.

Il relève que le système français de santé au travail apparaît complexe et se caractérise par la multiplicité des acteurs, l'éparpillement des responsabilités et les cloisonnements, par un défaut d'organisation et un manque d'outils pour assurer la surveillance au long cours de populations de plus en plus souvent exposées à des risques à effets différés.

Le rapport préconise, pour ce qui est de l'amélioration de la prévention de ces risques, de :

- conduire des actions de prévention primaire, en amont, à l'échelle de l'entreprise, du site de production là où les risques sont générés pour mieux cibler les actions individuelles et collectives à mettre en place pour les prévenir et qu'à cette fin chaque entreprise élabore un

plan pluriannuel de santé au travail et qu'un suivi des recommandations du médecin soit organisé ;

- substituer à la surveillance médicale renforcée, dont l'efficacité préventive est pour le moins douteuse, une prestation renforcée de santé au travail à visée préventive avec des combinaisons diverses selon la nature du risque ;

- améliorer la traçabilité des expositions par la mise en place d'un dossier médical personnalisé du travail : il conviendrait soit, de permettre au médecin du travail de renseigner le DMP du salarié sur les facteurs professionnels intéressant sa santé, soit de mettre en place un outil spécifique sous forme d'un dossier médical personnel du travail (DMPT) ;

- former les médecins du travail au nouveau mode d'exercice de la santé au travail en adaptant leur formation initiale et continue aux nouvelles exigences de la santé au travail et de doter les professionnels de santé au travail des références et des outils leur permettant de fonder leur pratique sur des bases scientifiques reconnues.

- **L'avis du Conseil Economique et Social de février 2008 : « L'avenir de la médecine du travail »**

Dans le cadre de la conférence tripartite sur les conditions de travail, le Premier ministre a demandé le 20 décembre 2007 au Conseil Economique et Social de conduire une réflexion sur l'avenir de la médecine du travail. Ce dernier a adopté un avis en date du 27 février 2008 sur ce thème.

Les constats de ce rapport se situent dans la droite ligne des deux précédents rapports. Il note que les services de santé au travail (SST) doivent s'inscrire dans une démarche de santé publique et que la véritable mutation de la médecine du travail vers un système de santé au travail suppose une prise de conscience par tous les acteurs concernés des impératifs de la prévention.

Cet avis souligne que :

- une nouvelle disposition législative devrait prévoir que les SST doivent veiller à la préservation de la santé des salariés tout au long de leur parcours professionnel et qu'ils mettent en œuvre des actions visant la prévention des risques sanitaires en milieu de travail par un suivi individuel des salariés ainsi que des actions collectives ;

- au sein de cette organisation, le médecin du travail devrait avoir une plus grande marge d'appréciation pour adapter son action à la spécificité des situations. Ses préconisations devraient être prises en compte : elles devraient être consignées dans un registre, l'employeur serait tenu d'y répondre par écrit. En cas de risques avérés ou de manquements graves susceptibles d'altérer la santé des travailleurs, le médecin du travail devrait avoir le devoir de saisir l'employeur puis l'ensemble des acteurs de la santé au travail ;

- les liens entre la médecine du travail, la médecine de ville et les services hospitaliers doivent être renforcés ;

- un volet spécifique « expositions et risques professionnels » du dossier médical partagé (DMP) pourrait être mis en place, accessible à l'ensemble des médecins du travail tout au long du parcours professionnel.

2-4-3- Préconisations de la conférence nationale d'octobre 2007 sur les acteurs et les outils de la prévention

A l'issue de la conférence d'octobre 2007, les propositions suivantes ont été retenues en ce qui concerne les acteurs et les outils de la prévention :

- La réforme du Fonds pour l'amélioration des conditions de travail (FACT) qui sera doté de 4 millions d'euros en 2008, contre 1,7 million d'euros en 2007. Le Fonds pourra participer au financement d'études en matière d'équipements et de matériel. La gestion des dossiers est confiée à l'ANACT pour prendre en compte les besoins des entreprises au plus près du terrain. La réforme est entrée en vigueur (arrêté du 14 avril 2008) ;

- la CNAMETS devra simplifier les contrats de prévention des risques professionnels pour faciliter l'accès des TPE à cet instrument d'incitation. Elle leur consacrera une enveloppe de 10 M€;

- la poursuite de la modernisation des services de santé au travail, en concertation, sur la base des différents rapports d'évaluation établis (rapports du CES et IGAS-IGAEN et Conso-Frimat) ;

- la mise en place au cours du 1^{er} trimestre 2008 d'un portail Internet mutualisé sur l'amélioration des conditions de travail et la prévention des risques professionnels.

2-4-4- Points renvoyés par la conférence à la négociation collective

Les modalités d'amélioration du fonctionnement des CHSCT (rôle, mandat et formation de ses membres) ont été renvoyées à la négociation collective.

2-4-5- Les comités régionaux de prévention des risques professionnels (CRPRP)

En ce qui concerne les instances de pilotage, le décret du 10 mai 2007 a créé des comités régionaux de prévention des risques professionnels regroupant au niveau régional tous les acteurs de la santé au travail afin qu'ils puissent coordonner leurs actions de prévention en milieu du travail et relayer ou compléter la politique nationale de prévention des risques professionnels articulée avec les politiques de santé publique.

Ces comités sont des organismes consultatifs placés auprès du préfet de région. Ils participent à la définition du volet régional de la protection de la santé et de la sécurité au travail. Ils sont consultés sur le projet de plan régional de santé au travail ou sur les orientations régionales des politiques publiques intéressant la santé et la sécurité au travail.

2-4-6- Le protocole d'accord du 5 avril 2006 sur la gouvernance de la branche

L'accord du 5 avril 2006 sur la gouvernance de la branche a été signé par les organisations professionnelles des employeurs et trois syndicats de salariés (CFDT, CFTC et FO).

Il prévoit un renforcement de l'autonomie et des prérogatives de la commission AT/MP de la CNAMETS et l'institution de commissions régionales d'AT/MP paritaires chargées de coordonner les comités techniques régionaux (CTR) afin d'améliorer la coordination entre la direction des risques professionnels de la CNAMETS et le réseau des caisses régionales et locales d'assurance maladie (CRAM, CPAM). Les signataires ont par ailleurs inscrit dans l'accord leur volonté de tout mettre en œuvre pour réaliser une prise en compte adaptée des risques professionnels nouveaux et émergents.

L'article 6 du protocole, qui traite des transferts financiers vers la branche maladie de la CNAMTS, précise qu'il est nécessaire de définir des mécanismes permettant de garantir une plus grande transparence et une visibilité des sommes prélevées sur la branche AT/MP et qui sont affectées à la branche maladie de la CNAMTS. Il confie à la commission des AT/MP le soin de définir ces critères et de proposer des outils lui permettant de prendre position sur ces transferts financiers.

2-4-7- Les préconisations de la conférence nationale tripartite d'octobre 2007 relatives à la gouvernance

Les préconisations sur les réformes des instances de pilotage de la santé au travail ont porté sur les deux points suivants :

- la création d'un Conseil d'orientation des conditions de travail (COCT) en remplacement du CSPRP. Ce conseil, qui doit être mis en place dans le courant du premier semestre 2008, sera permanent. Il émettra des avis, définira des orientations et des priorités. Il assurera la coordination autour de priorités nationales et proposera, notamment des indicateurs fiables et validés sur les conditions de travail. Le projet de texte portant création de ce conseil a été examiné par le CSPRP le 23 mai 2008.

Les deux lignes directrices de la réforme sont l'actualisation des missions et la rationalisation de la concertation sociale. Ainsi, les missions et structures de l'actuel CSPRP deviennent plus transversales, et la Commission nationale d'hygiène et de sécurité du travail en agriculture, instance propre au secteur agricole et fonctionnant jusqu'à présent en parallèle du COCT, est intégrée à ce comité dont elle devient une formation spécialisée.

Le COCT demeure un comité consultatif. Toutefois, à côté de sa consultation classique, par l'Etat, sur ses projets de réglementation et d'action, est créée une procédure lui permettant de formuler des avis, de sa propre initiative. Le Conseil est également assisté d'un observatoire de la pénibilité chargé d'apprecier la nature des activités pénibles dans le secteur privé et public et de proposer toute mesure de nature à améliorer les conditions de travail de ces salariés ;

- une reconfiguration des instances régionales en charge de la prévention est à l'étude.

2^{ème} 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 la précédente commission avait répertoriées demeurent. Des études réalisées depuis 2005 notamment sur les maladies professionnelles confirment et étayent certaines de celles-ci.

1- Causes de sous-déclaration des risques professionnels

La sous-déclaration des risques professionnels peut être le fait des victimes, des employeurs et des acteurs du système de soins.

Rappel des modalités de déclaration des accidents du travail et des maladies professionnelles

1- Pour les accidents du travail (art. L. 441-1, L.441-2, L. 441-5 du CSS)

La victime doit aviser l'employeur de l'existence de l'accident dans les 24 heures. L'employeur doit remettre à la victime l'imprimé « feuille d'accident du travail ou de maladie professionnelle » qui lui permet de bénéficier de la gratuité des soins (et aux fins de leur prise en charge dans le cadre de la branche AT/MP).

Il doit par ailleurs adresser la déclaration d'accident du travail à la CPAM dont relève la victime dans les 48 heures à partir du moment où il a connaissance de l'accident. Si l'employeur ne déclare pas l'accident à la CPAM, la victime dispose d'un délai de 2 ans à compter de sa survenue pour le faire.

- Le registre des accidents bénins (art. L. 441-4 du CSS)

Si l'accident n'entraîne ni arrêt de travail, ni soins autres que ceux dispensés par le médecin ou l'infirmière de l'entreprise, la CRAM peut autoriser l'employeur à inscrire l'accident sur le registre dit « des accidents bénins ».

Si l'accident, enregistré comme accident bénin, entraîne par la suite un arrêt de travail ou des soins médicaux, l'employeur est tenu de déclarer l'accident à la caisse selon la procédure de droit commun.

2- Pour les maladies professionnelles (art. L.431-2, L. 461-1, L.461-2, L.461-5 du CSS)

La déclaration repose sur la victime (ou l'ayant droit en cas de décès de celle-ci) qui doit transmettre à la CPAM, en plus de l'imprimé de déclaration de la maladie, le certificat médical initial (CMI) établi par le médecin faisant état d'un lien possible entre la maladie et le travail (qui doit indiquer la nature de la maladie, les manifestations constatées pouvant être imputées au risque professionnel et les suites probables) et une attestation de salaire remise par l'employeur.

Le dossier doit être transmis à la caisse dans un délai de 15 jours à compter de la cessation du travail liée à la maladie. La victime dispose toutefois d'un délai maximum de 2 ans à compter du jour de la cessation du travail liée à la maladie ou de la date à laquelle elle est informée par un certificat médical du lien possible entre sa maladie et une activité professionnelle pour déclarer la maladie.

A réception de la déclaration de la maladie, la CPAM transmet systématiquement à la victime la « feuille d'accident du travail et de maladie professionnelle ». La caisse dispose d'un délai de 3 mois pour instruire le dossier à compter de la réception de la DMP et du CMI. La caisse dispose d'un délai complémentaire de 3 mois si la complexité du dossier l'exige. Le dossier est instruit par la caisse (qui accepte ou refuse la demande). Elle peut aussi le transmettre pour avis au comité régional de reconnaissance des maladies professionnelles (CRRMP) si la maladie ne peut pas être indemnisée dans le cadre des tableaux des MP.

1-1- Du fait des victimes

1-1-1- Des études récentes confirment qu'un pourcentage important de victimes ne déclarent pas leur maladie à la CPAM, même lorsqu'elles bénéficient d'une prise en charge médico-sociale à cette fin.

- Le programme de surveillance des maladies à caractère professionnel de l'InVS**

Ce programme a pour objectif principal d'utiliser les signalements des maladies à caractère professionnel (MCP) fait par un réseau d'environ 700 médecins du travail à des fins de surveillance épidémiologique en milieu du travail. Lors des signalements des MCP, les médecins transmettent des informations permettant d'évaluer la proportion des pathologies indemnisables au titre des tableaux des maladies professionnelles. Les premiers résultats consolidés pour l'année 2006 et qui portent sur quatre régions participantes (Pays-de-la-Loire, Midi-Pyrénées, Provence-Alpes-Côte d'Azur et Poitou-Charentes) font ressortir que 40 % des maladies signalées relèveraient d'un tableau de maladies professionnelles indemnisables selon les médecins du travail du réseau et auraient en conséquence pu être déclarées à ce titre.

Pour les TMS, le programme de surveillance fait apparaître, pour trois localisations de ces troubles, les éléments suivants pour ce qui est des pathologies relevant d'un tableau de maladie professionnelle indemnisable et de la non-déclaration par le salarié de sa maladie :

Ensemble De la population	Prévalence MCP	Proportion de MCP relevant d'un tableau MPI	Proportion de non déclaration (parmi les MCP relevant d'un tableau MPI)
TMS épaule	0,7 %	81 %	38 %
TMS coude	0,6 %	88 %	39 %
TMS syndrome canalaire	0,6 %	87 %	32 %

Pour le syndrome du canal carpien, une estimation plus élevée de sous-déclaration (plus de 40 %) ressort des données recueillies par l'InVS sur 804 cas opérés en 2002 et 2003 dans deux cliniques du Maine-et-Loire pratiquant la majorité de ce type d'intervention dans le département.

- L'étude conduite par l'URCAM de Haute-Normandie sur les cancers de la vessie**

Cette étude qui a été conduite auprès des personnes qui avaient adressé au service médical de leur caisse une demande d'exonération du ticket modérateur pour un cancer de la vessie entre le 1^{er} janvier et le 31 décembre 2003 (258 sujets inclus dans l'étude) fait apparaître que 38 dossiers concernant la population masculine justifiaient d'une déclaration de maladie professionnelle. Le suivi de ces 38 sujets montre : 16 MP reconnues, 5 refus, 13 n'ont pas sollicité de CMI auprès de leur médecin, 4 ont été perdus de vue. Le total des demandes (21) représente 55 % des cas sous revue.

- Pour les cancers broncho-pulmonaires professionnels

L'étude « *Evaluation de la reconnaissance en maladie professionnelle de 912 patients atteints d'un cancer broncho-pulmonaire pris en charge dans quatre hôpitaux d'Ile de France* », portant sur les années 1999-2002 et concernant des patients pour lesquels une exposition professionnelle à un cancérogène a été identifiée et ayant bénéficié d'une prise en charge médico-sociale, fait apparaître que seulement 51 % des malades avaient fait une déclaration de maladies professionnelles.

- Pour les dermatoses professionnelles

Il ressort d'une étude faite par le service de pathologie professionnelle de l'hôpital Raymond Poincaré de Garches (« *Devenir médical et socioprofessionnel de 200 sujets atteints d'une dermatose présumée d'origine professionnelle* ») et réalisée à partir des dossiers de 200 patients ayant consulté entre 1996 et 2000 dans l'unité de pathologie professionnelle du CHI de Créteil et complétée par un questionnaire téléphonique pour ce qui concerne le devenir des salariés, que seuls 22 % des patients suspects de dermatoses professionnelles en avaient fait la déclaration à leur CPAM (avec une très large majorité de reconnaissance dans ce cas). Les raisons de non déclaration de la maladie avancées par les auteurs de l'étude (pour ces cas suspectés de dermatoses professionnelles) sont que ces personnes avaient un eczéma non professionnel aggravé par le travail ou avait bénéficié d'un aménagement de poste ce qui dans ce dernier cas n'incite pas à la déclaration de la maladie.

Sur le devenir des salariés : 66 % des personnes étaient restées affectées au même poste, 57 % souffraient de rechutes à répétition et 15 % avaient vécu une perte de revenus ou une période de chômage.

- Le programme national de surveillance du mésothéliome conduit par l'InVS

Ce programme (« *Le Programme national de surveillance du mésothéliome (PNSM)-présentation générale et bilan des premières années de fonctionnement (1998-2004)* »- 2006) fait apparaître, pour les années 1999-2001, que sur 449 cas non exclus par le processus de confirmation diagnostique, 68 % relevaient du régime général de la sécurité sociale (tableau n° 27). Une demande de reconnaissance en maladie professionnelle a été effectuée par 62 % des personnes dont la majorité (91 %) a bénéficié d'un accord de la sécurité sociale.

Les refus (8 %) sont tous de type administratif. Parmi les 38 % de personnes qui n'avaient pas effectué de DMP, 39 % ont été considérées comme exposées à l'amiante, 25 % comme non exposées et 31 % n'avaient pas de conclusion d'expertise (absence d'interrogatoire professionnel disponible au moment de l'étude).

1-1-2- Les causes repérées

• L'ignorance de la victime

La victime peut ne pas connaître :

- la nocivité des substances qu'elle a manipulées ou auxquelles elle a été exposée (les fiches d'exposition professionnelles sont inexistantes) ainsi que le lien possible entre les troubles subis et une exposition professionnelle ;
- ses droits en matière d'AT/MP ;
- les différentes procédures à suivre pour déclarer un AT ou une MP et obtenir réparation.

• Les appréhensions à l'égard de l'emploi

La victime peut ne pas souhaiter déclarer l'accident du travail ou la maladie professionnelle (ou la déclarer le plus tardivement possible) par crainte notamment de perdre son emploi, de rencontrer des difficultés par la suite dans son travail ou de voir ses revenus diminuer.

Les études précitées révèlent que, dans un certain nombre de cas, le salarié continue à exercer son travail malgré la pathologie (dermatoses, TMS, etc...) par crainte de le perdre, avec les risques potentiels qui s'y attachent (aggravation de la maladie et pour finir inaptitude au travail).

Par ailleurs, si l'employeur propose un poste aménagé, le salarié qui conserve un emploi n'a pas intérêt à déclarer la pathologie et notamment lorsque les troubles cessent du fait d'une cessation de l'exposition aux risques.

Certaines personnes peuvent aussi rencontrer des difficultés psychologiques pour admettre que la maladie peut être due au travail.

• La complexité de la démarche de déclaration de la MP

Cette complexité peut décourager certaines victimes qui ne saisissent pas bien les tenants et les aboutissants de cette déclaration et qui se sentent culturellement démunies face à de telles démarches, et ce d'autant plus lorsqu'elles sont fragilisées par la maladie.

• Le dispositif peu attractif de réparation des AT/MP

Les victimes d'AT/MP bénéficient d'un dispositif de réparation forfaitaire qui peut être globalement moins favorable qu'une indemnisation de droit commun. Ainsi, pour les accidents de trajets, la déclaration de l'accident en tant qu'accident de la circulation permet une réparation intégrale par l'assureur des dommages subis, ce qui n'est le cas du dispositif de réparation des AT/MP.

De même le dispositif de mise en invalidité, ouvert dans le cadre de l'assurance maladie, peut être plus avantageux qu'une indemnisation dans le cadre des AT/MP (notamment pour les cas d'incapacité les plus faibles).

1-2- Du fait des employeurs

Outre d'éventuelles pressions sur les salariés pour qu'ils ne déclarent pas l'accident du travail ou la maladie, certains employeurs développent des pratiques, rapportées à la commission, visant à ne pas déclarer notamment certains accidents du travail.

1-2-1- Les pratiques rapportées

C'est un fait nouveau dans son ampleur apparente : certains employeurs développent des pratiques de non déclaration, plus particulièrement des accidents bénins, en prenant en charge les frais ou une partie des frais liés aux soins (par exemple, les dépenses de consultation, en laissant la victime présenter sa carte Vitale pour le paiement des médicaments ou le forfait accueil-urgences). Dans ce cas, la partie des dépenses assumée par l'entreprise ne l'est ni par la branche maladie, ni par la branche AT/MP ; il se peut en revanche qu'une autre partie le soit par la branche maladie à la place de la branche AT-MP lorsque l'entreprise ne prend pas l'intégralité en charge.

Une décision de justice au moins (janvier 2008) est venue sanctionner ce type de comportement. Les services de l'inspection du travail avaient dressé procès-verbal pour non déclaration d'un AT.

1-2-2- Les motivations possibles

Les causes possibles de cette sous-déclaration des risques professionnels par les employeurs résident dans les effets du système de tarification des AT/MP et dans des réticences à afficher des taux de sinistralité élevés ou en hausse.

• Les effets du système de tarification

Actuellement, les entreprises de plus de 200 salariés sont soumises à une tarification qui tient compte de leur taux individuel de sinistres. La tarification est mixte pour les entreprises employant de 11 à 199 salariés. Les entreprises de moins de 10 salariés sont soumises à une tarification collective, indépendante du nombre de maladies et accidents professionnels déclarés. 73 % des salariés sont employés par des établissements dont la taille est inférieure à 200 salariés.

Ce dispositif pourrait avoir, selon la catégorie d'établissements à laquelle il est appliqué, le double inconvénient de ne pas assez inciter à la prévention et de susciter des comportements d'évasion (le cumul des deux étant naturellement concevable en un même site). Un rapport de l'IGAS de novembre 2004 sur la « *Tarification des accidents du travail et des maladies professionnelles* » soulignait sa complexité et présentait différents scénarios de réforme de la tarification.

L'accord du 12 mars 2007 sur la prévention, la tarification et la réparation des risques professionnels prévoit comme déjà indiqué (cf précédemment) de rendre la tarification plus incitative à la prévention (abaissement du seuil de tarification individuelle de 200 à 150 salariés, cotisation supplémentaire en cas de risque exceptionnel ou répété). Les effets de cet accord sur la sous-déclaration des risques professionnels, s'il est mis en œuvre, seront à étudier.

- **La réticence à afficher des taux de sinistralité élevé ou en hausse**

Il est possible que l'évolution des méthodes de contrôle de gestion et l'usage à cette fin des indicateurs de sinistralité aient des effets néfastes sur la déclaration des accidents dans les établissements. L'usage des indicateurs de responsabilité sociale et des contrôles externes qu'ils impliquent peut avoir quelques conséquences paradoxales de ce type, de même que les accords d'intérressement, susceptibles d'entraîner des réflexes collectifs de réticence à l'égard d'une complète transparence. Il n'est du reste pas exclu que survienne un phénomène de transmission des opacités à l'égard de la sécurité sociale par le biais de l'externalisation des tâches, les donneurs d'ordre pouvant faire de la performance apparente en matière de sécurité un élément de mise en concurrence. Or, les travaux à risques connaissent de façon marquée cette tendance à l'externalisation.

1-3- Du fait des acteurs du système de soins

1-3-1- La médecine de ville

Les médecins de ville établissent très peu de certificats médicaux initiaux (moins d'un certificat est établi par an et par médecin généraliste). Les raisons peuvent en être les suivantes :

- **Difficultés intrinsèquement liées aux pathologies elles-mêmes**

Pour les médecins, il est souvent difficile de faire le lien entre le travail et la maladie et ce d'autant plus que la maladie peut avoir des causes multifactorielles (influence par ex. du tabagisme et problème des patients présentant a priori un terrain à risque), ou être seulement aggravée par le travail (cas de l'asthme). Les outils de repérage des expositions font aussi défaut. La banalité de certaines affections ou symptômes (toux, essoufflement, manifestations dermiques ou musculaires, problèmes psychiques...) entraîne par ailleurs de facto un sous-diagnostic, probablement massif.

Lorsque la maladie se déclare plusieurs années après l'exposition, il leur est également difficile de reconstituer les parcours professionnels en l'absence notamment de traçabilité des expositions ou de suivi post-professionnel (hors amiante, par ex. expositions à des poussières de bois, agent cancérogène pourtant important). La recherche de l'origine professionnelle de maladies a toutes chances d'être plus rare à mesure que l'âge des patients s'accroît.

- **Les difficultés liées aux ordres de priorité des médecins**

La priorité du médecin est d'abord de soigner le patient et de faire cesser la maladie. Il arrive qu'il ne songe à attester l'origine professionnelle de la maladie qu'en cas d'échec des soins. La recherche d'une origine professionnelle de la maladie, de même que l'établissement d'un CMI, nécessitent du temps, que le médecin n'a pas toujours. Par ailleurs si le patient est réticent à déclarer la maladie, le médecin ne lui délivrera pas de CMI.

A titre subsidiaire, le souci de réduire, autant que faire se peut, les lourdeurs administratives dans les relations avec les caisses ou d'accélérer les procédures de paiement des honoraires a été signalé comme une cause possible de manque de zèle. Un problème spécifique se pose du reste avec les pharmaciens. Ces derniers rencontrent des difficultés concernant le règlement des dossiers AT/MP avec la carte Vitale lorsque l'assuré se présente avec la déclaration d'AT/MP et que le dossier n'est pas encore enregistré en temps que tel. Les feuilles des soins électroniques (FSE) établies par les pharmaciens sont rejetées. Pour éviter ces rejets, certains pharmaciens ne

passent plus les FSE en risque AT/MP mais en maladie tant que le dossier AT/MP n'est pas créé.

Dans le cadre de la convention nationale signée en 2006 avec les pharmaciens, l'assurance maladie s'est 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 et une instruction a été transmise aux caisses en mars 2008 pour leur demander de ne pas rejeter les factures concernées et de les régler en AT/MP. Les caisses doivent créer de façon anticipée le dossier AT/MP. Dans l'hypothèse où le dossier n'est pas créé, la régularisation au risque "maladie" doit être effectuée auprès de l'assuré. Ce problème devrait donc se résoudre.

- **Défaut d'information et de formation**

L'insuffisante information et formation des médecins en ce qui concerne les pathologies professionnelles (durant leur étude et dans le cadre de leur formation continue dès lors que le médecin a déjà une pratique professionnelle) est communément soulignée. La nécessité d'instaurer une telle information et formation a été largement mentionnée dans le cadre des débats de la conférence sur l'amélioration des conditions de travail. Il a notamment été souligné que les études médicales faisaient à la problématique des maladies professionnelles une place trop limitée, voire symbolique, et trop précoce dans le cursus pour avoir à ce jour un impact significatif sur la pratique médicale.

1-3-2- La médecine du travail

Le médecin du travail connaît les différentes contraintes du poste du travail occupé par la victime (produits manipulés, contraintes physiques ou psychiques) et plus particulièrement si elle est encore en activité. Il dispose par ailleurs de nombreux documents sur les expositions professionnelles (dossier médical, fiches d'entreprises, document unique d'évaluation des risques, PV du CHSCT, données sur les produits toxiques). Il peut donc donner un certain nombre de renseignements sur l'origine professionnelle (plausible ou non) de la maladie.

Les relations entre les médecins traitants, les médecins hospitaliers, les médecins du travail et les médecins-conseils des caisses de sécurité sociale ne sont pas suffisamment développées pour le traitement des dossiers des malades, ce qui induit, d'une part, des sous-diagnostic et, d'autre part, un défaut de retour d'information vers les médecins du travail, en provenance des médecins traitants. Ces éléments ont été amplement soulignés dans le cadre de la conférence tripartite d'octobre 2007.

1-3-3- Les établissements de santé

L'administration hospitalière n'est globalement pas à son aise avec les procédures propres à la déclaration, à la reconnaissance et à la prise en charge des AT-MP. A titre d'exemple, on notera que le guide de facturation édité par la DHOS à destination des gestionnaires d'établissements a dû différer l'insertion des indications relatives aux maladies professionnelles.

- **Le rapport de la Cour des comptes de juin 2007 sur la certification des comptes du régime général de sécurité sociale pour l'exercice 2006**

La Cour des comptes a constaté, à propos des comptes combinés de la branche AT/MP, qu'il existait un risque fort de non-imputation à cette branche des charges d'hospitalisation pour des

soins consécutifs à des maladies ou à des accidents dont le caractère professionnel a été reconnu par les CPAM.

Elle fonde cette observation sur deux constats :

- les dépenses d'hospitalisation publique ont augmenté de 6,2 % pour le risque maladie alors que celles de la branche AT/MP ont diminué de 9,5 % portant la part de la branche, pour ces charges, de 0,9 à 0,8 % du total des dépenses d'hospitalisation. La diminution de ces charges ne s'explique pas par une baisse particulière du nombre d'AT en 2006 et elle n'apparaît cohérente, ni avec l'augmentation du nombre des MP, ni avec le fait que les prestations en nature d'AT/MP exécutées en ville ont augmenté de 3,8 % ;

- la répartition des charges d'hospitalisation entre les deux branches maladie et AT-MP est dépourvue de cohérence : elle varie dans un rapport de 1 à 5 entre les CPAM sans justification claire des écarts.

Elle note que cette situation pourrait s'expliquer par le fait que les établissements hospitaliers ne transmettent pas aux CPAM les informations appropriées sur la nature du risque (AT/MP ou maladie).

La CNAMTS a procédé à une correction, pour les années 2006 et 2007, pour les hôpitaux publics qui n'ont déclaré aucune charge au titre du risque AT, elle a porté le taux d'AT/MP prodigué au niveau de la moyenne nationale constatée sur les autres établissements, soit une charge de 100 M€. La correction de sous-évaluation a été inscrite dans les comptes de la branche AT/MP de 2007 (209,7 M€ au titre des deux exercices 2006 et 2007).

• **Les causes de cette non-imputation**

Cette non-imputation des dépenses d'accident de travail et de maladies professionnelles par les établissements de santé a vraisemblablement les raisons suivantes :

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

- il y a déconnection 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) ;

- les procédures de reconnaissance des dossiers au niveau des CPAM peuvent avoir des effets négatifs. 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 facturer le dossier selon les cas, soit en AT/MP, soit en maladie.

On attend de la mise en place de la facturation individuelle directe (par patient), prévue en principe pour 2009, qu'elle résolve ou atténue sensiblement le problème parce qu'elle facilitera les recouplements et redressements de la part des caisses. Cependant il conviendrait, dans l'intervalle, de faire en sorte que les établissements soient plus complètement astreints à l'obligation de transmission des informations de séjours aux caisses, quand bien même la priorité reviendrait à la mise en œuvre de la T2A, dont dépendent certes les recettes. Cette précaution paraît d'autant plus nécessaire que l'introduction de la facturation directe pose par ailleurs assez de problèmes pour que l'échéance n'en soit pas absolument certaine. Au

demeurant, il reste à démontrer que la facturation directe générera en pratique les automatismes nécessaires à l'imputation fidèle des risques. Il faut également souligner que les établissements gagneraient à être informés en temps utile par les caisses de la situation des droits des patients.

2- La sous-reconnaissance

L'existence d'une sous-reconnaissance par les caisses est rendue plausible par les écarts statistiques persistant entre elles, écarts qui suggèrent du reste une voie d'amélioration du problème global. Une autre cause de sous-reconnaissance peut provenir de difficultés d'emploi des tableaux des maladies professionnelles.

2-1- Les pratiques des caisses : les taux de dispersion

Pour les accidents du travail, une étude réalisée par la CNAMTS en juin 2007 sur les statistiques 2006 montre qu'en moyenne, les caisses ont reconnu 79,9 % des AT, 70,4 % des accidents de trajets et 65,6 % des MP (ce taux est plus élevé pour les TMS, maladie professionnelle la plus indemnisée, il s'établit à 74,48 %). D'après le PQE du ministère, ce taux plus faible de reconnaissance pour les maladies professionnelles pourrait être dû à la complexité du système de reconnaissance des maladies professionnelles (cf annexe PQE- loi de financement de la sécurité sociale pour 2008).

2-1-1- L'amplitude des écarts

L'étude de la CNAMTS montre l'importance des écarts.

Pour les AT, l'amplitude est de 30,94 % (le minimum étant de 58,61 % et le maximum de 89,55 %) avec un écart type de 5,65. Pour les accidents de trajet, l'amplitude est beaucoup plus importante, elle est de 68,53 % (minimum de 22,80 % et un maximum de 91,33 %) avec un écart type de 10,88. Il est possible que les caisses ayant des taux de reconnaissance inférieurs à la moyenne se trouvent parmi celles qui reçoivent un nombre très important de déclarations : le volume des demandes serait alors un facteur explicatif.

Pour les MP, l'écart type est de 8. Pour les TMS, maladie professionnelle la plus indemnisée, l'amplitude des écarts (42,9 %) est considérable (le minimum étant de 50,88 % et le maximum de 93,77 %).

Il faut remarquer, cependant, que les écarts se restreignent si on prend en compte les secondes délibérations après contestation des décisions initiales : en 2007, pour les TMS le taux moyen de reconnaissance après une 1^{ère} décision était de 78 %, il s'établit à 83 % après réexamen du dossier (l'amplitude passe ainsi de 70 à 58 % après le deuxième examen). Pour les accidents de trajet, le taux moyen de reconnaissance est de 67 % après une 1^{ère} décision, il passe à 74 % après un deuxième examen du dossier (l'amplitude passe de 66 % à 39 %).

2-1-2- Les actions de la CNAMTS

La nécessité d'améliorer l'information des médecins-conseils a été soulignée devant la commission, afin de leur donner une plus grande familiarité avec la problématique des maladies professionnelles et les tableaux, ainsi peut-être qu'avec la notion de présomption d'imputabilité. Il est vrai que l'origine des écarts entre taux de reconnaissance n'est pas forcément imputable aux seuls médecins-conseils ; elle est du reste insuffisamment connue.

La CNAMTS a mis en place pour l'année 2008 un plan d'action visant à homogénéiser les pratiques de reconnaissance des caisses de sécurité sociale.

Au cours du premier trimestre 2008, elle a conduit un audit sur ce sujet ciblé plus particulièrement sur les pratiques de reconnaissance des TMS et des accidents de trajet et élaborer un guide pour les agents enquêteurs des caisses destiné à l'observation des postes de travail.

Elle doit diffuser les résultats de cet audit faisant ressortir les bonnes et les mauvaises pratiques des caisses et élaborer une fiche de procédure précisant les règles à appliquer pour l'instruction des dossiers relatifs aux accidents de trajet avec rappel de la réglementation applicable.

2-2- Le rôle des comités régionaux de reconnaissance des maladies professionnelles (CRRMP)

Les CRRMP devraient constituer un facteur d'adaptation et de fluidification du dispositif de reconnaissance, en compensant notamment ce que les tableaux pourraient avoir de trop rigide.

Le nombre de dossiers soumis et le nombre de pathologies indemnisé au titre des alinéas 3 et 4 de l'article L 461-1 du code de la sécurité sociale

Il ressort du bilan d'activité des CRRMP établi par la CNAMTS, au titre de l'année 2006, que 9014 dossiers leur ont été soumis : 8390 au titre de l'alinéa 3 et 624 au titre de l'alinéa 4 (pour l'ensemble des régimes).

Le nombre de dossiers soumis est en augmentation constante (il a été multiplié par 2 depuis 2000, l'augmentation est de 10,92 % par rapport à 2005).

Parmi ces dossiers, pour l'ensemble des régimes, 4169 dossiers ont reçu un avis favorable au titre de l'alinéa 3 (soit un peu moins de 50 % des dossiers) et 150 au titre de l'alinéa 4 (soit un peu moins du quart des dossiers). A comparer avec le nombre de MP reconnues par le régime général en 2006 : pour le régime général, 51 540 MP ont été déclarées, constatées et reconnues au titre de l'année 2006 (total alinéas 2, 3 et 4)

Cette proportion ne permet pas de qualifier ce dispositif d'entrave globale à la reconnaissance. En revanche, on ne peut pas dire non plus qu'il assume pleinement une fonction correctrice. Il faut souligner en tout état de cause la persistance de disparités dans la sélectivité des CRRMP. D'autre part leur activité est largement saturée par les demandes relatives aux TMS, alors même que ces dernières font l'objet d'un tableau, ce qui est un signe supplémentaire d'inadaptation de ce dernier. Les pathologies les plus indemnisées pour le régime général sont les suivantes (par tableaux) :

TABLEAUX	NOMBRE DE PATHOLOGIES
Tableau n°57	2431
Tableau n° 98	458
Tableau n° 30	329
Tableau n° 42	285
Tableau n° 30 bis	177
Tableau n° 25	77
Tableau n° 69	54
Tableau n° 97	38
Tableau n° 66	20

Source : CNAMTS - DRP

2-3- Les difficultés liées aux tableaux des maladies professionnelles

Au-delà de la sous-reconnaissance au sens strict des maladies professionnelles, la non-reconnaissance de certaines pathologies peut 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). En effet, les tableaux de maladies professionnelles ne tiennent pas suffisamment compte de l'état des avancées scientifiques et épidémiologiques. Le rapport de la précédente commission le relevait notamment pour les produits cancérogènes et le tableau n°57. On peut étendre le constat à d'autres pathologies :

- Pour les cancers de la vessie

L'une des causes de sous-déclaration et de sous-reconnaissance de ces cancers professionnels provient des descriptions très restrictives des causes dans les tableaux n° 15 ter et 16 bis.

Le tableau 15 ter rend la reconnaissance difficile en raison des substances limitativement énumérées : si l'exposition concerne une substance même légèrement différente, le dossier ne pourra être examiné qu'au titre du dispositif de reconnaissance complémentaire.

Le tableau 16 bis actuel est également très restrictif car il ne reconnaît que les travaux fait lors de la fabrication de l'aluminium selon le procédé Söderberg (qui n'est pratiquement plus utilisé en France). Il est en cours de modification.

- Pour les bronchopneumopathies chroniques obstructives professionnelles (BPCO)

Les tableaux n° 90, 91 et 94 indemnisant ces pathologies exigent, pour que la maladie soit reconnue et indemnisée, un abaissement du volume expiratoire maximum seconde (VEMS) de 30 % par rapport aux valeurs théoriques (40 % jusqu'en 2005), alors que les consensus récents définissent la BPCO (stade 1) sans de telles références à l'obstruction bronchique (J.AMEILLE, J.C.DALPHIN, A.DESCATHA et J.C.PAIRON « *La bronchopneumopathie chronique obstructive professionnelle : une maladie méconnue* » in « Archives des maladies professionnelles et de l'environnement », décembre 2007).

- Pour les cancers bronchiques primitifs (CBP)

Les tableaux concernant ce type de cancers suscitent des difficultés du fait :

- de la désignation de la maladie et des critères diagnostiques formulés (tableau n°30) ;
- du caractère hétérogène du délai de prise en charge, pour une même affection, en fonction des agents étiologiques ;
- du caractère peu approprié du critère « durée minimale d'exposition » exigé dans certains tableaux lorsqu'il est utilisé sans prise en compte des paramètres de fréquence et d'intensité d'exposition ;
- du caractère incomplet de certaines des listes limitatives de travaux, par rapport aux données scientifiques disponibles ;
- et surtout du caractère ambigu de la définition du caractère « habituel » de l'exposition, notion floue pouvant être source d'une hétérogénéité de traitement des dossiers et avis rendus d'une CPAM à l'autre (cf. « Info-Respiration », décembre 2000). Il existe des agents cancérogènes certains pour le poumon qui ne font pas ou pas encore l'objet de tableau. Il arrive aussi que le CBP ne soit pas mentionné dans les affections réparables lorsqu'un tableau existe, cas notamment du beryllium et de la silice cristalline (un tableau de MP prenant en compte le cadmium a été créé par le décret du 13 décembre 2007 - le CBP dû à la silice cristalline n'est indemnisé au titre du tableau n°25 que s'il est associé à des signes de silicose).

- *Le tableau n° 65 (lésions eczématiformes de mécanisme allergique)*

Ce tableau ne peut se voir reprocher un champ abusivement étroit. En revanche, sa rédaction recèle des ambiguïtés (nature limitative ou au contraire indicative de la liste des agents chimiques ou produits végétaux ou d'origine végétale pris en compte) qui ont des effets pervers dans l'orientation des décisions des CPAM.

- *Pour les affections chroniques du rachis lombaire*

Deux tableaux de maladies professionnelles (MP) ont été créés en 1999 (tableau n° 97 et n° 98). Ces tableaux concernent uniquement les lomboradiculalgies par hernie discale provoquées par des vibrations transmises au corps entier (tableau n° 97) ou par la manutention manuelle de charges lourdes (tableau n° 98). Ils sont donc restreints et ne couvrent pas les lombalgies communes alors que ces pathologies sont un problème substantiel pour la santé au travail.

3^{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 ainsi que le coût moyen attaché à ces accidents et maladies. 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.

Ce chapitre s’articule autour de quatre parties. La première est consacrée 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). Cette première partie permet de définir les axes importants sur lesquels la commission doit se focaliser. La deuxième partie présente les éléments épidémiologiques sur lesquels se fondent l’évaluation du nombre de sinistres (accidents et pathologies retenus dans la première partie) sous-déclarés. La troisième partie évalue les coût moyens des accidents et maladies étudiés par la commission. Enfin, le chapitre 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’efficience figurant en annexe 1 du Projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) pour 2008.

1-1- Panorama global de la sinistralité

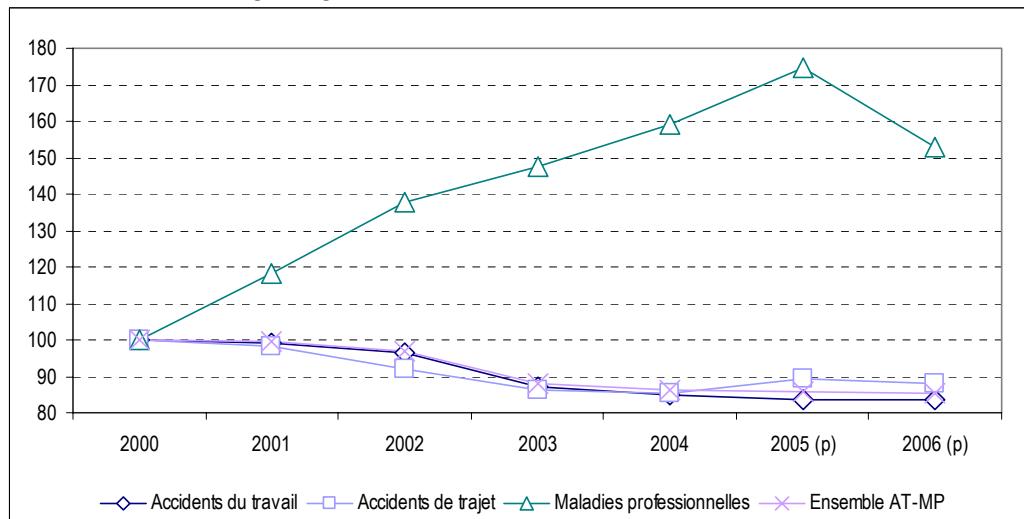
Sur environ 1 300 000 sinistres constatés et reconnus en 2006, qu’ils aient donné lieu ou non à un arrêt de travail, 87 % concernent des accidents du travail, 9 % des accidents de trajet et 4 % des maladies professionnelles.

Tableau 1 : Evolution du nombre d'accidents du travail, d'accidents de trajet et de maladies professionnelles de 2001 à 2006 (champ régime général)

	2001	2002	2003	2004	2005(p)	2006 (p)
Accidents du travail	1 349 647	1 313 811	1 185 291	1 152 865	1 137 058	1 135 532
Accidents de trajet	129 456	121 337	113 918	112 366	117 977	116 247
Maladies professionnelles	35 715	41 673	44 653	48 130	52 811	46 205
Total AT-MP	1 514 818	1 476 821	1 343 862	1 313 361	1 307 846	1 297 984

Source : CNAMTS (statistiques trimestrielles) – juin 2007

Graphique 1 : Evolution du nombre d'accidents du travail, d'accidents de trajet et de MP du régime général, de 2000 à 2006 (base 100 en 2000)



Source : CNAMTS (statistiques trimestrielles) - juin 2007

Alors que le nombre d'accidents du travail est en baisse continue sur la période 2000-2006 (-16,6 % sur la période, soit -2,4 % en moyenne annuelle), on constate une augmentation très importante du nombre de maladies professionnelles reconnues (+52,9 %, soit +7,6 % en moyenne annuelle). Cette forte croissance s'explique notamment par l'élargissement du champ des maladies reconnues et une meilleure information tant des médecins que des salariés. L'inflexion qui apparaît en 2006 pour les maladies professionnelles est à considérer avec prudence en raison du caractère provisoire des données, susceptibles de révisions ultérieures³.

Un constat similaire peut être réalisé sur les sinistres ayant occasionné un arrêt. Sur les 1,3 million de sinistres survenus en 2006 sur le champ du régime général, 820 000 – soit 63% – ont donné lieu à un arrêt de travail.

Tableau 2 : Evolution du nombre d'accidents du travail, d'accidents de trajet et de maladies professionnelles avec arrêt de 2001 à 2006 (champ régime général)

Catégorie de sinistre	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Accidents du travail (*) avec arrêt	737 499	759 980	721 227	692 004	699 217	700 772
Accidents de trajet (**) avec arrêt	86 144	89 592	82 859	78 280	82 965	83 022
Maladies professionnelles (***) avec arrêt	24 220	31 461	34 642	36 871	41 347	42 306
Ensemble des sinistres avec arrêt	847 863	881 033	838 728	807 155	823 529	826 100

Source : CNAMTS (statistiques nationales technologiques annuelles) - 2007

(*) hors bureaux et autres catégories particulières

(**) y compris bureaux et autres catégories particulières

(***) y compris compte spécial

L'évolution des accidents du travail et de trajet avec arrêt suit la même tendance que celle de l'ensemble des accidents. Ainsi le nombre d'accidents du travail avec arrêt a diminué de 5 % entre 2001 et 2006 (soit -1 % en moyenne annuelle, contre -2,6 % pour l'ensemble des sinistres survenus entre 2001 et 2006). Les accidents de trajet avec arrêt ont diminué de 4 % environ sur la période 2001-2006. Cette évolution s'inscrit dans la continuité de la tendance observée depuis le début des années 1960 (où le nombre d'accidents de trajet approchait les 200 000).

³ En effet, les dernières publications de la CNAMTS font état à présent d'un nombre de maladies professionnelles déclarées, constatées et reconnues pour 2006 de l'ordre de 51 540, chiffre qui reste encore provisoire.

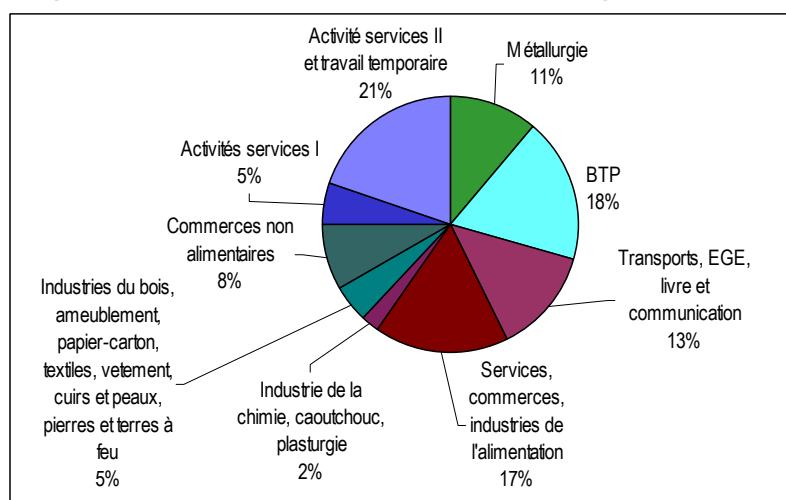
A contrario, on constate une forte progression du nombre de maladies professionnelles avec arrêt (+74,7 % entre 2001 et 2006).

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 septième 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* (19,7 % des accidents du travail en 2006), le *BTP* (18,1 %), les *Services, commerces, industries de l'alimentation* (17 %) et les *Transports, eau, gaz et électricité (EGE), livre et communication* (13,5 %) (graphique 2).

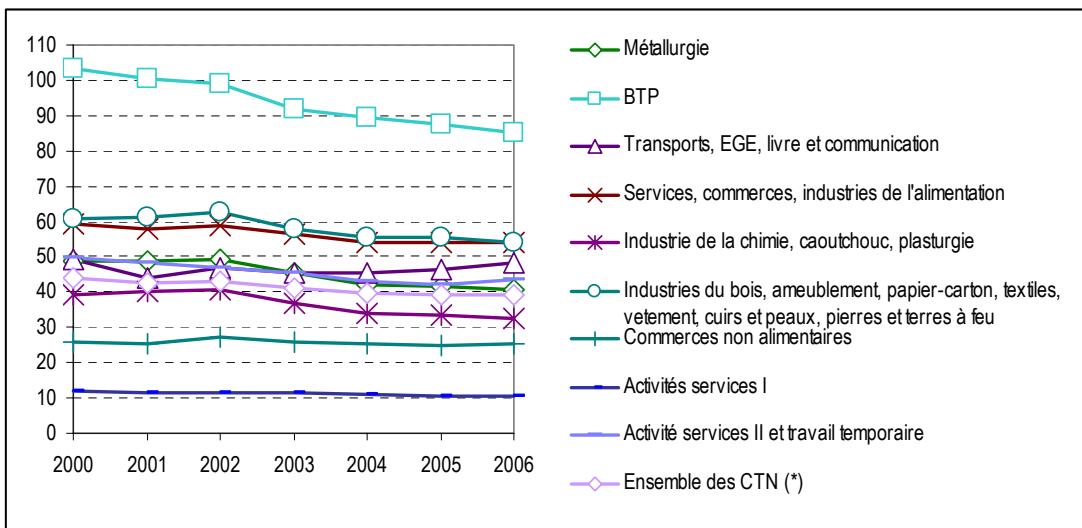
Graphique 2 : Répartition des accidents du travail avec arrêt par secteur d'activité en 2006



Source : CNAMETS (statistiques nationales technologiques annuelles) –2007

Si l'on rapporte le nombre de ces sinistres aux effectifs des secteurs considérés le *BTP* arrive en tête avec 85 AT avec arrêt pour 1000 employés en 2006. Viennent ensuite les secteurs des *Services, commerces, industries de l'alimentation* et des *Industries du bois, ameublement, papier carton ...* (environ 54 AT pour 1 000 employés).

Graphique 3 : Fréquence des accidents du travail avec arrêt pour 1000 employés, selon le secteur d'activité de 2000 à 2006



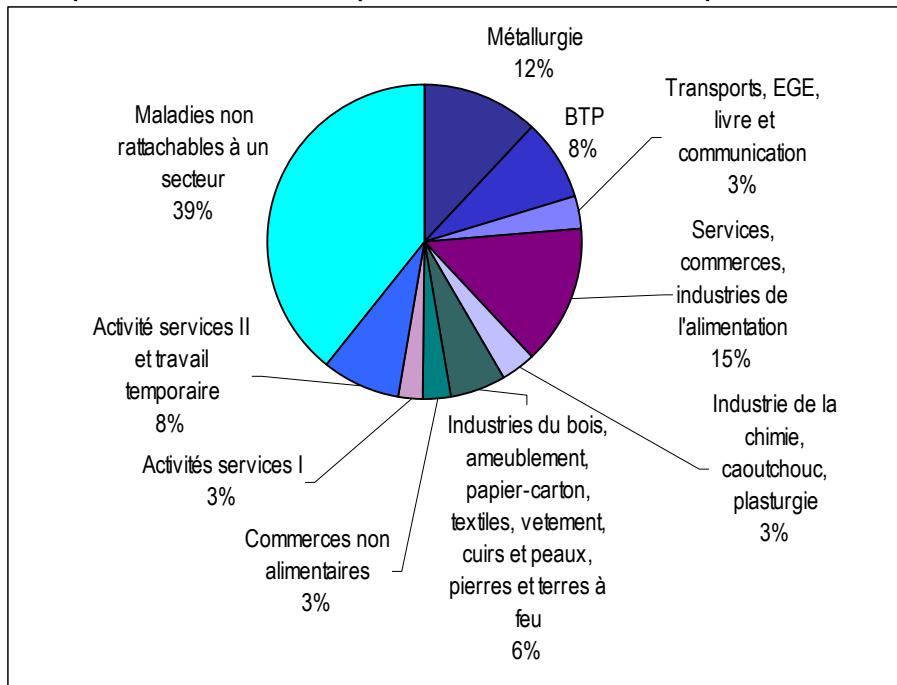
Source : Cnamts (statistiques nationales technologiques annuelles) – 2007

Sur l'ensemble des secteurs considérés, la fréquence des accidents du travail avec arrêt pour 1 000 employés diminue sur la période 2000-2006 (-10,6 % en moyenne). Cette diminution est assez marquée dans les secteurs du *BTP* et de la *Métallurgie* avec une baisse d'un peu plus de 17 % 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 (4,5 vs. 39,4 pour 1 000 employés sur l'ensemble des secteurs). C'est dans le secteur des *Services, commerces, industries de l'alimentation* et *Activités de travail temporaire* qu'elle est la plus élevée (avec 6,3 accidents de trajet pour 1 000 employés en 2006), juste devant le secteur des *Activité de services II et travail temporaire*. Globalement, la fréquence des accidents de trajet a diminué sur la période 2000-2006 (-13,1 %), malgré une légère remontée depuis 2004. Les évolutions les plus fortes concernent les *Industries du bois* (-21,6 %), le *BTP* (-19,2 %), la *Métallurgie* (-17,2 %) et les *Activités de service II et travail temporaire* et le *Commerce* (-16,3 %).

La ventilation par secteur des maladies professionnelles met en évidence une prépondérance des secteurs des *Services, commerce et industries de l'alimentation* (15 % de l'ensemble), de la *Métallurgie* (12 %), du *BTP* (8 %) et des *Activités de services II et travail temporaire* (8% également) (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 enregistrée au sein d'un compte spécial (39 %).

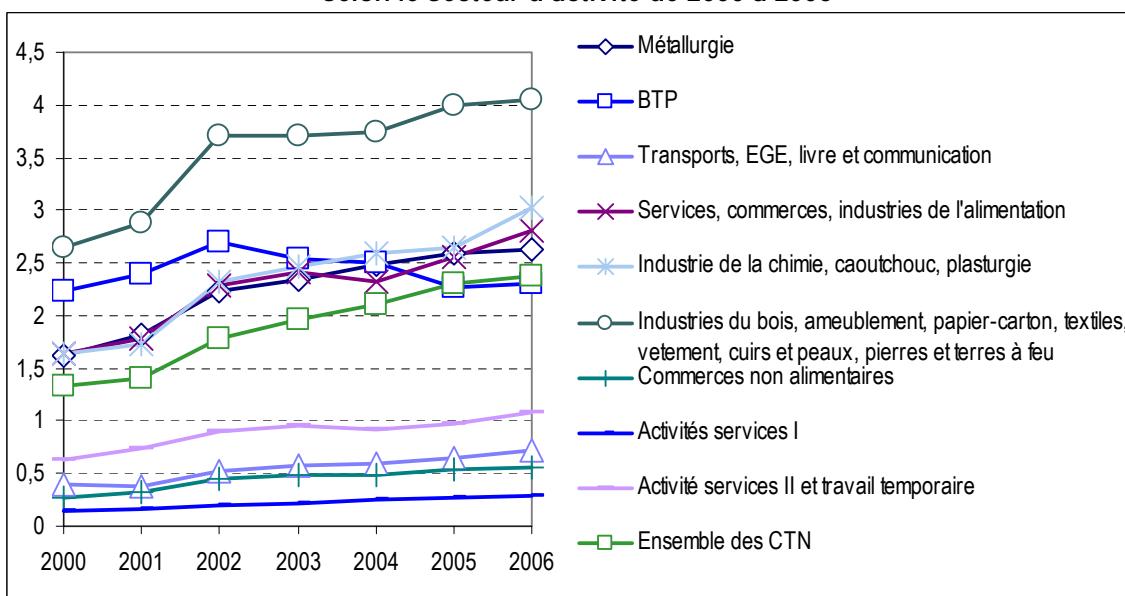
Graphique 4 : Répartition des maladies professionnelles avec arrêt par secteur d'activité en 2006



Source : Cnamts (statistiques nationales technologiques annuelles) – 2007

Le rapport du nombre de maladies nouvellement reconnues dans l'année à l'effectif de chaque branche (multiplié par 1 000) montre que les secteurs les plus exposés sont les *Industries du bois, ameublement, papier-carton ...* (avec environ 4 maladies professionnelles nouvellement reconnues pour 1 000 employés en 2006), devant les *Industries de la chimie* et le BTP (avec 3 maladies professionnelles pour 1 000 employés de ce secteur) (graphique 5).

Graphique 5 : Fréquence des maladies professionnelles avec arrêt pour 1000 employés, selon le secteur d'activité de 2000 à 2006



Source : Cnamts (statistiques nationales technologiques annuelles) – 2007

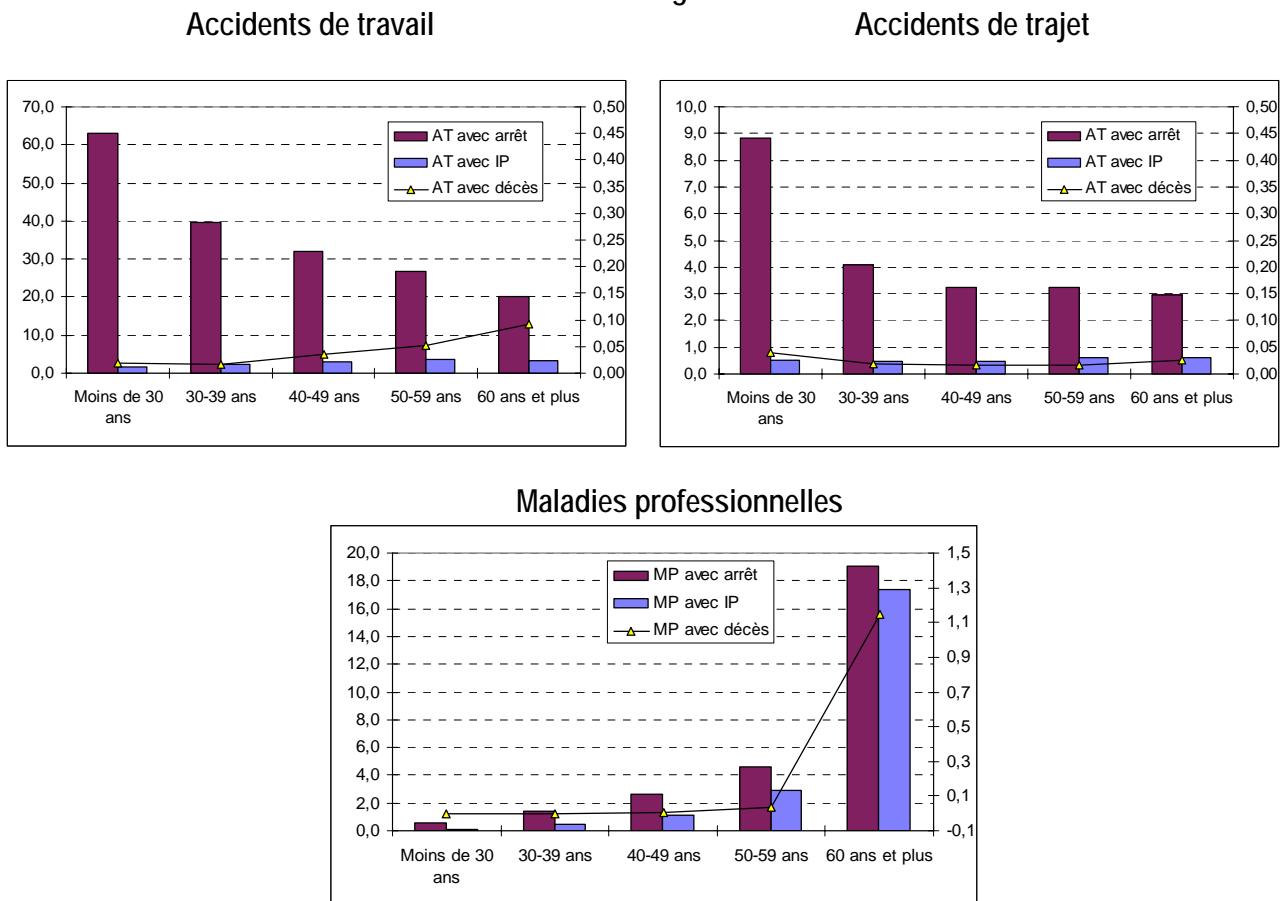
Le taux de maladies professionnelles avec arrêt augmente dans tous les secteurs (+71,6 % en moyenne de 2000 à 2006), corollaire de la forte progression du nombre de maladies professionnelles sur la période considérée. Les secteurs où l'évolution est la plus forte sont le *Commerce non alimentaire* et les *Activités de service I*, avec un doublement du nombre de maladies professionnelles reconnues pour 1 000 employés sur la période allant de 2000 à 2006.

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 2006. Cet âge les situe à un niveau nettement supérieur à celui des victimes d'accidents du travail (environ 47 ans en moyenne) et, plus encore, de celui des accidents du trajet qui affectent des personnes plus jeunes (proches de 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 : Nombre d'accidents du travail, du trajet et de maladies professionnels pour 1 000 actifs selon l'âge en 2006



Note de lecture : l'échelle de gauche concerne les sinistres avec arrêt et les sinistres avec incapacité permanente :

Les accidents du travail avec arrêt de la classe d'âge des moins de 30 ans représentent 36,4 % de l'ensemble des AT en 2006. Rapportée à l'effectif des actifs occupés, la fréquence des accidents du travail chez les personnes âgées de moins de 30 ans est de 63,1 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).

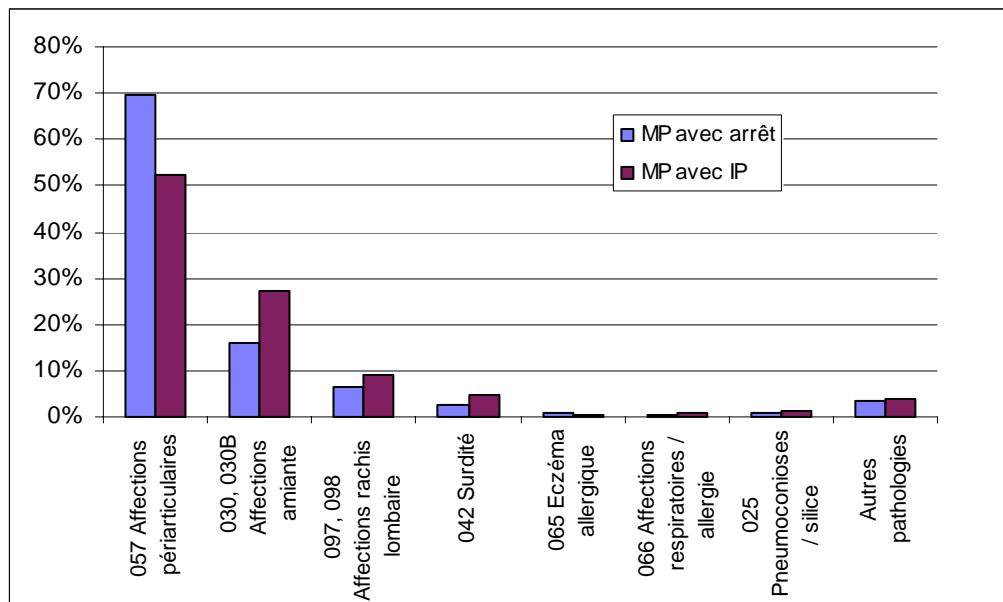
Comme pour les accidents de travail, une part importante des accidents de trajet avec arrêt concerne des personnes de moins de 30 ans (près de 43 % du total, avec une fréquence d'accidents de trajet de 8,8 pour 1 000 actifs occupés). Cette part décroît ensuite rapidement entre 30 et 40 ans (réduite de 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 2006 plus de 27% 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 42 300 maladies professionnelles avec arrêt dénombrées en 2006 par la CNAMTS, presque 70 % correspondent à des affections péri-articulaires (visées au tableau 57), 16 % à des maladies dues à l'amiante (tableaux 30 et 30bis), 6,5 % à des affections chroniques du rachis lombaire (tableaux 97 et 98) et les 8,5 % restants à des maladies diverses (surdité, allergies, affections respiratoires...).

Graphique 7 : Répartition des maladies professionnelles par pathologie (flux CNAMTS 2006)



Source : CNAMTS (statistiques nationales technologiques annuelles) –2007

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, 92 % des maladies de l'amiante

avec arrêt de travail recensées aux tableaux 30 et 30 bis donnent lieu en 2006 à l'attribution d'une incapacité permanente contre 46,5 % en moyenne sur l'ensemble des autres maladies professionnelles. Dès lors, les maladies de l'amiante occupent structurellement une part plus importante dans le total des maladies avec incapacité permanente : elle atteint 27 % (contre 16 % pour les maladies avec arrêt) alors qu'à l'inverse, la part des affections péri-articulaires est ramenée à environ 52 % du total.

Il est à noter que l'on observe également par sexe le même type de structure que celle mise en évidence par âge, au détriment des hommes : tous âges confondus, ils représentent, en 2006, 54,6 % des victimes de maladies professionnelles avec arrêt mais leur part atteint presque 64,9 % parmi les maladies avec incapacité permanente et dépasse 97 % 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 2006 plus de 42 300 nouvelles maladies professionnelles avec arrêt, mais elles ne sont que 22 760 avec incapacité permanente et 467 à entraîner des décès.

1-5- Évolution de la reconnaissance des maladies professionnelles par des voies non standard (CRRMP)

Sur le champ du régime général de la sécurité sociale, les reconnaissances des CRRMP au titre des tableaux (alinéa 3) représentent une faible part (3,6%) de l'ensemble des reconnaissances des maladies professionnelles. Près de 2 000 victimes ont fait l'objet d'une reconnaissance au titre de l'alinéa 3 en 2005 au titre du régime général (tableau 3). Les pathologies les plus fréquemment reconnues sont les affections rhumatisantes (68 %) et les affections liées à l'amiante (16 %).

Tableau 3 : Evolution de la part relative des reconnaissances au titre des tableaux (alinéa 3) sur l'ensemble des reconnaissances, par pathologie, pour le régime général (RG)

	2001	2002	2003	2004	2005
Affections rhumatisantes (1)	9,0%	10,7%	12,3%	12,8%	12,0%
Affections amiante (2)	3,7%	3,5%	3,4%	3,8%	4,0%
Affections respiratoires - Surdité (3)	1,3%	3,1%	7,9%	12,3%	13,4%
Affections respiratoires / allergies / poumons... (4)	25,9%	27,3%	17,5%	14,4%	14,2%
Affections de la peau- Eczéma allergique (5)	1,4%	1,1%	1,2%	1,7%	1,2%
Autres pathologies (6)	3,2%	4,1%	4,7%	4,3%	4,6%
Part de l'alinéa 3 dans l'ensemble des reconnaissances de MP	3,1%	3,4%	3,6%	3,8%	3,6%
Nombre de pathologies reconnues au titre de l'alinéa 3	1 117	1 418	1 589	1 823	1 909

Source: statistiques trimestrielles, CNAMTS, juin 2007 (1) Tableaux RG 57, 97 et 98 (2) Tableaux RG 30 et 30 bis (3) Tableau RG 42 (4) Tableaux RG 25,66 (5) Tableau RG 65 (6) ensemble des autres tableaux RG.

La part des reconnaissances par les CRRMP au titre des tableaux a toutefois eu tendance à progresser sur la période récente, puisque cette part n'était que de 3,1 % en 2001. Exprimé en volume, le nombre de reconnaissances a fortement progressé (de l'ordre de +14,3 % par an entre 2001 et 2005). Il convient toutefois d'être prudent dans l'interprétation des évolutions observées pour chaque pathologie, ces évolutions s'appliquant à des effectifs dans certains cas très réduits (par exemple, à 8 victimes pour la surdité en 2001, puis 156 en 2005).

En conclusion, la commission a décidé de concentrer ses analyses à la sous déclaration des :

- accidents du travail ;
- cancers ;
- troubles musculo-squelettique
- affections respiratoires ;
- dermatoses ;
- affections du rachis lombaire ;
- surdités.

Toutes ces pathologies, cependant, n'ont pu donner lieu à un chiffrage de la sous-déclaration. Le cas particulier des troubles psychosociaux sera évoqué ci-dessous.

1-6- Le problème du stress au travail et des troubles psychosociaux

La précédente commission s'était penchée une première fois sur les problèmes de stress au travail et des troubles psycho-sociaux.

Depuis une quinzaine d'années le stress professionnel apparaît comme l'un des risques majeurs auquel les salariés ainsi que les entreprises sont confrontés. Il est favorisé par les évolutions récentes du monde du travail (flexibilité, intensification de la charge de travail, flux tendu, optimisation en gestion, etc.).

La commission précédente avait effectué une revue des études récentes. Ces dernières mettaient en évidence les liens entre des situations de travail stressantes et l'apparition de problèmes de santé mineurs ou de maladies beaucoup plus graves (dépression, troubles musculo-squelettiques, pathologies cardiaques).

Les pathologies liées au stress au travail ne sont pas reconnues au titre des tableaux des maladies professionnelles mais elles peuvent l'être dans le cadre du système de reconnaissance complémentaire. La victime doit apporter la preuve d'un lien direct et essentiel entre son travail et la maladie et présenter un taux d'IPP d'au moins 25 %, ce qui peut expliquer le peu de reconnaissance de ces maladies. Les victimes redoutent souvent, également, de faire reconnaître ce type de pathologie qui peut entraîner des conséquences sur leur emploi.

En 2005, la commission avait à ce sujet constaté que le taux d'IPP de 25 % requis dans le cadre du système complémentaire, qui mesure un déficit physiologique, est d'application ardue (absence de barème - difficulté de la preuve) et de toute façon inadapté aux problèmes psychosociaux. La non prise en compte du problème par le dispositif des AT/MP et la sous-déclaration massive qu'elle induit ont des incidences graves et sans doute plus encore que pour les autres pathologies : elles empêchent la construction d'un référentiel clinique adapté et favorisent les insuffisances de diagnostic sur les origines des troubles psychiques, par là même l'inadaptation des soins, la sur-consommation de psychotropes et, *in fine*, la chronicisation de la maladie ; elles sont sans doute à l'origine d'une augmentation significative des dépenses médico-sociales afférentes.

Le caractère multifactoriel de ces maladies pose l'épineuse question du lien de cause à effet entre le travail et la pathologie. Certes, une abondante information épidémiologique et statistique existe dans les pays développés qui conforte la réalité des troubles psychosociaux.

Mais l'absence de consensus scientifique sur les méthodes les plus opératoires justifie encore un besoin de recherche.

Il apparaît également à la commission qu'une telle évolution de la statistique publique dans le domaine de l'identification des troubles psychosociaux constitue une condition à l'estimation du coût de la sous-déclaration dans ce domaine. En l'état de la question, la commission a considéré qu'il serait prématuré de se risquer à une évaluation quantifiée tout en souhaitant que la DRP travaille désormais sur la question.

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

Il convient d'évaluer le nombre de sinistres d'origine professionnelle pour le rapprocher de celui des sinistres indemnisés par la branche AT/MP.

2-1- Cancers

En 2006, selon les données communiquées à la commission par la Direction des Risques Professionnels de la CNAMTS, près de 1 800 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 disponibles proviennent d'études et de rapports de l'Institut de Veille Sanitaire (InVS), ainsi qu'une étude du CIRC, de l'Académie de médecine et des Centres de lutte contre le cancer.

Deux catégories de résultats peuvent être évaluées à partir des données de l'InVS :

- l'incidence des cancers professionnels, dans le champ des agents cancérogènes des tableaux de maladies professionnelles, chez les hommes ;
- une appréciation de l'incidence des cancers professionnels, sur un champ d'agents cancérogènes plus large que celui des tableaux de maladies professionnelles, chez les hommes, compte tenu des résultats des données épidémiologiques étrangères existantes.

Ces évaluations restent toutefois fragiles.

L'InVS a publié un rapport en avril 2003 intitulé « Estimation du nombre de certains cancers attribuables à des facteurs professionnels en France ». Ces estimations comprenaient 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 étaient calculés à partir de données d'incidence de 1995 (dernières données publiées au moment de l'étude).

Une réactualisation de ces évaluations a été faite à partir des dernières données d'incidence connues, soit les données de l'année 2000⁴ (voir tableau 1). 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 %⁵ est nécessaire pour les comparer aux données de réparation du régime général.

⁴ Données publiées dans le rapport InVS-FRANCIM d'avril 2003 intitulé « Evolution de l'incidence et de la mortalité par cancer en France de 1978 à 2000 ».

⁵ Les personnes relevant du régime général *stricto-sensu* (hors sections locales mutualistes, voir section 3 pour des précisions) étaient 47,1 millions en 2004 (source : Revue du haut Conseil de la Santé Publique, actualité et dossier

Compte tenu de ces éléments, il est possible d'apprécier le nombre et la proportion, parmi l'ensemble des cancers incidents, des cancers professionnels relevant des tableaux de maladies professionnelles, pour les hommes :

- tous régimes confondus, 4 900 à 9 700 cancers seraient attribuables à une exposition professionnelle chez les hommes (voir tableau 1), soit une proportion de 3 à 6 % des cancers chez l'homme. Parmi ces cancers, sont dénombrés 2 800 à 6 100 cancers du poumon, 700 à 1 000 cancers de la vessie, et environ 600 cas de mésothéliome pleural.
- pour la population des assurés du régime général, une fourchette de 3 700 à 7 300 cancers serait attribuable à une exposition professionnelle en 2000.

Tableau 1- Cancers attribuables à une exposition professionnelle chez les hommes en France – année 2000

	Nombre de cas attribuables à une exposition professionnelle, chez les hommes, en France	
	Hypothèse basse	Hypothèse haute
Cancers broncho-pulmonaires	2 751	6 136
Cancers de la vessie	732	1 039
Leucémie	155	574
Mésothéliome pleural	537	578
Cancers nasosinusiens	60	102
Sous-total des 5 principaux cancers	4 235	8 429
Estimation des autres cancers reconnus dans les tableaux de maladies professionnels*	635	1 264
Total tous régimes	4 870	9 693
Total régime général	3 677	7 318
Nombre de cancers incident homme en 2000	161 000	161 000
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

Par ailleurs, une étude publiée dans la Revue Médicale de l'Assurance Maladie estime à 3 % pour la circonscription de Montpellier la proportion de cancers professionnels méconnus parmi les cancers ayant donné lieu à une ALD⁶. Ce pourcentage correspond à la fourchette basse calculée ci-dessus. Il existe toutefois des limites à la comparaison de ces résultats, la région de Montpellier n'étant pas *a priori* représentative de l'ensemble de la France.

L'incidence des cancers professionnels peut également être évaluée sur un champ d'agents cancérogènes plus large que celui des tableaux de maladies professionnelles. A l'avenir la problématique de la reconnaissance des maladies professionnelles va en partie être dominée par l'existence de substances qui sont à la fois des cancérogènes avérés ou potentiels selon le Centre International de Recherche sur le Cancer (CIRC), instance à visées préventives, et non reconnus par les tableaux.

D'après l'étude de l'InVS de février 2005 intitulée « Confrontation des cancérogènes avérés en milieu de travail et des tableaux de maladies professionnelles », ces substances sont au nombre de 45, « dont 17 appartiennent à la liste 1 du centre international de recherche sur le cancer (CIRC - voir encadré 1) et sont donc considérées comme des cancérogènes avérés par les instances spécialisées internationales et 28 appartiennent à la liste 2A, soit très fortement

en santé publique, n°59, juin 2007) à comparer au 62,4 millions d'habitants en France métropolitaine à la même date (source : INSEE).

⁶ « Cancers professionnels : peut-on en améliorer le repérage et la déclaration à partir des données médicalisées de l'Assurance maladie ? »- Revue Médicale de l'Assurance maladie N° 4 octobre -décembre 2004.

soupçonnées d'être cancérogènes ». L'étude présente par ailleurs, à titre d'exemple, des éléments d'exposition aux risques pour certains des produits répertoriés :

- Formaldéhyde : 300 000 travailleurs exposés, cancer des voies aérodigestives supérieures ;
- Tabagisme passif : 1 million de travailleurs exposés, cancers du poumon, de la vessie et de l'œsophage ;
- Brouillards d'acide minéraux contenant de l'acide sulfurique : 400 000 travailleurs exposés, cancers du larynx et du poumon ;
- Tétrachloroéthylène : 141 000 travailleurs exposés, cancers du foie ;
- Chrome hexavalent : 60 000 travailleurs exposés, cancers du poumon.

Afin de visualiser de façon synthétique l'appartenance ou non des produits des listes 1 et 2A du CIRC à un tableau de maladies professionnelles, l'étude de l'InVS présente deux tableaux de synthèse (un pour chaque liste). Ces tableaux sont repris en annexe 3 de ce rapport.

Encadré 1 - Classification des substances cancérogènes

Les substances cancérogènes sont classées en fonction du niveau de plausibilité de leur caractère cancérogène. Les classifications qui font référence sont celles du Centre International de Recherche sur le Cancer (IARC/CIRC) et celle de l'Union Européenne (CE).

Classification du CIRC

Depuis 1969, le CIRC développe un programme d'évaluation de la cancérogénicité pour l'homme de produits chimiques, de mélanges de produits chimiques, ainsi que d'autres agents. Il utilise une classification en 5 groupes :

- Groupe 1 : agents (ou mélanges, ou modes d'exposition) dont la cancérogénicité est avérée pour l'homme ;
- Groupe 2A : agents pour lesquels elle est considérée comme probable ;
- Groupe 2B : agents pour lesquels elle est considérée comme possible ;
- Groupe 3 : agents non classables ;
- Groupe 4 : agents probablement non cancérogènes.

Il n'a pas été possible d'évaluer l'incidence des cancers professionnels provoqués par ces 45 nuisances, ni même de ceux provoqués par les cinq nuisances spécifiquement citées ci-dessus. En revanche, on peut approcher le sujet grâce aux exemples étrangers retenant une liste de cancérogènes plus longue qu'en France. Des données internationales sur l'évaluation du poids des cancers professionnels parmi l'ensemble des cancers ont du reste été publiées dans la dernière décennie.

Une étude américaine⁷ estime à 5 % la proportion de tous les cancers attribuables à une exposition professionnelle chez les hommes. Une étude finlandaise⁸ évalue cette proportion à 14 %. L'étude américaine ne retient que les cancérogènes classés 1 par le CIRC ainsi que les fumées de diesel (classées 2A = cancérogène probable). L'étude finlandaise citée dans le rapport de l'InVS de 2003, intègre, outre les cancérogènes considérés comme avérés par le CIRC, certains cancérogènes soupçonnés ou dont l'effet est inconnu, tels l'exposition aux herbicides et pesticides, aux poussières organiques, au plomb. L'étude finlandaise, intègre également certaines professions, classées cancérogènes probables par le CIRC (2A) comme celle de coiffeur.

Une étude anglaise récente⁹, qui étudie six cancers (poumon, vessie, leucémie, mésothéliome, cancer de la peau sauf mélanome et cancers nasosinusiens), dus à des nuisances professionnelles en Angleterre, évalue à 8 % le pourcentage de décès par cancer chez les

⁷ Etude Steenland et al. (2003), communication personnelle.

⁸ Etude Nurminen et Karjalainen (2001), publiée dans Scandinavian journal of work, Environment and Health.

⁹ Rushton L. et al., « The Burden of Cancer at Work : Estimation as the first step to prevention », dans *Occupational environmental medicine*, 31 janvier 2008.

hommes attribuable à des expositions professionnelles et à 1,5 % celui des femmes lorsque l'on se restreint aux cancérogènes classés 1 et 2A.

Au vu de ces données internationales, l'InVS propose de fixer la borne supérieure de la proportion des cancers professionnels en France à 10 % (chez les hommes). Le champ des produits cancérogènes retenu est plus large que celui des tableaux de maladies professionnelles. La commission a donc souhaité retenir comme haut de la fourchette la proportion de 6 % pour les hommes qui correspond au champ couvert par les tableaux. Pour la fourchette basse, est également retenu le champ couvert par les tableaux en prenant 3 %.

En appliquant le pourcentage de la fourchette haute aux 161 000 cancers incident (chez les hommes en 2000), une évaluation haute du nombre de cancers attribuables à une exposition professionnelle est obtenu, qui s'établit à 9 700 tous régimes et à 7 300 pour le régime général. Pour les femmes, la commission a retenu une fourchette basse plus faible que chez les hommes (1,5 % au lieu de 3 %) au vu des données épidémiologiques étrangères existantes¹⁰. S'agissant de la fourchette haute, est conservée la proportion de 6 % retenue pour les hommes.

Le rapport du CIRC sur les causes du cancer en France, rendu public en 2007, estime à 2,5 % pour les hommes la fraction des cancers attribuables à une cause professionnelle (et à 2,4 % la moyenne sur l'ensemble des femmes et des hommes des décès attribuables aux cancers). Cependant, les agents cancérogènes considérés dans le cadre de cette étude sont ceux qui sont scientifiquement certains, ce qui correspond à un champ assez restrictif et voulu comme tel, d'autant que sont néanmoins laissés de côté des agents certains comme les rayonnements ionisants. Sont également exclus totalement les facteurs considérés comme probables (par exemple, les gaz d'échappement pour les moteurs diesel et certains solvants). En ce sens cette estimation du CIRC confirme l'ordre de grandeur du bas de la fourchette retenue¹¹.

Au vu des données épidémiologiques disponibles (en restant dans le champ des agents cancérogènes reconnus par les tableaux de maladies professionnelles), il semble qu'au minimum un cas de cancer professionnel sur deux, chez les hommes, ne soit pas reconnu par le régime général en 2000.

Si l'on retient un champ de produits cancérogènes plus large, et si l'on s'attache à la fourchette haute du nombre de cancers professionnels évaluée chez les hommes, le rapport entre les cancers professionnels reconnus et le nombre incident de cancers professionnels chez les hommes en 2000 serait de 1 à 4.

Par ailleurs, selon le rapport de l'InVS d'avril 2003, les taux de sous-déclaration des cancers professionnels varient sensiblement selon le type de cancer considéré¹² :

- la sous-déclaration est moins importante pour le mésothéliome pleural et les cancers nasosinusiens (bois). Ces pathologies sont très spécifiques d'une exposition professionnelle : l'amiante pour le mésothéliome pleural, le bois pour les cancers nasosinusiens. Plus de la moitié des cas que l'on peut imputer à une origine professionnelle bénéficient d'une indemnisation par le régime général ;

¹⁰ D'après les éléments communiqués à la Commission par l'InVS.

¹¹ Avec la fourchette de retenue, la moyenne de fraction attribuable sur la population des hommes et des femmes est de 2,4 %. Le rapport du CIRC n'indique pas de valeur de fraction attribuable pour les cas de cancers professionnel pour les femmes, les données relatives à certaines expositions n'étant pas connues.

¹² Données non actualisées, l'application de données plus récentes devrait conduire à des taux de reconnaissance légèrement supérieurs.

- concernant le cancer du poumon, le taux de reconnaissance se situerait autour de 20 % (les reconnaissances concernent pour l'essentiel les cancers du poumon attribuables à l'amiante) ;
- pour les leucémies, le pourcentage de reconnaissance serait de l'ordre de 10 %, et pour les cancers de la vessie il se situerait autour de 1 %, selon le rapport.

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 2006, plus de 34 500 affections périarticulaires (tableau 57), soit une augmentation d'environ +19 % depuis 2003, ont été déclarées, constatées et reconnues comme maladies professionnelles par le régime général. Selon les données communiquées par la Direction des Risques Professionnels de la CNAMTS à la commission, parmi ces affections périarticulaires, environ 40 % (13 800 cas) concernent des syndromes du canal carpien. L'augmentation du nombre de syndromes du canal carpien reconnus sur la période 2003-2006 est de 21,5 %.

L'évaluation de la sous-déclaration des troubles musculo-squelettiques repose sur le programme de surveillance des TMS mise en place en 2002 par le département Santé Travail de l'Institut National de Veille Sanitaire (InVS). Ce programme a été initié dans la région des Pays de la Loire en coopération avec l'Université d'Angers. Ce programme associe deux approches principales d'observation :

- un volet de surveillance des Syndromes du canal carpien en population générale : identification des malades auprès d'électromyographistes ou des établissements de soins et interrogatoire des patients diagnostiqués pour recueillir des informations professionnelles (activité professionnelle au cours des cinq dernières années, contraintes posturales, ...).

- un volet de surveillance des TMS du membre supérieur en entreprise avec un réseau de médecins du travail chargés d'appliquer un examen clinique standardisé (consensus européen Saltsa) afin de diagnostiquer les principaux TMS des membres supérieurs pour des salariés tirés au sort lors des visites médicales. Chacun des salariés tiré au sort est de plus interrogé sur son activité professionnelle et sur les contraintes psychosociales et physiques auxquelles il est soumis.

Grâce à ces deux approches, il est possible d'estimer d'une part le nombre de syndrome du canal carpien attribuable au travail dans la population (par comparaison de l'activité professionnelle des malades identifiés), et d'autre part de décrire les prévalences de TMS selon des caractéristiques professionnelles et d'analyser le rôle de ces activités dans la survenue de TMS.

L'InVS estime, à partir des résultats de son programme pilote de surveillance des TMS des Pays de Loire portant sur 804 personnes ayant subi une opération chirurgicale en 2002 et 2003, que la fraction des syndromes du canal carpien attribuable à des facteurs professionnels s'établit à 48 % pour les hommes et à 29 % pour les femmes.

De manière à apprécier le nombre de cas de syndrome du canal carpien relevant de facteurs professionnels, le nombre de séjours hospitaliers associés à des personnes opérées pour cette cause en 2003 et appartenant à la classe d'âge 20-59 ans a été observé¹³ : 21 000 concernent des hommes et 62 000 des femmes.

En appliquant les fractions de risques attribuables au nombre d'intervention chirurgicale effectuée pour cause de syndrome du canal carpien, il ressort que 28 060 opérations du syndrome du canal carpien serait attribuable au travail.

Le nombre de nouveaux cas de syndrome du canal carpien d'origine professionnelle peut donc être estimé, chaque année, à environ 28 000. En considérant que parmi ces cas d'origine professionnelle, 75,5 % relèvent de la branche AT/MP du régime général, le nombre de syndrome du canal carpien d'origine professionnelle relevant de la branche AT/MP du régime général chaque année peut être évalué à 21 000. Il convient de remarquer que cette évaluation ne prend pas en compte les cas qui n'auraient pas bénéficié d'un traitement chirurgical.

Sachant que 11 332 cas de syndrome du canal carpien ont été reconnus en 2003 par la CNAMTS, le nombre de cas sous-déclarés peut donc être évalués à 9 850. Certes, cette évaluation, qui correspond aux dernières données disponibles, date de 2003, et entre 2004 et 2006 le nombre de reconnaissance de cette pathologie a augmenté de 10,5 %. Cependant, selon les données du Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information (PMSI), le nombre de prise en charge d'un syndrome du canal carpien, que ce soit en hospitalisation ou en ambulatoire, a progressé de 13,6 % dans le même temps. Les deux effets pourraient donc se compenser.

Le taux de sous-déclaration du syndrome du canal carpien peut donc être évalué à environ 46 %, ce qui représente un progrès par rapport aux données antérieures (50 % dans le rapport de la commission de 2005).

Une évaluation de l'ordre de grandeur du coût de la sous-déclaration des autres principales affections du tableau 57 (épaule enraidie/douloureuse, tendinite du coude et tendinite de la main et des doigts) est possible en faisant l'hypothèse que la proportion de cas sous-déclarés pour ces pathologies est la même que pour le syndrome du canal carpien, soit environ 46 %. Il a cependant été considéré qu'un tel optimisme n'était pas encore de mise pour les affections de l'épaule, qui ont été maintenues, à titre conservatoire et dans l'attente des effets des actuelles campagnes de sensibilisation, à un niveau de sous-déclaration de 50 %

A partir des cas reconnus par la CNAMTS, le nombre de pathologies sous-déclarées peut ainsi être déterminé (tableau 2).

¹³ On fait par ailleurs l'hypothèse que le temps de latence entre l'exposition aux facteurs de risques et l'apparition de la maladie est relativement faible.

Tableau 2 : Evaluation du nombre de cas sous-déclarés pour les pathologies du tableau 57 autres que le syndrome du canal carpien

Affections du tableau 57	Taux de sous-déclaration retenu	Nombre de MP déclarées, constatées, reconnues en 2006	Estimation du nombre de cas sous-déclarés
Epaule douloureuse/ enraidie	50%	10 478	10 478
Tendinite du coude	46%	6 970	5 937
Tendinite de la main et des doigts	46%	3 365	2 866
TOTAL		20 813	19 282

Source : CNAMTS et évaluation de la commission

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 astmatiformes (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 astmatique (66, 70)
 - Pneumopathies fibrosantes et pneumoconioses (25, 25A, 25B, 25C, 30A, 36, 44, 47A, 66bis, 73)
 - Pneumoconiose associée à une sclérodermie 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 2005¹⁴, 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 %.

Depuis 2005, l'étude de Kogevinas et al. publiée en 2007 dans *The Lancet*¹⁵ fait référence dans le domaine. Cette analyse prospective recense 6 837 participants indemnes d'asthme lors du premier interrogatoire (European Community Respiratory Health Survey II (ECRHS), 1998-2003) répartis en 13 pays y compris la France, dont l'âge se situe entre 28 et 52 ans. Une évaluation de l'incidence de l'asthme est ensuite réalisée en observant l'apparition de symptômes ou de prise de médicaments ou la positivité au test d'hyperréactivité bronchique non spécifique (HRBNS). Ce test permet d'identifier des cas formels d'asthme et donne ainsi la fourchette incidente basse : 990 cas par million et par an. La fourchette haute fixée à 2 200 cas par million et par an identifie, quant à elle, un risque clinique avec une prise de médicaments.

En appliquant une fraction de risque attribuable au caractère professionnel de 10 à 25 % selon les pays^{12,16}, 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).

Appliquée au 17 millions de salariés du régime général, le nombre d'asthmes incidents pour ce régime peut être estimé à 4 590. Or 297 cas d'asthme ont été reconnus par la branche AT/MP en 2006¹⁷, le nombre de cas d'asthmes professionnels incidents non déclarés peut donc être évalué à 4 293.

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

¹⁴ 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.

¹⁵ Kogevinas M. et al., Lancet, 2007 ; 370 : 336 - 341.

¹⁶ 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.

¹⁷ 297 correspond à la moyenne des données 2005 et 2006, car 2006 est encore provisoire.

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 ;
- de conserver la même proportion de sous-déclaration pour les asthmes prévalents que pour les asthmes incidents, soit 91 % .

Le nombre de cas d'asthmes prévalent sous-déclarés serait compris entre 15 037 et 37 592 et, au total, le nombre de cas d'asthmes, incidents et prévalents non déclarés pour le régime général pourrait être évalué entre 19 330 et 41 885.

Contrairement à l'asthme, la broncho-pneumopathie chronique obstructive (BPCO) se caractérise par un trouble ventilatoire obstructif non ou peu réversible, dû à une bronchite chronique ou un emphysème. La BPCO est une maladie grave, insidieuse, souvent détectée tardivement car les symptômes apparaissent alors que la fonction respiratoire peut être dégradée. Par ailleurs, les premiers symptômes, toux, crachats et essoufflement, peuvent d'une part paraître anodins et d'autre part être attribués au tabagisme.

Les possibilités de reconnaissance de la broncho-pneumopathie chronique obstructive en maladie professionnelle ne sont pas évidentes car le champ des professions retenues dans les tableaux est assez étroit et les conditions d'accès restrictives :

- T 44 : emphysème associé à sidérose, DPC 35 ans, durée expo 10 ans
- T 44 bis : emphysème avec signes TDM (travail au fond dans les mines), DPC 15 ans, durée expo 10 ans
- T 90 : poussières textiles végétales avec précession par épisodes obstructifs aigus, DPC 5 ans, durée expo 10 ans, VEMS < 60% th
- T 91 : mineur de charbon, DPC 10 ans, durée expo 10 ans, VEMS < 70% th
- T 94 : mineur de fer, DPC 10 ans, durée expo 10 ans, VEMS < 70% th
- T 66 : insuffisance respiratoire chronique secondaire à la maladie asthmatische

Une autre voie de reconnaissance passe par les comités régionaux de reconnaissance des maladies professionnelles¹⁸ (CRRMP).

La reconnaissance du caractère professionnel de la BPCO passe essentiellement par des analyses épidémiologiques. Les études de l'American Thoracic Society¹⁹ propose une revue de littérature portant sur :

- huit études permettant de calculer des fractions de risque de bronchite chronique attribuables à des facteurs professionnels (11 à 26 %, avec une médiane de 15 %).
- cinq études permettant de calculer des fractions de risque de trouble ventilatoire obstructif attribuables à des facteurs professionnels (9 à 56 %, avec une médiane à 19 %).

Il ressort de ces études qu'une valeur raisonnable de fraction de risque attribuable au caractère professionnel peut être évaluée à 15 %.

Alors que les travaux de l'American Society avait fait la synthèse des données disponibles jusqu'en 1999, une série de 14 études séparées²⁰, postérieures à 2000, ont publié des valeurs ou fourni des données qui permettent une estimation du pourcentage de risques attribuables dans la population pour la proportion de bronchite chronique ou de BPCO due à des facteurs liés au

¹⁸ Voir la première section de cette partie pour des précisions sur les CRRMP.

¹⁹ American Thoracic Society statement : occupational contribution to the burden of airway disease, American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine (AJRCCM), 2003 ; 167 :787-92.

²⁰ Blanc P. et Torén K., International journal of tuberculosis and lung disease, 2007 ; 11 : 252-257

travail. En se basant sur les données depuis 2000, la valeur médiane de fraction de risque attribuable au caractère professionnel à la fois pour la bronchite chronique et la BPCO est de 15 %. Un certain nombre d'études supplémentaires ont été publiées et soulignent l'association entre les expositions professionnelles spécifiques et l'obstruction des voies aériennes. De plus, des données apparaissent, indiquant la mesure dans laquelle la BPCO est une cause d'incapacité de travail ; un nombre limité de données évoque la possibilité que parmi ceux atteints d'une BPCO causée par la profession, l'invalidité puisse même être plus importante. Cette revue générale confirme les analyses antérieures concluant qu'il existe une association causale entre les expositions professionnelles et la BPCO.

Par ailleurs, la prévalence de la BPCO dans douze pays, dont cinq européens (l'Islande, la Pologne, la Norvège, l'Autriche et l'Allemagne) est déterminée dans une étude transversale publiée dans *The Lancet* en 2007²¹ (étude BOLD). Un trouble ventilatoire obstructif a été recherché sur 9 425 hommes et femmes, âgées de plus de 40 ans (l'incidence de la BPCO augmente en effet avec l'âge), à partir d'une spirométrie avec un test de bronchodilatation. Les prévalences suivantes ont été établies :

- 12 à 26 % pour les BPCO stade 1 (débutant), avec 13 à 26 % en Europe ;
- 10,1 % pour les BPCO stade 2, qui pourrait correspondre à un taux d'incapacité partielle permanente de 25 % permettant d'entrer dans le champ de l'alinéa 4.

Une extrapolation de la prévalence de la broncho-pneumopathie chronique obstructive sur la population européenne âgée de 20 à 60 ans pourrait être estimée entre 2 et 3 % (stade 2).

En retenant cette prévalence et la fraction de risque attribuable au caractère professionnel de 15 %, le nombre de cas de BPCO au régime général (17 millions de salariés) pourrait être estimé entre 51 000 et 76 500. Avec un stock de BPCO indemnisé par la branche AT en 2006 de 88 personnes, le nombre de cas de broncho-pneumopathie chronique obstructive sous-déclarés pour le régime général pourrait être estimé entre 50 912 et 76 412. 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 25 500 et 38 200.

2-4- Dermatoses

Le nombre total de dermatoses professionnelles indemnisées au titre des maladies professionnelles s'élève à environ 1 100 cas sur la période récente. Les dermatoses sont réparties par 11 tableaux de maladies professionnelles :

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

²¹ Buist et al., *The Lancet*, 2007 ;370 : 741-750.

Les dermatoses professionnelles²² sont dues à des agents chimiques, physiques ou infectieux. Une partie de ces dermatoses a 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 soulevées 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 allergiques²³ » 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 professionnelles²⁴. 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 reconnues²⁵. Cette baisse relative de la représentation de la dermatologie 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 Gérard Guillet, professeur en dermatologie et en allergologie au CHU de Poitiers, représentant la Société Française de Dermatologie, en considérant qu'il y a 17 millions de salariés au régime général, le nombre de cas incidents de dermatoses professionnelles pour le régime général serait compris entre 8 500 et 11 900. Or 1 028 dermatoses ont été reconnues par la branche AT/MP en 2006²⁶ ; le nombre de cas de dermatoses professionnelles incident sous-déclarées peut donc être évalué entre 7 472 et 10 872.

²² 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.

²³ Allergies en milieu professionnel, mise à jour le 8 mars 2005.

²⁴ Frimat P., Revue du Praticien, 2002, 52, 1408.

²⁵ Documents pour le médecin du travail, n°106, INRS, 2006.

²⁶ 1 028 correspond à la moyenne des données 2005 et 2006, car 2006 est encore provisoire.

2-5- Affections du rachis lombaires, dorsalgies, lombalgies

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

Ces deux tableaux créés en 1999 sont arrivés dès 2000 au troisième rang des maladies professionnelles indemnisées en France²⁷. 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 ».

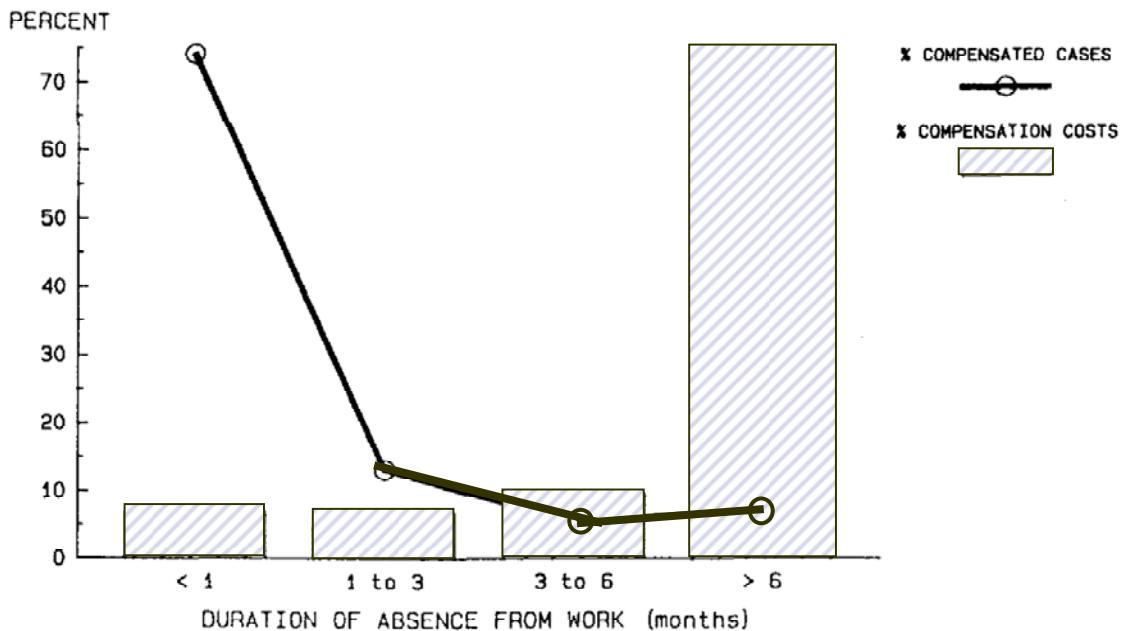
Les données françaises disponibles sont en accord avec ce qui est retrouvé dans la quasi-totalité des études, à savoir que les lombalgies sont plus fréquentes que les cervicalgies et les dorsalgies. Les arrêts de travail sont aussi plus fréquents pour cette localisation. Les cervicalgies occasionnent 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 élevé²⁸.

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).

²⁷ 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.

²⁸ Leclerc et al. 1999 dans « Lombalgie en milieu professionnel. Quels facteurs de risque et quelle prévention ? », INSERM, 2000.

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



D'après le rapport de l'Institut de Recherche en Santé et en Sécurité du travail (IRSST)²⁹, 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 ;
- 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.

²⁹ « 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.

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 CNAMTS³⁰ 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

Le nombre de maladies reconnues au titre du tableau 42 est supérieur à 1 000 depuis trois ans. Les reconnaissances ont ainsi été doublées en cinq ans, en raison d'une modification des tableaux.

Un peu plus de deux tiers des actifs français se disent dérangés par le bruit sur leur lieu de travail, selon un sondage réalisé pour l'Agence européenne pour la sécurité et la santé au travail début 2005. La dernière enquête SUMER, datant de 2003, indique que 3 millions de salariés sont exposés à des bruits de plus de 85 décibels et 700 00 pendant plus de 20 heures par semaine. Ces nombres sont en augmentation par rapport à la décennie antérieure.

L'étude réalisée par l'Agence Française de Sécurité Sanitaire Environnementale (AFSSE) : « Impacts sanitaires du bruit- état des lieux- indicateurs bruit-santé » publiée en mai 2004 indique que, selon une enquête du ministère du travail, sur 23,5 millions de salariés, 21,3 % déclarent ne pas pouvoir entendre une personne qui leur parle ou ne pouvoir l'entendre que si elle élève la voix.

Certaines professions présentent un risque plus élevé que d'autres, en particulier celles de la métallurgie, de l'industrie de transformation, des travaux publics, des chaînes d'emboutissage ou des ateliers de bois.

Des dispositions existent dans le code du travail sur la protection des travailleurs contre les bruits dépassant un certain niveau sonore (cf encadré ci-après).

³⁰ Source : Enquête du service médical de la CNAM-TS (Octobre 2004) sur les arrêts maladies de longue durée.

Contexte réglementaire concernant le bruit

Le bruit fait l'objet d'une réglementation qui vise à protéger les travailleurs contre les risques liés à une exposition prolongée. Depuis 1963, il est reconnu comme cause de maladies professionnelles (tableau n° 42 du régime général et tableau n° 46 du régime agricole). L'évaluation du risque se fait essentiellement par rapport au niveau d'exposition sonore quotidienne exprimé en dB(A). La réglementation se réfère également au niveau de pression acoustique de crête qui correspond à des bruits intenses mais courts.

La réglementation en la matière, qui a récemment évolué avec la transcription de la directive européenne 2003/10/CE par le décret n° 2006-892 du 19 juillet 2006, s'articule autour de 3 principaux axes.

- Agir sur l'environnement de travail
 - Réduire le bruit à la source : obligations des fabricants
 - Concevoir des machines silencieuses
 - Informer sur le niveau sonore des machines
 - Insonoriser les locaux : obligations des maîtres d'ouvrage
 - Réduire le bruit dans les locaux : obligations des chefs d'établissement
 - Mise en œuvre de principes généraux de prévention
 - Réduire le bruit dans les locaux
 - Utiliser les locaux conformément à leur destination
- Evaluer les risques
 - Estimer les risques
 - Mesurer les risques
- Protéger les travailleurs exposés

Les exigences de la réglementation sont basées sur la comparaison de l'exposition sonore du salarié à différents seuils: si ces seuils sont dépassés, certaines actions doivent être entreprises.
L'exposition est évaluée à partir de deux paramètres:

- L'exposition «moyenne» sur 8 heures (notée Lex,8h)
- Le niveau de bruit impulsif maximal, dit «niveau crête» (noté Lp,c.)

Chacun de ces deux paramètres est comparé à 3 seuils:

- Valeur d'exposition inférieure déclenchant l'action (VAI): c'est le seuil le plus bas; il déclenche les premières actions de prévention;
- Valeur d'exposition supérieure déclenchant l'action (VAS): c'est le 2e seuil; des actions correctives doivent être mises en œuvre;
- Valeur limite d'exposition (VLE): ce troisième seuil est un élément nouveau dans la réglementation. Il ne doit être dépassé en aucun cas. A la différence des seuils précédents, il prend en compte l'atténuation du bruit apportée par les protecteurs individuels (PICB : protecteur individuel contre le bruit, par exemple bouchons d'oreilles, casque...).

Les tableaux ci-après donnent les valeurs de ces seuils pour chacun des deux paramètres d'exposition, puis les actions requises lorsqu'ils sont dépassés.

Seuils	Paramètres	Ancienne réglementation	Nouvelle réglementation
Valeur d'exposition inférieure déclenchant l'action (VAI)	Exposition moyenne (Lex,8h)	85 dB(A)	80 dB(A)
	Niveau de crête (Lp,c)	135 dB	135 dB(C)
Valeur d'exposition supérieure déclenchant l'action (VAS)	Exposition moyenne (Lex,8h)	90 dB(A)	85 dB(A)
	Niveau de crête (Lp,c)	140 dB	137 dB(C)
Valeur limite d'exposition (VLE*)	Exposition moyenne (Lex,8h)	Aucune	87 dB(A)
	Niveau de crête (Lp,c)	Aucune	140 dB(C)

* en tenant compte des PICB

Position du niveau d'exposition	Exigence
Quel que soit le niveau	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Evaluation du risque ▪ Suppression ou réduction au minimum du risque, en particulier à la source ▪ Consultation et participation des travailleurs pour l'évaluation des risques, les mesures de réduction, le choix des PICB ▪ Bruit dans les locaux de repos à un niveau compatible avec leur destination
Au dessus de la valeur d'exposition inférieure déclenchant l'action(VAI)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mise à disposition des PICB ▪ Information et formation des travailleurs sur les risques et les résultats de leur évaluation, les PICB, la surveillance de la santé ▪ Examen audiométrique préventif proposé
Au dessus de la valeur d'exposition supérieure déclenchant l'action(VAS)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mise en œuvre d'un programme de mesures de réduction d'exposition au bruit ▪ Signalisation des endroits concernés (bruyants) et limitation d'accès ▪ Utilisation des PICB ▪ Contrôle de l'ouïe
Au dessus de la valeur limite d'exposition (VLE) (compte tenu de l'atténuation du PICB)	A ne dépasser en aucun cas; mesures de réduction d'exposition sonore immédiates

Source : Institut National de Recherche et de Sécurité pour la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles - INRS

En dépit de l'importance de cette maladie qui représente le troisième poste de rentes versées par la branche AT/MP, aucune donnée ou étude épidémiologique n'a été trouvée sur la sous-déclaration de cette pathologie, qui peut avoir par ailleurs des causes multifactorielles. L'étude précitée de l'AFSSE indique que « l'aperception sociale des surdités et l'attitude de déni de nombreux malentendants laissent soupçonner une forte sous-déclaration des surdités professionnelles ».

2-7- Les accidents du travail

En 2006, les statistiques de la Direction des Risques Professionnels de la CNAMTS font état de 1,4 millions accidents du travail ayant entraîné des frais. Parmi ces accidents, environ 815 000 ont nécessité un arrêt de travail d'au moins vingt-quatre heures.

L'évaluation de la sous-déclaration des accidents du travail repose sur les données d'enquête de la DARES. L'enquête Conditions de travail de 2005, réalisée par l'INSEE pour la DARES en complément de l'enquête emploi en continu, pose un module de questions relatif aux accidents du travail. Le questionnement a été amélioré par rapport à l'enquête de 1998 : il distingue à présent les cas de multi-accidentalité. La question posée est la suivante : « Dans les douze derniers mois, au cours de votre travail, avez-vous eu un (ou plusieurs) accident(s), même bénin(s), qui vous a (ont) obligé(s) à vous faire soigner ? ». 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 aboutis à des frais médicaux. Par ailleurs, l'enquête interroge également sur le fait de savoir si le dernier accident survenu a occasionné un arrêt de travail. Le champ de l'enquête concerne aussi bien les accidents avec arrêt que ceux n'ayant pas engendré d'arrêt.

Sur le champ des accidents avec arrêt (d'au moins une journée), il ressort de l'enquête que globalement 4,1 % des salariés ont eu un accident en 2005 (tableau 1). Parmi les salariés

accidentés avec arrêt de travail, 8 % ont eu plus d'un accident au cours de l'année précédant l'enquête. Au total, sur le champ du régime général, l'enquête décompte 747 000 accidents du travail avec arrêt. La même année, la CNAMTS a reconnu 709 000 accidents du travail ayant donné lieu à indemnisation, soit 95 % du total décompté par l'enquête³¹. 38 000 accidents du travail avec arrêt seraient donc sous-déclarés.

Contrairement à ce qui avait été effectué lors de la précédente commission, il a été convenu de ne pas abattre de 50 % le nombre d'accidents du travail avec arrêt sous-déclarés au motif que les personnes qui ont répondu à l'enquête ont pu mal interpréter le questionnaire et confondre des notions de signalement à l'entreprise, de déclaration à la CPAM et d'indemnisation. En effet, la sous-déclaration est dans la dernière enquête de la DARES évaluée non pas à partir d'une question concernant une déclaration à la sécurité sociale, mais en comparant le nombre d'accident du travail avec arrêt déclaré dans l'enquête et ceux reconnus par la branche AT/MP.

Sur le champ des accidents sans arrêt, l'enquête permet d'évaluer à 768 000 le nombre d'accidents du travail sans arrêt survenus en 2005. C'est beaucoup plus que le nombre reconnu par la CNAMTS (428 000) (tableau 2). Ces chiffres conduiraient à une sous-déclaration de l'ordre de 340 000 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. La Direction des Risques Professionnels de la CNAMTS réalise actuellement une étude sur ce sujet en demandant aux Caisses Régionales d'Assurance Maladie, qui dispose des registres des entreprises³², de leur transmettre cette information. Les résultats devraient être connus avant la fin de l'année.

Ces éléments ont conduit la commission à rester prudente en maintenant la statistique retenue par la précédente commission sur le nombre d'accident de travail sans arrêt. Ainsi, le chiffre de 75 000 cas est reconduit dans l'attente de précisions sur l'évaluation de la proportion des accidents bénins comptabilisés par l'enquête de la DARES.

³¹ 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.

³² En effet, les accidents bénins, simplement notifiés sur le registre de l'entreprise, peuvent évoluer et nécessiter une reconnaissance postérieure d'accident du travail. Comme le délai de déclaration des accidents du travail est de 48 heures, si la complication arrive après ce délai, les victimes pourront tout de même faire leur démarche de reconnaissance si l'entreprise a fourni à la CRAM son registre.

Tableau 2 : Résultats de l'enquête Conditions de Travail 2005 de la DARES

Au cours des douze derniers mois, avez-vous eu un ou plusieurs accidents du travail (hors trajet) ?	Ensemble	Dont : avec arrêt de travail	Dont : sans arrêt de travail
Salarié ayant eu un AT (enquête DARES)	1 018 000	629 000	389 000
Salarié ayant eu deux AT	106 000	41 000	65 000
Salarié ayant eu trois AT ou plus	95 000	12 000	83 000
Salarié ayant eu au moins un AT	1 219 000	682 000	537 000
% de salariés accidentés (enquête DARES)	7,4 %	4,1 %	3,3 %
Nombre d'AT estimé – enquête DARES 2005, champ CNAMTS	1 515 000	747 000	768 000
% d'AT avec arrêt		49 %	
Nombre d'AT reconnus par la CNAMTS 2005	1 137 000	709 000	428 000
% d'AT avec arrêt		61 %	
CNAMTS 2005 / enquête DARES 2005	75 %	94,9 %	55,7 %

Sources : CNAMTS ; enquête Conditions de Travail 2005 (INSEE – DARES)

3- Evaluation des coûts moyens des pathologies retenues

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- Éléments 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). Les études de la CNAMTS, branche maladie, sur ces thèmes peuvent donc donner des indications sur les coûts associés aux pathologies étudiées.

L'étude intitulée « Coût des trente affections de longue durée pour les bénéficiaires du régime général de l'assurance maladie en 2004 »³³ permet de connaître, d'une part, la fréquence des trente affections de longue durée en termes de stock à un moment donné, selon le diagnostic enregistré par le médecin-conseil lors du dernier avis donné, et, d'autre part, les dépenses remboursées par l'assurance maladie aux personnes en ALD selon la pathologie. Deux bases de données ont servi à la réalisation de cette étude : le Système National d'Information Inter-Régimes de l'Assurance Maladie (SNIIRAM) qui se rapporte aux prestations servies et remboursées par l'assurance maladie ; la base Hippocrate sur les données médicales enregistrées par les médecins-conseils des personnes exonérées du ticket modérateur. Les extractions faites ont porté sur une année complète entre novembre 2003 et octobre 2004. De cette analyse, il ressort les conclusions suivantes :

- le nombre de patients en ALD, bénéficiaires du régime général *stricto sensu* (hors section locales mutualistes)³⁴ est de 6,2 millions de patients (tableau 1) ;

³³ « Coût des trente affections de longue durée pour les bénéficiaires du régime général de l'assurance maladie en 2004 », Revue Pratiques et Organisation des Soins volume 37 n°4 / octobre-décembre 2006.

³⁴ 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. S'agissant des effectifs, le régime général *stricto sensu* représente près de 86 % de la population du régime général. S'agissant des remboursements, une estimation du régime général y compris les SLM a pu être réalisée en appliquant un coefficient correcteur pour chacune des pathologies. Par ailleurs, un coefficient global a été appliqué pour passer du régime général à l'inter-régime.

- le remboursement annuel moyen par patient en affection de longue durée est d'environ 7 100 € pour les prestations en nature ;
- 10,5 % des patients ont recours aux IJ pour un montant annuel moyen de 3 420 € (tableau 2) ;
- l'hospitalisation publique et privée représente plus de la moitié des montants remboursés (57,8 %). La part consacrée à la pharmacie est de 20,0 % avec un montant en moyenne annuelle de 1 414 € par malade ;
- le remboursement annuel moyen par malade est élevé la première année de l'ALD (10 938 €). Ce montant est d'environ 5 000 € les années suivantes et croît ensuite pour atteindre 7 100 € au cours de la 15^{ème} année. Le montant remboursé le plus élevé est observé lors de la dernière année de vie avec une moyenne annuelle par malade de 25 846 € l'hospitalisation représentant 73,0 % ;
- pour l'ALD n°30, qui concerne les tumeurs malignes, le coût annuel moyen est d'environ 8 600€;
- le montant total des remboursements tous régimes pour les personnes en ALD d'assurance maladie est estimé à 55,7 milliards d'euros dont 17,5 milliards d'euros pour les patients ayant des maladies cardiovasculaires, 14,0 milliards d'euros pour les patients ayant une tumeur maligne, 10,2 milliards d'euros pour les patients en affections psychiatriques de longue durée et 9,0 milliards d'euros pour les patients diabétiques.

**Tableau 1 : Montants remboursés (prestations en nature)
selon les libellés des ALD (novembre 2003 à octobre 2004)**

Intitulé de l'affection	Nombre de personnes ^{a,b}	Remboursement annuel moyen par personne ^b (en euros)	Dont montant déclaré en rapport avec l'ALD ^b	Estimation du montant total des remboursements tous régimes (en millions d'euros)
1 Accident vasculaire cérébral invalidant	182 917	9 642	6 162	2 353
2 Insuffisances médullaires et autres cytopénies chroniques	8 120	7 711	5 021	85
3 Artériopathies chroniques avec manifestations ischémiques	271 432	7 478	4 705	2 701
4 Bilharziose compliquée	149	4 666	3 636	1
5 Insuf. cardiaque grave, tr. du rythme graves, cardiop. valvulaires graves, cardiop. congénitales graves	380 954	6 803	4 173	3 469
6 Maladies chroniques actives du foie et cirrhoses	126 204	7 152	4 784	1 182
7 Déficit immunitaire primitif, infection par le VIH	74 149	11 833	8 385	1 140
8 Diabète de type 1 et diabète de type 2	1 136 172	5 910	4 265	8 966
9 Forme grave des affections neurologiques et musculaires, épilepsie grave	141 749	9 394	5 205	1 766
10 Hémoglobinopathies, hémolyses, chroniques constitutionnelles et acquises sévères	7 880	6 067	4 549	63
11 Hémophilie et affections constitutionnelles de l'hémostase graves	8 533	26 464	16 567	310
12 Hypertension artérielle sévère	744 099	5 577	3 815	5 543
13 Maladie coronaire	611 575	5 964	3 688	4 965
14 Insuffisance respiratoire chronique grave	249 488	7 055	4 764	2 309
15 Maladie d'Alzheimer et autres démences	153 939	8 453	5 943	1 725
16 Maladie de Parkinson	63 120	8 402	6 156	724
17 Maladies métaboliques héréditaires nécessitant un traitement prolongé et spécialisé	18 587	7 090	3 771	182
18 Mucoviscidose	3 918	21 543	17 483	119
19 Néphropathie chronique grave et syndrome néphrotique primitif	59 161	23 878	19 108	1 889
20 Paraplégie	28 894	17 822	10 744	679
21 Périartérite noueuse, lupus érythémateux aigu disséminé, sclérodermie généralisée évolutive	45 634	6 149	3 987	386
22 Polyarthrite rhumatoïde évolutive grave	113 144	5 767	3 856	894
23 Affections psychiatriques de longue durée	845 332	9 173	5 953	10 227
24 Rectocolite hémorragique et maladie de Crohn évolutives	73 541	3 552	2 069	363
25 Sclérose en plaques	44 384	10 110	7 886	623
26 Scoliose structurale évolutive	13 732	3 373	1 634	66
27 Spondylarthrite ankylosante grave	41 503	3 364	2 075	194
28 Suites de transplantation d'organe	3 715	16 720	12 362	85
29 Tuberculose active, lèpre	12 007	7 737	4 264	122
30 Tumeur maligne, affection maligne du tissu lymphatique ou hématopoïétique	1 181 345	8 572	5 722	13 957
<i>Ensemble des affections cardiovasculaires (ALD 1,3,5,12,13)</i>	<i>2 054 540</i>	<i>6 348</i>	<i>4 067</i>	<i>17 519^c</i>
- Cause médicale d'ALD non précisée	431 200	-	-	-
<i>Ensemble des patients</i>	<i>6 179 395^c</i>	<i>7 068</i>	<i>4 676</i>	<i>55 675^c</i>

^a L'effectif comprend les personnes décédées au cours de la période du 1^{er} novembre 2003 au 31 octobre 2004, périmètre différent du volet « fréquence » de l'étude.

^b Données régime général *stricto sensu* (hors sections locales mutualistes).

^c La somme des données de chaque ligne est supérieure au nombre affiché : en effet, si un malade présente plusieurs affections, celui-ci sera représenté dans chacune des affections concernées.

Source : étude « fréquence et coût des ALD » - 2004 - CNAMETS.

Tableau 2 : Montants annuels moyen de l'indemnisation de l'incapacité de travail d'une personne en ALD

Intitulé de l'affection	Pension d'invalidité			Indemnités journalières		
	Pensions (€) par personne en ALD ₃₀ ^a	% de personnes ayant bénéficié d'une invalidité ^a	Pensions (€) par personne bénéficiant de la prestation ^{a,b}	Indemnités journalières (€) par personne bénéficiant de la prestation ^b	% de personnes ayant bénéficié d'indemnités journalières	Indemnités journalières (€) par personne ayant bénéficié de la prestation ^c
1 Accident vasculaire cérébral invalidant	667	7,5	8 746	414	7,9	5 127
2 Insuffisances médiullaires et autres cyropénies chroniques	245	3,8	6 393	444	14,1	3 127
3 Arteriopathies chroniques avec manifestations ischémiques	372	4,9	7 558	309	7,8	3 879
4 Bilharziose compliquée	250	3,3	7 342	380	23,5	1 629
5 Insuffisance cardiaque grave, tr. du rythme graves, cardiopathies graves	256	3,6	7 057	209	5,8	3 509
6 Maladies chroniques actives du foie et cirrhoses	523	7,6	6 877	622	17,9	3 436
7 Déficit immunitaire primitif, infection par le VIH	642	9,5	6 788	439	18,9	2 314
8 Diabète de type 1 et diabète de type 2	253	3,6	7 060	228	8,5	2 661
9 Forme grave des affections neurologiques et musculaires, épilepsie grave	605	7,5	8 054	329	11,3	2 881
10 Hémoglobopathies et hémolyse	128	2,1	5 995	150	9,6	1 556
11 Hémophilie et affections constitutionnelles de l'hémostase graves	267	4,1	6 600	440	18,5	2 371
12 Hypertension artérielle sévère	169	2,4	6 935	174	5,3	3 213
13 Maladie coronaire	322	4,2	7 541	312	8,0	3 843
14 Insuffisance respiratoire chronique grave	396	5,6	6 935	250	8,4	2 924
15 Maladie d'Alzheimer et autres démences	66	0,6	9 904	25	0,5	5 179
16 Maladie de Parkinson	273	3,0	8 717	132	2,4	5 387
17 Maladies métaboliques héréditaires nécessitant un traitement prolongé	284	4,0	7 032	358	14,7	2 429
18 Mucoviscidose	133	2,4	5 479	189	10,3	1 840
19 Néphropathie chronique grave et syndrome néphrotique primitif	678	10,2	6 603	412	13,2	3 073
20 Paralysie	2 072	17,0	12 109	409	9,6	4 238
21 PAN, LEAD, sclérodermie généralisée évolutive	487	7,7	6 291	429	13,9	3 055
22 Polyarthrite rhumatoïde évolutive grave	542	8,4	6 390	375	11,9	3 120
23 Affections psychiatriques de longue durée	721	10,9	6 578	593	15,9	3 725
24 Rectocolite hémorragique et maladie de Crohn évolutives	349	5,7	6 118	520	24,6	2 108
25 Sclérose en plaques	2 298	25,7	8 946	740	22,1	3 334
26 Scoliose structurale évolutive	89	1,4	6 240	94	4,6	2 070
27 Spondylarthrite ankylosante grave	701	10,6	6 599	628	23,5	2 661
28 Suites de transplantation d'organe	1 193	18,4	6 498	409	14,3	2 853
29 Tuberculose active, lèpre	189	2,7	6 966	729	20,9	3 461
30 Tumeur maligne	316	4,7	6 717	561	12,2	4 606
<i>Ensemble des patients</i>	<i>380</i>	<i>5,3</i>	<i>7 067</i>	<i>363</i>	<i>10,5</i>	<i>3 420</i>

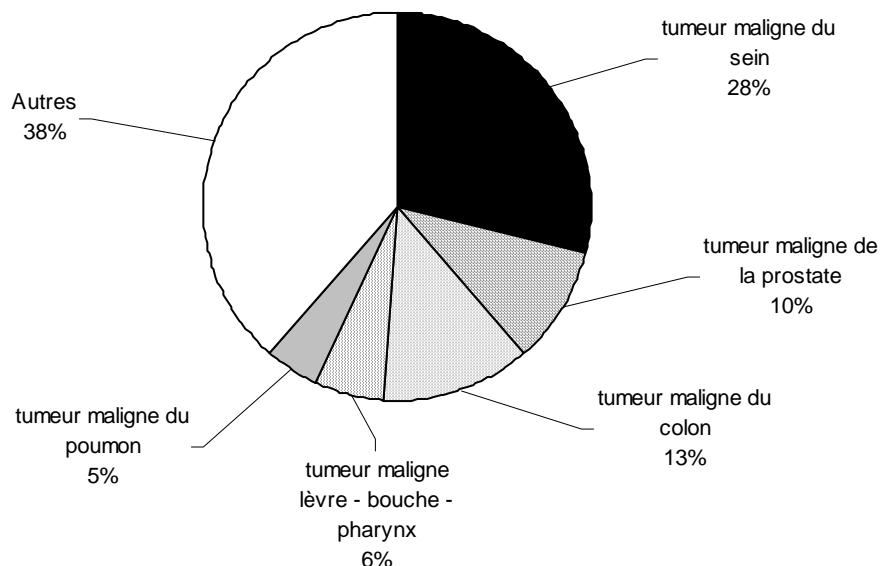
a Les données d'invalidité ne concernent pas les départements gérés par la caisse régionale d'assurance maladie d'Ile-de-France, à savoir : 75, 78, 91, 92, 93, 94 et 95.

b La moyenne annuelle des pensions d'invalidité de la ligne « Ensemble des patients » est calculée sur les 273 329 patients ayant bénéficié d'une invalidité.

c La moyenne annuelle des indemnités journalières de la ligne « Ensemble des patients » est calculée sur les 649 474 patients ayant bénéficié d'indemnités journalières.

Plus récemment, les effectifs d'ALD³⁵ ont fait l'objet d'une actualisation concernant l'année 2006. Ainsi, au 31 décembre 2006, 7,7 millions de personnes du régime général bénéficient d'une affection de longue durée (prise en charge à 100% par la sécurité sociale) et le taux de personnes en affection de longue durée exonérante dans la population totale des assurés est de 13,6 %. Les effectifs de patients au titre des « tumeurs malignes » (ALD n°30) représentent 1,5 millions de personnes. Le graphique suivant permet d'observer le détail de la composition des effectifs par catégorie de cancer.

Graphique 1 : Poids des différents cancers dans l'ALD « tumeur maligne »



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.

3-2- Coût des cancers en France selon l'étude de l'Institut National du Cancer (INCA)³⁶

L'étude de l'Institut National du Cancer permet de mettre à jour les chiffres utilisées 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 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.

Cette étude présente l'avantage d'avoir étudié 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 Etablissements (SAE)(Borella, Finkel et al. 2002). Pour les soins de ville et leur ventilation, elle combine les

³⁵ « Les bénéficiaires d'affection de longue durée au 31 décembre 2006 », Points de repère n°9, septembre 2007.

³⁶ « Analyse économique des coûts du cancer en France », INCA, mars 2007.

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'écart 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).

Tableau 3 : des coûts du cancer en 2004

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%
Total		10 886 190 184 €
		100%

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%

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

Tableau 4 : Déclinaison des coûts des cancers par localisation tumorale

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

Les coûts individuels suivants sont estimés à partir des coûts totaux de la prise en charge rapportée aux flux d'effectifs de nouveaux patients correspondant. Il s'agit d'ordre de grandeur.

Tableau 5 : Coûts individuels par localisation tumorale

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

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 récidive 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 à 24 000 euros en 2002.

Toutefois, les chiffres présentés par l'INCA paraissent légèrement supérieurs à ceux issus de l'étude sur les ALD présentées plus haut qui porte pourtant sur la même année (2004). Selon les données de remboursement de la CNAMTS, le coût tous régimes des dépenses est de 14 milliards, mais il englobe aussi des dépenses sans rapport avec l'ALD. En les excluant, le montant baisse à 9,3 milliards. Les données de remboursements sont donc inférieures à celles présentées dans l'étude de l'INCA. La différence pourrait provenir de l'estimation des coûts d'hospitalisation. En l'occurrence, l'assurance maladie ne tient pas compte des frais généraux liés à l'hospitalisation alors que les données de l'INCA, plus proches du champ de dépenses comprises dans la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM), les incluent. Par ailleurs, il est probable qu'exclure les dépenses « sans rapport » conduit à sous-estimer les coûts. Contrairement à l'opinion répandue, tous les soins « réellement en rapport avec la maladie » ne sont pas toujours affectés à l'ALD. C'est vrai notamment de certains séjours hospitaliers un peu longs qui sont de toute façon remboursés intégralement pour les malades pris en charge à 100%. Autre exemple, les médicaments antinéoplasiques qui sont pris en charge à 95% - et non à 100% - lorsqu'ils sont déclarés en rapport avec l'ALD.

Afin de pouvoir comparer les données issues de l'étude de l'INCA et celles fournies par la Direction des Risques Professionnels, une actualisation du coût du cancer en 2006 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 France³⁷, ce qui représente un poids de 75,5 % au sein de la population totale³⁸.

³⁷ « Les aspects économiques des affections de longue durée », Vallier et al., Actualité et Dossier en Santé Publique n°59, juin 2007.

³⁸ Selon l'INSEE, la population française France entière au 1^{er} janvier 2005 s'établissait à 61,2 millions d'habitants.

Actualisation du coût des cancers de l'INCA pour 2006

Sur les prestations en nature :

Entre 1994 et 2004, la croissance du nombre de personnes en ALD (diabète et cancer notamment) a eu plus d'impact sur l'augmentation des dépenses liées aux ALD que l'évolution en euros constants des coûts moyens des affections : sur cette période, le taux de croissance annuel moyen s'établit à + 5,7 % pour les effectifs contre + 1,0 % pour les coûts moyens³⁹. Pour le seul cancer, la croissance annuelle moyenne des effectifs est de +6,3% et la croissance annuelle moyenne des remboursements à coût constant est de + 1,4%, soit une croissance annuelle moyenne du coût total de + 7,8 %. Cette croissance appliquée au montant INCA de 10,9 milliards d'euros en 2004 donne 12,6 milliards d'euros pour 2006. En proratisant ce montant au périmètre de la population du régime général hors SLM, soit 75,5 %, celui-ci est ramené à 9,5 milliards d'euros.

Sur les prestations en espèce :

L'INCA ne chiffrant pas le coût des indemnités journalières, il a été estimé grâce à l'étude de la CNAMTS présentée en début de partie. 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 qui augmente d'environ 2,5 % par an, ce qui porte ce montant à une valeur de 4 839€ en 2006. En appliquant ce coût moyen aux 1,3 millions d'assurés estimés pour 2006 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 788 millions d'euros pour 2006.

Au total, selon les données de l'INCA, le coût global des cancers pour le régime général, y compris les indemnités journalières, s'établiraient à 10,3 milliards d'euros en 2006. En rapportant ce coût total au nombre de malades ALD atteints de cette pathologie (1,3 millions de personnes), un coût moyen de 7 750€ peut être obtenu. En excluant les IJ, le coût moyen baisse à 7 150€

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 5 722€ 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 2006 de respectivement 8 814€ pour le coût total et 5 883€ 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, pourrait être considérée comme fiable.

3-3- Eléments de coût issu des données de la branche AT/MP

La commission a travaillé avec des coûts moyens transmis par la Direction des Risques Professionnels (DRP) de la CNAMTS, coûts transversaux pour les accidents du travail et coûts transversaux et coûts longitudinaux pour chaque pathologie étudiée. Pour les accidents avec arrêt, les coûts moyens transversaux sont calculés comme la somme des indemnités journalières (IJ) et des prestations en nature (PN) versées en 2006 pour les accidents avec IJ en 2006 rapportée à leur nombre. En ce qui concerne les accidents sans arrêt, les coûts moyens transversaux sont évalués comme la somme des PN versées en 2006 pour les accidents sans IJ en 2006 ni les années précédentes, rapportée à tous les accidents sans arrêt de 2006, qu'ils aient

³⁹ « Point de repère n°3 », CNAM, Octobre 2006.

ou non engendré des PN, le nombre d'accidents sans PN étant estimé par la proportion constatée en 2004 (la proportion 2006 n'étant pas encore connue).

Pour les maladies professionnelles, selon les données épidémiologiques retenues pour l'origine professionnelle, le flux de nouveaux malades dans l'année ou le stock de bénéficiaires, il sera respectivement employé un coût moyen longitudinal ou un coût transversal pour aboutir à une évaluation globale de la sous-déclaration. Les coûts moyens transversaux des maladies professionnelles sont calculés comme la somme des IJ et des PN versées en 2006 pour les maladies professionnelles ayant engendré durant cette même année des IJ, PN ou incapacité permanente, rapportée au nombre des pathologies professionnelles précédent augmenté du nombre des nouvelles maladies de l'année sans PN ni IJ, estimé par la proportion constatée en 2004 (la proportion 2006 n'étant pas encore connue). Les coûts moyens longitudinaux des pathologies sont calculés par la moyenne sur deux cohortes successives pluriannuelles : pour la cohorte de l'année n, constituée des MP déclarées et reconnues l'année n, le coût moyen a été calculé comme la somme des IJ et des PN versées en cumulé sur trois ans, rapportée au nombre de cas de la cohorte.

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 2003	Nombre de MP reconnues en 2004	% de MP sans frais sur la période 2003-2006
Accident du travail sans arrêt			30 %
Canal carpien	11 332	12 460	10 %
Epaule enraidie/douloureuse	8 590	8 994	6 %
Tendinite du coude	6 103	6 282	13 %
Tendinite de la main et des doigts	3 046	3 161	14 %
Cancers professionnels	1 667	1 917	9 %
Affections du rachis lombaire	2 956	2 872	5 %
Surdité	938	1 354	4 %
Dermatoses allergiques et irritatives	1 175	1 187	21 %
Asthme	332	374	16 %
Broncho-pneumopathie chronique obstructive	19	17	0 %

Source : Direction des Risques Professionnels - CNAMETS

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 : 21 % des patients reconnus en 2003 ou 2004 comme souffrant d'une dermatose allergique et irritative n'ont engendré aucun soin pour la branche AT/MP sur la période 2003-2006 et 30 % pour les victimes d'accident du travail sans arrêt.

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 constituerait 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 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

			Analyse transversale	Analyse longitudinale	Taux d'IJ moyen
Pathologies professionnelles		Prestations	Coût moyen annuel année 2006	Coût longitudinal moyen cumulé à 3 ans	
Principaux syndromes du tableau 57 : affections périarticulaires	Canal carpien	IJ	2 596	4 397	75 %
		PN	400	602	
	Epaule enraide/douloureuse	IJ	4 029	9 226	78 %
		PN	787	1 561	
	Tendinite du coude	IJ	2 518	5 038	76 %
		PN	392	685	
	Tendinite de la main et des doigts	IJ	2 254	3 423	74 %
		PN	346	449	
	Cancers professionnels (cancers liés à l'amiant, benzène, goudron, bois...)	IJ	2 590	3 900	72 %
		PN	1 644	1 450	
Affections du rachis lombaire (tableaux 97 et 98)	IJ	4 355	10 782	78 %	
	PN	992	1 661		
Surdité (tableau 42)	IJ	91	78	60 %	
	PN	70	58		
Dermatoses allergiques et irritatives	IJ	1 292	2 512	72 %	
	PN	216	129		
Asthme	IJ	1 680	5 093	75 %	
	PN	774	530		
Broncho-pneumopathie chronique obstructive	IJ	1 741	6 788	75 %	
	PN	883	834		

IJ : indemnités journalières, PN : prestation en nature

Source : Direction des Risques Professionnels de la Cnamts

Dans le cas de sinistres (accident du travail et 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 % après⁴⁰. Le taux d'IJ moyen résulte donc de la proportion du nombre de jour avec un taux d'IJ à 60 % et à 80 %.

Lorsque le sinistre n'est pas d'origine professionnelle, l'indemnité journalière est égale à 50 %. 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). Précisément, la valeur moyenne de l'IJ de chaque pathologie est calculée de la façon suivante : $IJ_{maladie \ recalculée}^{pathologie \ i} = IJ_{AT / MP}^{pathologie \ i} \times \frac{50\%}{Taux \ IJ \ moyen^{pathologie \ i}}$

⁴⁰ Avec un montant maximum de respectivement 166,51 € et 222,01 € au 1^{er} janvier 2008.

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

			Analyse transversale	Analyse longitudinale	
Pathologies professionnelles		Prestations	Coût moyen annuel année 2006	Coût longitudinal moyen cumulé à 3 ans	
Principaux syndromes du tableau 57 : affections périarticulaires	Canal carpien	IJ	1 731	2 931	
		PN	400	602	
		TOTAL	2 131	3 533	
	Epaule enraidie/douloureuse	IJ	2 583	5 914	
		PN	787	1 561	
		TOTAL	3 370	7 475	
	Tendinite du coude	IJ	1 657	3 314	
		PN	392	685	
		TOTAL	2 049	3 999	
	Tendinite de la main et des doigts	IJ	1 523	2 313	
		PN	346	449	
		TOTAL	1 869	2 762	
Cancers professionnels (cancers liés à l'amiante, benzène, goudron, bois...)		IJ	1 799	2 708	
		PN	1 644	1 450	
		TOTAL	3 443	4 158	
Affections du rachis lombaire (tableaux 97 et 98)		IJ	2 792	6 912	
		PN	992	1 661	
		TOTAL	3 784	8 573	
Surdité (tableau 42)		IJ	76	65	
		PN	70	58	
		TOTAL	146	123	
Dermatoses allergiques et irritatives		IJ	897	1 744	
		PN	216	129	
		TOTAL	1 113	1 873	
Asthme		IJ	1 120	3 395	
		PN	774	530	
		TOTAL	1 894	3 925	
Broncho-pneumopathie chronique obstructive		IJ	1 161	4 525	
		PN	883	834	
		TOTAL	2 044	5 359	

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 2006, d'une valeur respective de 1 959 € et 143 €⁴¹. Pour les accidents du travail sans arrêt, la commission n'a pas retenu ceux à frais nul puisque le questionnement 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.

⁴¹ La valeur du coût moyen des AT avec arrêt a été calculée par la DSS à partir des statistiques données par la DRP (notamment ne prenant un taux d'IJ moyen de 67 %). Au 453,5 millions d'euros de prestations en nature observées pour l'année 2006 au titre des AT avec arrêt, a été ajouté les 79,4 millions d'euros de prestations en nature des accidents sans arrêt ayant reçus des IJ les années antérieures à 2006 qui ne sont pas pris en compte dans le calcul du coût moyen des accidents sans arrêt. Ce coût total a été rapporté aux 814 527 personnes ayant eu un accident avec arrêt en 2006 pour donner le coût moyen des prestations qui s'élève à 654 €. Le coût moyen des IJ repondéré (50%/67%) s'élève à 1 304 €

L'écart des coûts relatifs aux cancers, tel qu'il apparaît entre les trois sources citées supra, pose à lui seul un problème substantiel. Il est trop large pour ne pas mettre en cause la cohérence du dispositif. S'il résistait à l'analyse, s'il s'avérait donc que les cancers coûtent nettement plus cher à la sécurité sociale lorsqu'ils sont pris en charge par la branche maladie que lorsqu'ils le sont par la branche AT-MP, la sous-déclaration deviendrait un non-sens économique, en plus de l'obstacle à la politique de prévention et du problème d'équité qu'on la savait déjà être. Accessoirement, on remarquera que cet écart est aussi trop important pour qu'on puisse se dispenser de choisir entre les valeurs en cause. A priori, la logique imposera alors d'évaluer la charge subie par la branche maladie –objectif assigné par la loi- à partir de ses coûts plutôt qu'à partir des coûts enregistrés par l'autre branche.

Reste cependant à essayer d'expliquer cet écart.

A partir des statistiques issues de la branche AT/MP, le coût moyen des cancers professionnels apparaît largement inférieur (1 644 € de prestations en nature) à celui des cancers pris dans leur globalité qu'il soit évalué par la branche maladie ou par l'INCA (respectivement, 8 600€ et 7 150€). Certes, le champ n'est pas exactement identique puisque celui de l'INCA est plus large en ne retenant pas seulement les cancers professionnels. Toutefois, on ne voit pas que le case mix INCA ait des raisons d'être par nature beaucoup plus coûteux que celui de la branche AT-MP : les cancers les plus représentés parmi les maladies professionnelles ne sont pas parmi les moins onéreux ; à l'inverse, certains cancers, tels que le cancer du sein, dont le coût est nettement inférieur à la moyenne, sont absents des maladies professionnelles.

Une explication de la différence entre les coûts moyens du cancer réside sans doute dans l'écart entre le début des soins et la date de prise en charge par la branche AT/MP. En effet aux termes de la loi, la maladie professionnelle n'est imputable à la branche AT/MP qu'à partir de la date de la première demande de reconnaissance. Or, tout particulièrement peut-être dans le cas des cancers, il est plausible que les malades pensent avant tout à se soigner et que bon nombre d'entre eux n'accomplissent pas dès les premiers soins les démarches pour obtenir une reconnaissance de maladie professionnelle. La partie des coûts entre la date de début des soins et cette demande de reconnaissance tardive est à la charge *de facto* de la branche maladie. De fait, les dépenses de début de cure sont plus élevées, en moyenne, que celles des années ultérieures, sans néanmoins l'être autant que celles de la fin de vie. Cependant, la commission n'a pas eu connaissance du délai moyen séparant le début des dépenses de la date de prise en charge par la branche AT-MP, ni surtout de la proportion de la dépense totale qu'il pourrait représenter. Il n'est donc pas possible de préciser le poids de cette explication dans l'écart statistique des coûts. Des études complémentaires restent à mener sur ce point, mais aussi, par exemple, sur les biais pouvant provenir des données hospitalières. A supposer du reste que l'explication soit suffisante, elle signifierait en fait que la plus grande partie du coût des cancers professionnels, pourtant dûment reconnus comme tels et sans préjudice des autres maladies, est en tout état de cause assumée par la branche maladie, du fait d'une disposition législative qui n'avait peut-être pas ce but.

A l'aune de ces éléments, qu'ils relèvent de la logique ou de l'insuffisance matérielle des données disponibles, la commission a considéré qu'elle ne serait pas légitime à modifier sa méthode sur ce point. De manière analogue à la précédente commission, l'évaluation de la sous-déclaration des cancers professionnels sera effectuée à l'aide de l'étude menée par l'Institut National du Cancer. La commission aurait vraisemblablement été amenée à utiliser également pour les autres pathologies des coûts provenant de la branche maladie si elle en avait disposé – ce qui supposerait sans doute des travaux complexes- et s'ils avaient révélé un écart significatif avec ceux de la branche AT-MP.

Tableau synoptique des bases de données citées par les études de la CNAMTS et de l'INCA

	Définition	Périmètre	Historique et disponibilité des données
SNIIR-AM (système national d'information Inter-régimes de l'assurance maladie)	Entrepôt de données établi à partir des informations détaillées de remboursements des caisses d'assurances maladie en relation avec les prestations servies aux assurés sociaux de ces caisses	Champ de prestations : soins de ville, des soins hospitaliers sanitaires et sociaux, publics et privés. Données détaillée par le codage affiné des actes techniques de la CCAM, du médicament, de la biologie et des dispositifs médicaux. Il est apparié aux données médicalisées des ALD par les codes CIM (Classification internationale des maladies)	2 ans+ année en cours
EPIB-AM (Echantillon permanent inter régime des bénéficiaires de l'assurance maladie)	Produit issu de l'entrepôt SNIIR-AM. L'EPIB est l'échantillon tous régimes des bénéficiaires au 1/100eme. Il a été créé en remplacement de l'EPAS, à la différence près que le tirage de l'échantillon est appliqué sur le n° du bénéficiaire et non sur l'assuré y compris ses ayant-droit	Idem à celui du SNIIRAM	10 ans
HIPPOCRATE	recueille les demandes d'ALD et les avis donnés des médecins conseils de l'assurance maladie. ces informations peuvent être actualisées (apparition d'une deuxième affection, aggravation de la première...). En cas de guérison, l'ALD30 peut être supprimée ; a contrario, en cas de rechute elle peut être rétablie.	Assurés exonérés de ticket modérateur au titre des ALD	Année en cours
PMSI (Programme de médicalisation des systèmes d'information)	le PMSI enregistre l'activité médicale des établissements de santé privés et publics	- Médecine-Chirurgie-Obstétrique (MCO) à l'exclusion de certains médicaments onéreux et des séjours de radiothérapie en clinique privée, activités externes, hospitalisation à domicile, urgences	Année en cours
CNS (Comptes nationaux de la santé)	Les comptes nationaux de la santé donnent une évaluation annuelle du montant total des soins et des biens médicaux consommés en France. Ils constituent un compte satellite de la comptabilité nationale	Les deux agrégats principaux sont : - la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM) qui comprend les soins ambulatoires et hospitaliers et, - la dépense courante de santé (DCS), qui comprend la CSBM plus les IJ, la prévention, les frais de gestions, la formation et la recherche	Année précédente. Historique depuis 1950
SAE (Statistique Annuelle des établissements)	Cette base contient des informations sur - les équipements et activités - les effectifs des personnels médicaux et paramédicaux	Etablissements de santé publics et privés	Année antépénultième

4- 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 et sont coût moyen associé retenus par la commission.

Pathologies professionnelles		Nombre de cas sous-déclarés	Coût moyen* annuel année 2006	Coût total de la sous-déclaration (millions d'€)
Principaux syndromes du tableau 57 : affections périarticulaires	Canal carpien	9 850	3 533	34,8
	Epaule enraide/douloureuse	10 478	7 475	78,3
	Tendinite du coude	5 937	3 999	23,7
	Tendinite de la main et des doigts	2 866	2 762	7,9
Cancers professionnels (cancers liés à l'amianté, benzène, goudron, bois...)		2,4 - 6 %**	-	232,1 - 607,4
Affections du rachis lombaire (tableaux 97 et 98)		-	-	-
Surdité (tableau 42)		-	-	-
Dermatoses allergiques et irritatives		7 472 - 10 872	1 873	14 - 20,4
Asthme		19 330 - 41 885	1 894	36,6 - 79,3
Broncho-pneumopathie chronique obstructive		25 456 - 38 206	2 044	52 - 78,1
Accidents du travail	Avec arrêt	38 000	1 959	74,4
	Sans arrêt	75 000	143	10,7
TOTAL				564,7 - 1 015,1

* Transversal ou longitudinal en fonction de l'utilisation de stock ou de flux de cas sous-déclarés.

** 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 déjà 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 dans une fourchette allant de 564,7 millions d'euros et 1,02 milliards d'euros, dont 52 à 78 millions relatifs à la sous-déclaration de la broncho-pneumopathie chronique obstructive.

4^{ème} partie :

Préconisations de la commission

Le contexte général de la question des AT-MP comporte, on l'a vu, deux facteurs importants d'évolution : d'une part, un regain d'attention à l'égard des problèmes de santé au travail dont témoignent par exemple les débats menés dans le cadre de la conférence nationale tripartite sur les conditions de travail ; d'autre part, l'évolution de la jurisprudence sur l'obligation de sécurité de résultat de l'employeur, qui tend à s'étendre aux différentes phases de la vie au travail et qui renforcera la nécessité des actions de prévention au sein des entreprises.

Cet arrière-plan étant connu, de même que la persistance à ce jour de certaines causes de la sous-déclaration et de la sous-reconnaissance, la commission a souhaité formuler -et parfois répéter- quelques recommandations particulières.

1 - Concernant la détection de la maladie professionnelle et de son origine

1-1 - Information des salariés et de leurs représentants

- faire en sorte que le « document unique »⁴² soit effectivement porté à la connaissance de chaque salarié et conservé par lui. Cette mesure faciliterait la traçabilité des expositions au long des carrières, les prises de conscience des salariés, le travail diagnostique des médecins et le travail de reconnaissance des caisses. Elle verrait son efficacité amplifiée si les documents uniques étaient toujours, comme le prévoit la réglementation, élaborés en des termes spécifiques à chaque unité de travail ;

- 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. Il conviendrait de faciliter la prescription des examens réalisés au titre de ce suivi, qui se heurte actuellement à une procédure peu incitative ;

⁴² Aux termes des articles L. 4121-3 et R. 4121-1 et suivants du code du travail, l'employeur doit, compte tenu de la nature des activités de l'établissement, évaluer les risques pour la santé et la sécurité des travailleurs, y compris dans le choix des procédés de fabrication, des équipements de travail, des substances ou préparations chimiques, dans l'aménagement ou le réaménagement des lieux de travail ou des installations et dans la définition des postes de travail. A cette fin, il transcrit et met à jour dans un document unique les résultats de l'évaluation des risques pour la santé et la sécurité des travailleurs.

Cette évaluation comporte un inventaire des risques identifiés dans chaque unité de travail de l'entreprise ou de l'établissement. Il doit être mis à jour au moins chaque année ou lors d'aménagement important modifiant les conditions de santé, de sécurité ou de travail.

Le document unique est tenu à la disposition notamment :

- du médecin du travail ;
- des membres du CHSCT, des délégués du personnel, des inspecteurs du travail et des agents de contrôle ;
- des agents des services de prévention des organismes de sécurité sociale (CRAM).

- améliorer la formation et l'information des délégués du personnel et des CHSCT sur les maladies professionnelles.

1-2 - Formation et information des médecins

- renforcer la formation sur les maladies professionnelles pendant les études médicales : la rendre plus substantielle, plus tardive dans le cursus (elle est peu utile quand elle est furtivement intervenue pendant les premières années). Insister particulièrement dans certaines spécialités (rhumatologie, pneumologie, dermatologie...) ;

- renforcer la part des maladies professionnelles dans la formation continue, notamment dans certaines spécialités (p.ex. allergologie et celles citées supra) ;

- inciter les sociétés savantes à approfondir leur travail de sensibilisation, à l'instar de celles qui sont déjà actives en la matière (notamment pneumologie). Ces sociétés bénéficient d'une audience et d'un impact spécifiques dans la profession ;

- inciter la HAS à investir cette problématique ;

- inciter à systématiser les investigations sur les expositions professionnelles dans certains services hospitaliers, notamment en cancérologie (l'hôpital de Nancy utilise par exemple une check list pour certains cancers).

2- La déclaration et la transmission des informations aux caisses

- systématiser la mise en place d'une aide à la déclaration de la maladie et d'un accompagnement des victimes. Certaines caisses ont entrepris une telle aide : la CPAM de Bobigny, par exemple, a mis en place un réseau d'aide comprenant associations de victimes, professionnels de santé et assistantes sociales pour les cancers. Lorsque le CMI est parvenu à la caisse, un agent de la caisse contacte l'assuré et lui explique la procédure à suivre. Il l'aide également à reconstituer sa carrière professionnelle afin de retrouver la trace des expositions ayant pu provoquer la maladie.

Cette mission d'aide à la déclaration et d'accompagnement des victimes pourrait être confiée à la caisse d'assurance maladie de la victime qui instruit le dossier. A défaut, elle pourrait être prise en charge par les caisses régionales d'assurance maladie (CRAM) qui ont déjà pour mission, en application de l'article L. 215-1 du CSS, de développer et de coordonner la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles et d'organiser le service social pour l'ensemble des CPAM de leur circonscription (article R. 262-11 du CSS).

- 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. Le dispositif de réparation forfaitaire des AT/MP est mis en avant comme l'une des causes plausibles de sous-déclaration des risques professionnels par les victimes et notamment pour les accidents de trajet ;

- étudier l'opportunité de donner enfin 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 ;

- étudier 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 ou d'aggravation par le travail ;

- traiter le problème de la carence systématique de l'information provenant des établissements de santé à destination des caisses. Dans l'attente de la facturation individuelle directe, dont la mise en place n'a pas à ce jour d'échéance certaine, rendre effectives les obligations existantes, en faire une des priorités du réseau des délégués de l'assurance maladie, améliorer la mise à la disposition des hôpitaux des informations détenues par les caisses en cas de MP déjà reconnue ; mettre à l'étude la possibilité de supprimer l'obligation de confirmation a priori par la caisse de la prise en charge en AT/MP lorsque la victime est déjà porteuse de documents rendant cette prise en charge plausible : cette obligation est une des causes probables de la non imputation en AT/MP par les hôpitaux.

3- La reconnaissance

- passer à un stade opérationnel dans la réduction des disparités de doctrine et/ou de résultats entre les CPAM et entre les CRRMP ;

- approfondir la formation et l'information des médecins-conseils dans le domaine des maladies professionnelles ;

- actualiser les tableaux des maladies professionnelles. Les travaux de la commission ont fait ressortir le 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 des données médicales et épidémiologiques récentes (cas des tableaux n° 90, 91 et 94 pour les BPCO, n°65 pour les lésions eczématoïdes de mécanisme allergique, des tableaux relatifs aux affections du rachis lombaire). D'autre part, il conviendra d'éliminer les ambiguïtés du tableau n°65. Les recommandations de la commission précédente relatives aux produits cancérogènes peuvent globalement être réitérées.

4- L'évaluation globale de la sous-déclaration et de la sous-reconnaissance

Le déroulement des travaux de la commission a montré que de lourdes insuffisances subsistaient dans les appareils de collecte de l'information, malgré le lent progrès des dispositifs épidémiologiques :

- l'enquête périodique de la DARES sur les conditions de travail reste le seul instrument susceptible d'approcher le nombre réel d'accidents du travail ; encore laisse-t-il subsister des incertitudes, dont certaines sont inévitables mais dont d'autres pourraient être réduites ;

- les coûts des différentes pathologies, composante indispensable au calcul de celui de la sous-déclaration mais également à bien d'autres objectifs des politiques publiques, restent insuffisamment connus. La précision des coûts attribués ex post par la CNAMTS aux MP reconnues, ainsi que leur articulation avec le coût des maladies prises en charge par la branche maladie, sont perfectibles. Sur un sujet aussi massif que les cancers, les estimations de coût varient au moins autant que l'évaluation des proportions de cas d'origine professionnelle, sujet pourtant traditionnellement disputé ;

- des domaines pathologiques concernant une forte population de salariés exposés et pouvant au demeurant coûter déjà fort cher à la branche AT/MP, comme les surdités ou les dorsalgies-lombalgie, sont particulièrement pauvres en études permettant d'en évaluer l'incidence réelle.

Indépendamment de la question des moyens à consacrer aux recherches sur ces thèmes, la commission a pu constater que des progrès restaient à faire pour assurer la coordination et la complémentarité entre spécialistes de l'épidémiologie, de la vigilance et la sécurité sociale.

5- Sujets de réflexion pour le plus long terme

- aptitude du dispositif actuel à faire évoluer ses critères de reconnaissance des maladies professionnelles. Depuis les préconisations des commissions précédentes, on n'a pu que constater les lenteurs propres aux procédures d'actualisation des tableaux. Si cette situation se prolongeait, il deviendrait légitime de s'interroger sur la bonne répartition des responsabilités en la matière. Il est vrai que les progrès ne sont pas favorisés, à l'heure actuelle, par l'incertitude qui pèse, aux yeux de certains partenaires sociaux, sur le caractère équilibré du résultat à attendre de la négociation (puisque négociation il y a pour l'actualisation des tableaux) ;

- la sous-déclaration par les victimes est un sujet de réflexion en soi, du fait de son importance de mieux en mieux mise en lumière et qui ne semble pas reculer. Une partie relève d'actions d'information et d'actions d'assistance. Une autre, cependant, traduit des réticences caractérisées qui, si elles engagent un libre arbitre qu'il n'est pas question d'enfreindre, posent une autre question : la victime doit-elle demeurer la seule source de déclaration, au risque notamment d'entraver le travail de vigilance et de prévention ? Question complexe, qui pourrait être mise à l'étude, en profitant par exemple du chantier relatif à la médecine du travail ;

- une réflexion spécifique pourrait également être consacrée à la problématique de la déclaration dans les petites et très petites entreprises, dont de nombreux indices montrent la spécificité.

ANNEXES

ANNEXE N°1

Le rôle du médecin du travail dans le code du travail

Aux termes des articles L. 4622-2 et L. 4622-3 du code du travail « *les services de santé au travail sont assurés par un ou plusieurs médecins qui prennent le nom de « médecins du travail »* ». Le rôle du médecin du travail est « *exclusivement préventif. Il consiste à éviter toute altération de la santé des travailleurs du fait de leur travail, notamment en surveillant les conditions d'hygiène au travail, les risques de contagion et leur état de santé* ».

- **La fonction de conseil du chef d'entreprise**

L'article R. 4623-1 : le médecin du travail (MT) est le conseiller de l'employeur, des travailleurs, des représentants du personnel et des services sociaux en ce qui concerne notamment :

- 1°) L'amélioration des conditions de vie et de travail dans l'entreprise ;
- 2°) L'adaptation des postes, des techniques et des rythmes de travail à la physiologie humaine ;
- 3°) La protection des salariés contre l'ensemble des nuisances, et notamment contre les risques d'accidents du travail ou d'utilisation des produits dangereux ;
- 4°) L'hygiène générale de l'établissement et dans les services de restauration ;
- 5°) La prévention et l'éducation sanitaires dans le cadre de l'établissement en rapport avec l'activité professionnelle ;
- 6°) La construction ou les aménagements nouveaux et les modifications apportées aux équipements ;
- 7°) La mise en place ou la modification de l'organisation du travail de nuit.

Afin d'exercer ces missions, le médecin du travail conduit des actions sur le milieu du travail et procède à des examens médicaux.

- **Actions sur le milieu du travail**

Art. D. 4624-33 : le MT établit chaque année, en fonction de l'état et des besoins de santé des salariés, un plan d'activité en milieu du travail. Ce plan porte sur les risques de l'établissement, les postes et les conditions de travail.

Art. D. 4624-37, D.4624-39 et 4624-40 : le MT établit et met à jour une fiche d'entreprise ou d'établissement sur laquelle figurent notamment les risques professionnels et les effectifs de salariés qui y sont exposés. Cette fiche est transmise à l'employeur. Elle est présentée au comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail. Elle est tenue à disposition de l'inspecteur du travail et du médecin inspecteur du travail. Elle peut être consultée par les agents des services de prévention des CRAM.

Art. R 4624-3 : le MT est associé à l'étude de toute nouvelle technique de production et à la formation de la sécurité et à celle des secouristes.

Ar. R.4624-4 : le MT est informé, afin d'éviter toute altération de la santé des salariés du fait de leur travail :
- de la nature et de la composition des produits utilisés ainsi que de leurs modalités d'emplois ;
- des résultats de toutes les mesures et analyses effectués dans les domaines visés à l'article R. 4623-1.

Art. R 4624-7 : le MT peut, aux frais de l'employeur, effectuer ou faire effectuer des prélèvements et des mesures aux fins d'analyse.

Il peut également faire procéder à des analyses ou mesures qu'il estime nécessaires par un organisme accrédité ou par un organisme agréé.

Art. D 4624-50 : le MT peut participer à toutes recherches, études et enquêtes, en particulier à caractère épidémiologique, entrant dans le cadre des missions.

- **Le temps de travail**

Art. R. 4624-2 : l'employeur prend toutes mesures pour permettre au médecin du travail de consacrer à ses missions en milieu de travail le tiers de son temps de travail.

• Les examens médicaux et le contrôle de l'aptitude

Art. R. 4624-10 : Le salarié bénéficie par le MT d'un examen médical avant l'embauche ou au plus tard avant l'expiration de la période d'essai.

Art. R 4624-16 et R.4624-18 : le salarié bénéficie d'examens périodiques, au moins tous les 24 mois, par le MT en vue de s'assurer du maintien de son aptitude médicale au poste de travail occupé.

Tout salarié bénéficie d'un examen médical à la demande de l'employeur ou à sa demande.

Art. R.4624-21 et R.4624-22 : le salarié bénéficie d'un examen de reprise de travail par le MT après une absence pour cause de maladie professionnelle, après un congé de maternité, après une absence d'au moins 8 jours pour cause d'accident du travail, après une absence d'au moins 21 jours pour cause de maladie ou d'accident non professionnel et en cas d'absences répétées pour raison de santé.

Cet examen a pour objet d'apprécier l'aptitude médicale du salarié à reprendre son ancien emploi, la nécessité d'une adaptation des conditions de travail ou d'une réadaptation du salarié ou éventuellement de l'une et de l'autre de ces mesures.

Cet examen a lieu lors de la reprise du travail et au plus tard dans un délai de 8 jours.

Art. R.4624-25 : le MT peut prescrire les examens complémentaires nécessaires :

- à la détermination de l'aptitude médicale au poste de travail et notamment au dépistage des affections comportant une contre-indication à ce poste de travail ;
- au dépistage des maladies à caractère professionnel ;
- au dépistage des maladies dangereuses pour l'entourage.

Art. L. 4624-1: le MT est habilité à proposer des mesures individuelles telles que mutations ou transformations de postes, justifiées par des considérations relatives notamment à l'âge, à la résistance physique ou à l'état de santé physique et mentale des travailleurs.

L'employeur est tenu de prendre en considération ces propositions et, en cas de refus, de faire connaître les motifs qui s'opposent à ce qu'il y soit donné de suite. En cas de difficulté ou de désaccord, l'employeur ou le salarié peut exercer un recours devant l'inspecteur du travail. Ce dernier prend sa décision après avis du médecin inspecteur du travail.

• La surveillance médicale renforcée (SMR)

Art. R. 4624-19 et R. 4624-20 : bénéficiant d'une surveillance médicale renforcée :

1°) les salariés affectés à certains travaux comportant des exigences ou des risques déterminés par les dispositions particulières intéressant certaines professions ou certains modes de travail ;

2°) les salariés qui viennent de changer de type d'activité ou d'entrer en France, pendant une période de 18 mois à compter de leur nouvelle affectation ;

3°) les travailleurs handicapés, les femmes enceintes, les mères dans les 6 mois qui suivent leur accouchement, les travailleurs âgés de moins de 18 mois.

Le médecin du travail est juge de la fréquence et de la nature des examens que comporte cette surveillance médicale renforcée.

Art. R..4624-17 : les examens périodiques pratiqués dans le cadre de la SMR sont renouvelés au moins une fois par an.

• Les documents médicaux

Art. D. 4624-46 : au moment de la visite d'embauche, le MT constitue un dossier médical qu'il ne peut communiquer qu'au médecin inspecteur du travail, ou, à la demande de l'intéressé au médecin de son choix. Ce dossier est complété après chaque examen médical ultérieur.

Art. D.4624-47 et D.4624-48 : à l'issue de chacun des examens médicaux prévus, le MT établit une fiche d'aptitude en double exemplaire.

Il en remet un exemplaire au salarié et transmet l'autre à l'employeur qui le conserve pour être présenté à tout moment, sur leur demande, à l'inspecteur du travail et au médecin inspecteur du travail.

Lorsque le salarié en fait la demande ou lorsqu'il quitte l'entreprise, le MT établit une fiche médicale en double exemplaire. Il en remet un exemplaire au salarié et conserve le second dans le dossier médical de l'intéressé.

ANNEXE N°2

---- **Les rapports sur la médecine du travail**

1°) Le rapport de M. Hervé GOSSELIN sur : « Aptitude et inaptitude médicale au travail : diagnostic et perspectives » de janvier 2007

Principales préconisations du rapport

Rôle du médecin du travail :

- redéfinir la consultation d'embauche qui devrait être centrée sur la détection des incompatibilités manifestes entre l'état de santé du salarié et le poste de travail ou l'emploi occupé et information du salarié sur les risques et les moyens de les prévenir ;
- clarifier le rôle du médecin du travail lors de l'embauche sur des postes à risques ;
- les visites médicales d'embauche des travailleurs précaires devraient être repensées : un service interentreprises local pourrait être mis en place pour assurer le suivi médical de ces catégories de travailleurs ;
- abandonner la constatation périodique de l'aptitude du salarié au profit d'un suivi médical mieux adapté afin d'assurer le suivi médical des populations qui en ont le plus besoin (dont les plus âgés) ;
- mettre en place une procédure d'alerte et assurer une plus grande marge de manœuvre au médecin pour ce qui est de la prévention des risques. Lorsqu'il constate que l'état de santé de plusieurs salariés est altéré pour les mêmes raisons, il pourrait adresser un courrier à l'employeur identifiant les problèmes et proposant des solutions. Ce dernier devrait répondre dans un délai de 2 mois. A défaut de réponse, il pourrait saisir l'inspection du travail ;
- accroître la contribution de la médecine du travail à la veille sanitaire et à l'épidémiologie ;
- développer les prérogatives du médecin du travail sur l'adaptation des postes de travail et le reclassement. L'inaptitude serait réservée à des cas très limités correspondant à une nécessité médicale impérative d'empêchement de poursuite de l'activité professionnelle au sein de l'entreprise.

Aménagements et nouveaux moyens :

Ces évolutions devraient s'accompagner d'aménagements juridiques et financiers en :

- fusionnant les régimes juridiques relatifs à la constatation de l'inaptitude d'origine professionnelle et non professionnelle ;
- révisant le régime de l'inaptitude pour les salariés en CDD ;
- simplifiant la procédure de constatation des inaptitudes : les deux visites médicales prévues par le code du travail sont inutiles ;
- mettant en place une procédure de contestation des avis du médecin du travail pour ce qui concerne ses conclusions sur l'adaptation du poste ;
- précisant l'étendue de l'obligation de reclassement de l'employeur.

2°) Le rapport « Le bilan de réforme de la médecine du travail » d'octobre 2007

Les préconisations du rapport

Le rapport préconise de faire de la prévention primaire le principe cardinal de la médecine du travail. A cette fin il formule différentes propositions :

1°) Mettre la prévention au centre de l'activité des services de santé au travail :

1-1- Donner une définition législative des missions des SST, centrée sur la prévention qui passe par la définition d'un projet préventif de santé au travail dans l'entreprise : l'élaboration d'une politique de santé au travail ne s'arrête pas au cadre national et régional et doit être déclinée dans l'entreprise.

1-2- Construire un projet préventif de santé au travail au niveau de l'entreprise :

- élaborer pour chaque entreprise un plan pluriannuel de santé au travail. Le document unique établi par l'employeur et la fiche d'entreprise élaborée par le MT doivent trouver un prolongement opérationnel direct dans l'action du service de santé au travail ;
- présenter au niveau de l'entreprise des priorités d'action en santé au travail et examiner leur mise en place appuyée sur des indicateurs d'activité, de moyens et d'impact pour mieux appréhender les actions préventives conduites ;
- adapter la fiche d'entreprise aux petites entreprises ;
- organiser le suivi des recommandations du médecin du travail : l'absence de véritable procédure de suivi de l'action en milieu du travail constitue un des obstacles majeurs à son efficacité. L'employeur serait tenu d'indiquer par écrit les suites données aux observations du médecin du travail et les réponses et recommandations communiquées au CHSCT (rejoint les propositions du rapport Gosselin).

1-3- Développer des modalités plus efficaces de protection de la santé des salariés

- transformer la procédure d'aptitude systématique en une procédure ciblée de prévention des inaptitudes : le rapport Gosselin a mis en avant les limites et les effets pervers de la procédure d'aptitude et proposé de supprimer son caractère systématique pour la résserver à des circonstances particulières : embauche, postes de sécurité, reprise du travail après un arrêt prolongé. La logique de l'aptitude doit être renversée pour déterminer les aménagements nécessaires afin de rendre un poste apte à être occupé par un salarié donné (la démarche de prévention des inaptitudes fondée sur l'adaptation des postes est fondamentale dans la perspective du vieillissement de la main d'œuvre) ;
- substituer à la surveillance médicale renforcée, qui mobilise d'importantes ressources pour des visites systématiques de routine dont l'efficacité préventive est pour le moins douteuse, une prestation renforcée de santé au travail à visée préventive avec des combinaisons diverses selon la nature du risque ;
- améliorer la traçabilité des expositions par la mise en place d'un dossier médical personnalisé du travail : la traçabilité des expositions aux risques et le suivi longitudinal des salariés ne peuvent aujourd'hui être assurés correctement, faute d'outils adaptés. Le développement de tels outils constitue une priorité, dans un contexte marqué par le développement des risques à effet différés et par l'accroissement de la mobilité professionnelle. Il conviendrait soit, de permettre au médecin du travail de renseigner le DMP du salarié sur les facteurs professionnels intéressant sa santé, soit de mettre en place un outil spécifique sous forme d'un dossier médical personnel du travail (DMPT).

2°) Se donner les moyens de la prévention : ressources humaines et recherche :

2-1- Assurer une ressource médicale à la hauteur des enjeux

- reconnaître la notion d'équipe pluridisciplinaire de santé au travail sous la responsabilité du MT avec possibilité de délégations de tâches aux infirmiers notamment ;
- former les médecins du travail au nouveau mode d'exercice de la santé au travail en adaptant leur formation initiale et continue aux nouvelles exigences de la santé au travail ;
- engager des mesures pour redresser la pénurie de médecins de travail en augmentant notamment le nombre de places ouvertes en médecine du travail aux épreuves classantes nationales (ECN) ;

2-2- Diversifier les compétences en santé au travail

- préciser les compétences pluridisciplinaires requises des services de santé au travail : le potentiel que

représente la pluridisciplinarité n'est aujourd'hui pas pleinement exploité faute de contenu concret donné à cet objectif. L'accréditation des services de santé au travail pourrait être subordonnée à leur capacité d'intervention dans au moins trois domaines complémentaires à la médecine du travail, déterminés en fonction des risques identifiés ;

- favoriser le développement de nouveaux métiers pour appuyer et compléter l'action du médecin du travail (ex. des infirmiers en santé au travail) et garantir les compétences des IPRP dans un cadre simplifié.

2-3- Elargir les connaissances et l'expertise en santé au travail

- en dotant les professionnels de santé au travail des références et des outils leur permettant de fonder leur pratique sur des bases scientifiques reconnues. La HAS et les agences de sécurité sanitaire pourraient définir avec la Société Française de Médecine du Travail, un programme de travail pluriannuel permettant de fonder un consensus scientifique sur les risques et les méthodes de prévention les plus efficaces. Les partenaires sociaux pourraient y être associés dans le cadre du CSPRP ;

- créer des pôles interrégionaux d'excellence en matière d'enseignement et de recherche.

3- Organiser la prévention pour remédier aux faiblesses du pilotage actuel

3-1- Mettre en place une instance de régulation au niveau régional

En confiant aux CRPRP créés par le décret du 10 mai 2007 une mission opérationnelle de régulation dont les missions seraient élargies à la structuration de l'offre régionale en matière de santé au travail (examen et délibération du schéma directeur régional de la santé au travail, accréditation des SST) et suivi des programmes pluriannuels de santé au travail dans l'entreprise.

3-2 -Développer des outils opérationnels de régulation

- transformer la procédure d'agrément en une procédure de cotation et d'accréditation des SST ;
- élaborer un schéma directeur régional des services de santé au travail (arrêté par le préfet et intégré dans le plan régional de santé au travail).

Ouvrir une période d'expérimentation encadrée d'une durée minimum de 2 ans.

3°) L'avis du Conseil Economique et Social sur « L'avenir de la médecine du travail » de février 2008

Principales préconisations de l'avis du Conseil Economique et Social sur « L'avenir de la médecine du travail » de février 2008

1°) Définir les missions des services de santé au travail et le rôle du médecin du travail

- *Une nouvelle disposition législative devrait prévoir* que ces services doivent veiller à la préservation de la santé des salariés tout au long de leur parcours professionnel, qu'ils mettent en œuvre des actions visant la prévention des risques sanitaires en milieu de travail par un suivi individuel des salariés et des actions collectives, et qu'ils soient composés de médecins du travail assistés d'infirmiers et d'intervenants en prévention des risques professionnels. Leur activité devrait être définie dans le cadre d'un plan national pluriannuel de santé au travail décliné au plan régional ;

- *Le médecin du travail devrait avoir un rôle renforcé au sein de cette organisation en :*

-veillant à assurer un équilibre entre le maintien d'une approche individuelle et le renforcement de l'action en milieu du travail ;

-modifiant les modalités de l'appréciation du maintien dans l'emploi en n'axant plus directement le suivi médical sur la délivrance d'un certificat d'aptitude qui se traduirait notamment par la remise au salarié d'une fiche de suivi médical récapitulant les expositions aux risques ;

- repensant le dispositif actuel des visites médicales qui nécessite d'être davantage orienté vers des actions cibles, demandées ou programmées (actions notamment cibles sur des populations prioritaires : salariés nécessitant une surveillance médicale renforcée ou dont l'état de santé nécessite un suivi spécifique) ;

-laissant une plus grande marge d'appréciation au médecin du travail pour adapter son action à la spécificité des situations et en garantissant une prise en compte de ses préconisations. Le CES propose une formulation systématique de ses recommandations, l'obligation pour l'employeur d'y répondre par écrit et leur consignation dans un registre pour garantir leur traçabilité. En cas de risques avérés ou de manquements graves susceptibles d'altérer la santé des travailleurs, le MT devrait avoir le devoir de saisir l'employeur puis l'ensemble des acteurs de la santé au travail.

2°) Mettre en adéquation le financement et la gouvernance

-adopter un mode de financement inspiré de celui de la mutualité sociale agricole ;

- mettre en place une nouvelle gouvernance : au niveau national elle pourrait être assurée par la CNAMTS et au niveau régional par les comités régionaux de la prévention des risques professionnels. L'agrément des services de santé au travail interentreprises régionaux nécessiterait d'être revu, une certification en amont de ces services pourrait être assurée par la Haute Autorité de Santé. Pour certains services autonomes de faible dimension, il serait pertinent de tendre vers une mutualisation au sein des services interentreprises.

3°) Créer un véritable réseau de la santé au travail

La santé au travail doit s'inscrire dans une démarche de réseaux de connaissances et de partenariats dans et hors de l'entreprise.

- Dans l'entreprise, il convient de développer une vraie pluridisciplinarité et de renforcer l'implication des partenaires sociaux via le CHSCT ;

- Hors de l'entreprise, les liens actuellement insuffisants entre la médecine du travail, la médecine de ville et hospitalière doivent être renforcés - une réflexion serait à engager quant aux moyens de favoriser les échanges entre les 2 volets de la médecine.

Un volet spécifique « expositions et risques professionnels » du dossier médical partagé (DMP) pourrait être mis en place, accessible à l'ensemble des médecins du travail tout au long du parcours professionnel. Son objet serait d'assurer la traçabilité des risques professionnels et de permettre des échanges sur les conditions d'emploi et de travail des salariés dans un souci de cohérence du suivi.

Les missions des différentes institutions œuvrant dans le champ de la prévention des risques professionnels nécessiteraient d'être clarifiées. Un système informatisé commun de recueils de données, renseigné par chacun des services de santé au travail et accessible à chacun d'eux pourrait être mis en place.

ANNEXE 3 :

Substances cancérogènes avérées (liste 1 du CIRC) ou probables (liste 2A du CIRC) et non reconnues dans les tableaux de MP, d'après l'étude de l'InVS sur les cancérogènes de février 2005 (à partir de la classification du CIRC)

Tableau 1 - Substances de la liste 1 du CIRC non reconnues dans les tableaux de MP

Aflatoxines, mélanges naturels
Béryllium et ses composés
Cadmium et ses composés
Composés du chrome hexavalent
Formaldéhyde
Gaz moutarde
Oxyde d'éthylène
Tétrachloro-2,3,7,8 dibenzo- <i>para</i> -dioxine
Mélanges
Huiles de schiste
Circonstances d'exposition
Aluminium (production d')
Brouillards d'acides minéraux forts contenant de l'acide sulfurique
Caoutchouc (industrie du)
Chaussures (fabrication et réparation)
Coke (production de)
Hématite
Isopropanol (fabrication de l') (procédé à l'acide fort)
Magenta
Peintres (exposition professionnelle)
Tabagisme passif

Source : InVS

Tableau 2 : Substances de la liste 2A du CIRC non reconnues dans les tableaux de MP

Acrylamide
Benz[a]anthracène
Benzo[a] pyrène
Bromure de vinyle
Butadiène-1,3
Captafol
Chlorure de diméthylcarbamoyle
Dibenz[a,h]anthracène
Dibromo-1,2 éthane
Diméthyl-1,2 hydrazine
Epichlorohydrine
Fluorure de vinyle
Glycidol
Méthanesulfonate de méthyle
Méthoxy-5 sporalène
N-Nitrosodiéthylamine
N-Nitrosodiméthylamine
Oxyde-7,8 de styrène
Sulfate de diéthyle
Sulfate de diméthyle
Toluènes 1-chlorés
Tétrachloroéthylène
Trichloroéthylène
Trichloro-1,2,3 propane
Mélanges
Biphényles polychlorés
Gaz d'échappement des moteurs diesel
Insecticides non arsenicaux (expositions professionnelles lors de l'épandage et de l'application)
Expositions professionnelles et autres
Coiffeurs et barbiers
Verrerie d'art, fabrication de verre creux et de verre moulé

Source : InVS

ANNEXE 4 :

LETTRE DE MISSION DU 30 JANVIER 2008



*Le Ministre du Travail,
des Relations Sociales et de la Solidarité*

*La Ministre de la Santé,
de la Jeunesse et des Sports*

Paris, le 30 JAN. 2008

Monsieur le Conseiller-maître,

Nous vous remercions d'avoir bien voulu accepter la présidence de la Commission prévue à l'article L 176-2 du code de la sécurité sociale.

Les problèmes de santé et de sécurité au travail ont fait l'objet ces dernières années d'un regain d'attention qui s'est notamment concrétisé par des avancées scientifiques et réglementaires permettant de mieux connaître et prévenir les risques professionnels. Ce souci s'est traduit notamment par l'actualisation d'un certain nombre de tableaux de maladies professionnelles, l'élaboration de nouveaux tableaux de ces maladies et l'accroissement en conséquence de manière sensible du nombre des maladies reconnues.

Malgré les améliorations enregistrées, les coûts induits par les risques professionnels demeurent toujours insuffisamment connus.

Les travaux de votre commission s'inscriront 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 par l'actualisation des tableaux).

Votre commission pourra également nous 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 des ministères du travail, des relations sociales et de la solidarité et de la santé, de la jeunesse et des sports (direction générale du travail, direction de l'animation de la recherche, des études et des statistiques, direction de la sécurité sociale, direction générale de la santé, direction de l'hospitalisation et 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 sur l'Agence Française de Sécurité Sanitaire de l'Environnement et du Travail (AFSSET) et l'Institut de Veille Sanitaire (InVS).

Monsieur Noël DIRICQ

Conseiller -Maître

Cour des Comptes

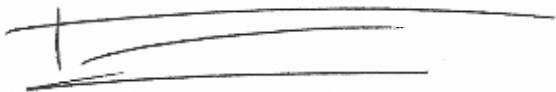
13, rue Cambon

75 100 – PARIS 01 SP

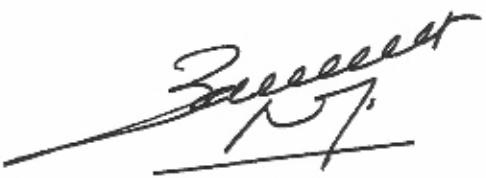
.../...

La commission devra remettre son rapport au plus tard le 15 juin 2008 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.

Nous vous prions d'agréer, Monsieur le Conseiller-maître, l'expression de nos sentiments les meilleurs.



Xavier BERTRAND



Roselyne BACHELOT-NARQUIN

ANNEXE 5 :

COMPOSITION DE LA COMMISSION

Composition de la Commission

Président de la Commission :

M. Noël DIRICQ : Conseiller Maître à la Cour des Comptes

Membres de la Commission :

-Désigné par le Président de la Société Française de Dermatologie : Monsieur le Professeur Gérard GUILLET

-Désigné par le Président de la Société Française de Pneumologie de Langue Française : Monsieur le Professeur Jean-Charles DALPHIN

- Désigné par le directeur général de l'Institut de Veille Sanitaire : Madame Le Docteur Ellen IMBERNON, responsable du Département Santé-Travail

- Désigné par la directrice de l'Agence française de sécurité sanitaire de l'environnement et du travail : Monsieur Gérard LASFGARGUES, chef du département expertises en santé-environnement-travail

- Désigné par la directrice de l'Institut de Recherches et de Documentation en Economie de la Santé : Madame le Docteur Catherine SERMET, directrice adjointe de l'IRDES

-Désigné par le Directeur général de la CNAMTS : Madame le Docteur Odile VANDENBERGHE, médecin conseil à la Direction des risques professionnels à la CNAMTS

- Désigné par le Directeur des relations du travail au ministère de l'emploi, de la cohésion sociale et du logement :

- Madame Monique LARCHE-MOCHEL, Chef de l'Inspection médicale du travail et de la main d'œuvre

- Madame Martine MILLOT, Inspectrice du travail

Membres invités :

- Au titre de la Direction de la Sécurité Sociale

Monsieur Jean-Luc IZARD, Sous-directeur de l'accès aux soins, des prestations familiales et des accidents du travail

Madame Aude de-VIVIES, Chef du bureau des accidents du travail et des maladies professionnelles

Madame Delphine LECOINTE, bureau des accidents du travail et des maladies professionnelles

- Au titre de la Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés

Monsieur Stéphane SEILLER, Directeur des risques professionnels

Monsieur Benoît ALLARD, Direction des risques professionnels

Rapporteurs :

-Madame Ada FOUGHALI, Direction de la Sécurité Sociale

-Madame Charlotte LESPAGNOL, Direction de la Sécurité Sociale

ANNEXE 6 :

OBSERVATIONS DES PARTENAIRES SOCIAUX

Annexe 6-1 :

Observations des partenaires sociaux sur la sous-déclaration et la sous-reconnaissance des risques professionnels

La commission a auditionné l'ensemble des partenaires sociaux aux fins de recueillir leurs observations sur les phénomènes de sous-déclaration et de sous-reconnaissance des risques professionnels.

Ils ont fait part des observations suivantes :

1° Le MEDEF

Le MEDEF indique préalablement qu'un certain nombre de préconisations de la précédente commission ont été mises en œuvre et que d'importantes mesures sont aussi intervenues dans le cadre de la COG (suivi post-professionnel des victimes de l'amiante, information des médecins traitants sur les AT/MP ...) dans le but de diminuer les phénomènes de sous-déclaration.

Il souligne en conséquence qu'il est opposé à une augmentation du transfert financier à la branche maladie car l'amélioration de l'indemnisation des victimes s'est par ailleurs accrue du fait de l'augmentation chaque année du nombre de MP indemnisées.

- Sur la sous-déclaration des AT/MP

Il précise que la sous-déclaration des AT/MP est présentée comme un phénomène couramment répandu alors que cette affirmation n'est pas prouvée et que les estimations faites ne reposent sur aucun élément fiable notamment pour ce qui est des fractions attribuables. Cet élément d'incertitude est mis en évidence par le rapport du CIRC, de l'Académie des Sciences et de l'Académie de Médecine sur le nombre de cancers professionnels en France qui diffère des données de l'InVS sur le sujet.

La responsabilité de la sous-déclaration des AT/MP est souvent imputée à l'intérêt financier pour les entreprises de dissimuler leur risque professionnel. Ce reproche est totalement injustifié car la déclaration, pour ce qui est des MP, incombe aux victimes et non à l'employeur. Ce dernier n'a, pour les AT, aucun intérêt à ne pas les déclarer car sa responsabilité est automatiquement engagée, le salarié peut par ailleurs toujours déclarer l'accident à la CPAM.

- Sur le phénomène de sous-reconnaissance

Le MEDEF fait valoir que la sous-reconnaissance ne relève pas des entreprises mais des CPAM qui instruisent les dossiers.

La réglementation et la jurisprudence ont par ailleurs évolué pour faciliter la prise en charge des risques professionnels (le système français repose sur une présomption d'imputabilité, prise en charge des maladies à caractère multifactoriel, création en 1993 du dispositif de reconnaissance complémentaire pour permettre une indemnisation des salariés qui ne répondent pas aux conditions des tableaux, abaissement de 66,66 % à 25 % du seuil permettant d'y recourir, réforme en 1999 des délais d'instruction des dossiers).

De plus, le manque d'information des salariés est en constante diminution, la sensibilisation du corps médical aux pathologies professionnelles est croissante.

L'argument sur le manque de mises à jour des tableaux de MP n'est pas recevable : chaque année de nouveaux tableaux sont publiés et d'anciens tableaux réformés. Ce travail est mené par la CMP du CSPRP en concertation avec l'ensemble des partenaires sociaux.

L'amélioration de l'information du corps médical et du public a contribué à améliorer le dépistage des MP qui peuvent se déclarer longtemps après les expositions (ex. suivi post-professionnel des personnes ayant été exposées à l'amiante). Les partenaires sociaux travaillent par ailleurs dans le cadre de la branche AT/MP sur la traçabilité des expositions professionnelles.

Le MEDEF est, compte tenu de ces éléments, opposé à tout nouveau transfert de charge. Les comptes déficitaires de la branche AT/MP doivent faire face au développement des fonds « amiante » (FIVA, FCAATA), aux mesures pour améliorer la prévention des risques professionnels et à celles négociées dans le cadre de l'accord du 12 mars 2007 sur l'amélioration de l'indemnisation des victimes.

2°) La CGPME

La CGPME souligne que la question du transfert de fonds de la branche AT/MP au profit de la branche maladie est une question délicate mais que plusieurs éléments nouveaux sont intervenus depuis 2005 dont il faudra tenir compte.

1°) Il s'agit d'abord de l'accord de 2006 sur la gouvernance de la branche. L'article 6 du protocole d'accord stipule qu'il est nécessaire de définir des mécanismes permettant de garantir une plus grande transparence et une visibilité des sommes prélevées sur la branche AT/MP et qui sont affectées à la branche maladie de la CNAMTS. Le soin de définir des critères et de proposer des outils lui permettant de prendre position sur ces transferts financiers est confié à la commission des AT/MP. Une réflexion est en cours au sein de la commission pour satisfaire à cette demande. Les partenaires sociaux sont donc attentifs aux transferts de fonds de la branche.

2°) Deuxième point non négligeable : le rapport du CIRC, de l'Académie des Sciences et de l'Académie Nationale de Médecine sur les causes du cancer en France qui estime le nombre de cancers professionnels en France à un niveau inférieur à ceux de l'InVS. Ces données nouvelles ont donné lieu à des débats entre experts (cf articles parus dans le cadre du Concours Médical en 2007). Il faut donc tirer les conséquences de ces données nouvelles.

3°) Les résultats de l'enquête SUMER sont contestables car fondés sur du volontariat et une expérience non avérée. Le CIRC s'en est aussi expliqué (risques non avérés ou surestimations de ces expositions dans cette enquête).

4°) Les établissements de santé : La CGPME se demande si les fonds de la branche AT/MP ne sont pas destinés à abonder le financement des hôpitaux. Il lui apparaît qu'un audit serait nécessaire pour examiner les problèmes rencontrés ;

5°) Autres points

La CGPME estime que les accidents de trajet n'ont rien à faire dans le champ des AT/MP.

Pour les maladies ubiquitaires, pour lesquelles il est difficile d'identifier la part professionnelle de la part extraprofessionnelle, elle souligne que la France se refuse à définir un dispositif prenant en compte ce problème (certains pays nordiques l'ont fait).

A propos de l'externalisation des risques, elle ne croit pas que les grandes entreprises externalisent les risques professionnels car l'externalisation vise à la recherche d'une plus grande rentabilité, la délocalisation serait dans ce cas recherchée.

Les structures de grandes dimensions disposent d'une culture et de moyens de prévention. Une plus grande efficience des outils de prévention est par contre à rechercher pour les PME.

A propos des disparités régionales existant dans la reconnaissance des risques AT/MP, elle souligne qu'il ne faut pas laisser aux médecins-conseils le choix de l'admission en MP.

3° L'UPA

L'UPA indique que la branche AT/MP subit, dans le cadre du transfert de charges au profit de l'assurance maladie ; des prélèvements constants sous le prétexte d'une sous-estimation des AT/MP sans que soient pris en compte les efforts mis en œuvre pour limiter ces phénomènes et sans qu'aucune étude sérieuse n'ait été faite sur cette problématique.

Elle est opposée à ce transfert au motif :

1°) qu'il s'inscrit en violation du principe fondamental de l'autonomie financière des branches posée par les ordonnances de 1967 et organisé par la loi du 25 juillet 1994.

Ce transfert met en péril l'efficacité du système de tarification des AT/MP en matière d'incitation à la prévention. La branche AT/MP reste marquée, plus que toute autre branche, par la technique dite de « l'assurance » se traduisant par une corrélation entre les contributions des entreprises et les risques qu'encourent leurs salariés. Cette corrélation s'inscrit dans un effort général de prévention et dans le but d'assurer l'équilibre financier de la branche. La branche AT/MP ne serait pas déficitaire si elle n'avait pas à assumer de tels transferts.

2°) qu'il ne tient pas compte des améliorations apportées au dispositif et qui réduisent d'autant le champ potentiel de la sous-déclaration :

- créations et modifications de tableaux des maladies professionnelles ;
- décret du 28 mars 2002 revoyant à la hausse le barème d'indemnisation des AT/MP générant une incapacité d'au moins 10 % ;

- décret du 24 décembre 2002 améliorant l'indemnisation des victimes d'AT/MP et de leurs ayants droit ;
- décret du 18 avril 2002 abaissant de 66,66 % à 25 % le seuil permettant de recourir au système de reconnaissance complémentaire.

Ces évolutions juridiques ont été doublées d'une plus grande sensibilisation du corps médical aux maladies professionnelles, ce qui a permis une augmentation importante du nombre de maladies professionnelles indemnisées.

L'UPA souhaite en conséquence que ce transfert soit supprimé pour que les partenaires sociaux puissent poursuivre les discussions en vue d'aboutir à une amélioration du dispositif. Elle rappelle les termes de 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 de l'accord proposent que ces montants soient fixés dans un cadre conventionnel sur la base de critères définis par la CATMP.

4°) La CGT

La CGT indique à propos des pratiques de sous-déclaration des risques professionnels qu'un certain nombre d'employeurs ne déclarent pas les AT et notamment les accidents bénins.

Une personne de l'entreprise accompagne le salarié victime de l'accident chez le professionnel de santé et règle les soins. L'entreprise s'exonère ainsi de la déclaration d'AT avec l'imprimé CERFA, ce qui contribue à une sous-déclaration puisque les indicateurs ne sont pas renseignés. Par ailleurs, en cas de rechute de la victime ou de soins complémentaires, ces derniers sont imputés sur l'assurance maladie puisque il y a toujours un refus de fournir l'imprimé CERFA pour la prise en charge des soins. Il n'y a, à aucun moment, une contribution de la branche AT/MP.

Des pressions sont par ailleurs exercées sur les salariés pour qu'ils ne déclarent pas l'AT ou la MP et des sanctions de plus en plus systématiques sont infligées aux victimes d'AT. Cette pratique engendre un climat de peur conduisant à ce que les victimes elles mêmes n'osent plus déclarer leur accident du travail.

La CGT estime qu'il est nécessaire que les pouvoirs publics agissent pour mettre fin à ces pratiques.

Elle souligne par ailleurs qu'il faut aller plus vite dans l'évaluation des cancers professionnels et entreprendre des actions pour supprimer les risques qui les engendent (formation, information, préparation des chantiers et travaux indiquant obligatoirement l'identification systématique des risques avant tous commencement de travaux, etc.). Les TMS constituent un autre fléau, leur ampleur en France est soulignée (cf rapport du professeur ROQUELAURE sur le sujet). Ils ont un impact économique pour la sécurité sociale.

Sur les risques psychosociaux des discussions sont en cours. Un mécanisme est lancé dont il faut attendre les suites.

Un certain nombre de professionnels de santé n'acceptent pas la feuille spéciale accidents du travail car il existe des problèmes de paiement de la facture par les CPAM - ainsi certains pharmaciens demandent la carte Vitale à la victime, les frais de médicaments sont ainsi comptabilisés à la branche maladie.

Le système de tarification actuel des AT/MP est compliqué. Il entraîne une dilution des responsabilités ; un temps de latence long (3 ans) existe entre la survenue de l'accident et ses incidences sur la tarification.

La question de la prévention relève davantage du médecin du travail et du CHSCT. Il faut former le personnel des entreprises sur les problèmes de santé au travail et améliorer le rôle et les moyens d'actions des CHSCT.

Le ministre du travail a proposé d'ouvrir une réflexion pour que les CHSCT puissent être implantés dans des zones d'emplois (ex. pour l'aéroport de Roissy, un CHSCT sur le site pour l'ensemble des salariés serait à créer).

Pour pallier la sous-déclaration des maladies professionnelles par les victimes, il faut créer un service d'accompagnement des victimes dans la déclaration de la maladie.

5°) La CFDT

La CFDT indique que par rapport à la précédente commission les causes de sous-déclaration des risques professionnels n'ont guère changé.

1°) pour les accidents du travail : elle souligne que des employeurs ne déclarent pas, notamment, les accidents les moins graves -cas des grandes entreprises qui font accompagner le salarié victime de l'accident chez les professionnels de santé et règlent les frais médicaux- il peut être aussi proposé au salarié de rester chez lui avec maintien du salaire. Un poste adapté peut aussi être proposé sans avis du médecin du travail et le salarié dans ce cas ne déclare pas l'accident.

Les raisons de cette non-déclaration par les grandes entreprises sont dues à leur réticence à afficher certains taux de sinistralité, moins pour éviter la sur-cotisation que de les voir figurer dans des indicateurs de responsabilité sociale ou de certaines notations.

Les grandes entreprises font également des bilans d'AT de leurs sous-traitants ce qui fait que ces derniers ont tendance à minorer leur nombre d'accidents. Elles prennent en compte pour leur futur marché la « performance » des sous-traitants en termes d'accidentabilité.

2°) Pour les maladies professionnelles : l'étude du CIRC sur les causes du cancer en France met en avant des nombres de cancers professionnels inférieurs à ceux de l'InVS. Cette étude pose problème notamment pour ce qui est du nombre de personnes exposées qu'elle prend en compte.

- le traitement des dossiers par les CPAM : elle souligne que les AT/MP ne sont pas la priorité N°1 des CPAM, qu'ils constituent souvent de petits services et qu'il n'y a pas en conséquence de structuration de la prise en charge des victimes. Ces éléments ont des incidences sur la reconnaissance des risques professionnels par les caisses.

Sur la contestation des décisions des caisses, l'échelon CRA lui apparaît inutile car il n'est pas suffisamment opérationnel et il ajoute à l'insécurité juridique.

Elle estime que les médecins-conseils ont des pratiques de reconnaissance des maladies différentes (les différences peuvent aller de 1 à 3 voire 4) qui font apparaître des problèmes de procédure et de transparence. Le taux d'IPP est par ailleurs fixé par le médecin-conseil de la

caisse sans prendre en compte le préjudice professionnel (à l'origine il était fixé par une commission ad hoc de la caisse).

Il n'existe également pas de pratiques homogènes des caisses pour les malades en fin de vie reconnus en maladies professionnelles. Certains médecins ne prennent pas l'initiative voire refusent de fixer une date de consolidation ce qui prive la victime du bénéfice de la rente à la fin de sa vie.

La faible réparation des victimes d'AT/MP tant en ce qui concerne les avantages en nature (prise en charge de certains frais médicaux, prothèses,...) que les avantages en espèces est aussi à souligner. De même, elle considère comme inadmissible l'application des franchises médicales aux victimes d'AT/MP.

- La sous-déclaration par les établissements de santé : certains établissements ne déclarent, au titre de la T2A, aucun AT/MP y compris pour leur propre personnel. Une lettre réseau de la CNAMTS a rappelé les hôpitaux à l'ordre. Une rectification de 200 M€a été faite à la branche AT/MP pour ces accidents et maladies professionnelles non pris en compte.

La tarification : 80 % des maladies se trouvent dans le dispositif de financement commun (il n'est pas possible d'attribuer la maladie à une entreprise précise). Il faudrait remettre, dans un code risque, la cause de la maladie pour la branche d'activité de manière à connaître la branche à l'origine de la maladie et dissocier les indicateurs de gestion des indicateurs de prévention. La cotisation des entreprises sous traitantes devrait en partie être prise en charge par les entreprises utilisatrices à l'instar de ce qui existe pour les intérimaires.

La branche AT/MP devrait aussi produire des indicateurs liés à la santé au travail (la CCMSA le fait).

Les troubles psychosociaux constituent un élément important de l'absentéisme au travail. Le rapport Legeron/Nasse mentionne à ce sujet que l'assurance maladie doit examiner ce qui peut être lié au travail. La CNAMTS ne met pas beaucoup de moyens pour identifier et mesurer les causes d'absentéisme médical ayant comme origine le travail et pris en charge par la branche maladie.

Sur le FCAATA, la CFDT partage analyse du rapport Le Garrec : l'Etat ne remplit pas sa part de responsabilité en matière financière de même que les entreprises concernées. Par ailleurs les conditions d'accès des personnes exposées sont trop limitées et doivent être étendues.

Elle estime également qu'il faut sensibiliser et former le corps médical aux risques professionnels mais qu'il n'est pas sûr que cela apportera des améliorations notables aux phénomènes de sous-déclaration. Les médecins n'ont pas toujours le temps pour interroger le patient sur son parcours professionnel ou sur son poste de travail pour faire un lien entre la maladie et le travail.

Sur les mécanismes d'actualisation des tableaux, elle estime que peu de choses ont changé. Il existe des querelles d'experts pour faire évoluer un tableau. Elle serait favorable à ce qu'une agence de l'Etat aide à engager des expertises.

Elle précise que le nouveau tableau sur le cadmium créé en décembre 2007 introduit un nouveau concept, le délai de latence de la maladie qui pose un réel problème limitant la présomption d'imputabilité. Le décret qui l'a créé a fait l'objet d'un recours de la part de l'ensemble des confédérations syndicales et de la FNATH devant le Conseil d'Etat pour cette raison.

6°) La CFTC

La CFTC indique qu'il existe des raisons structurelles profondes aux phénomènes de sous-déclaration des risques professionnels et que les mesures prises par les pouvoirs publics pour y remédier ne sont pas dénuées d'impact.

-*Pour les accidents du travail* : elle souligne que des pressions de l'employeur peuvent être exercées sur le salarié -la non déclaration concerne plutôt des accidents bénins- et qu'il y a moins de sous-déclaration dans les grandes entreprises que dans les PME.

-*Pour les maladies professionnelles le problème est plus complexe :*

La formation des médecins sur la connaissance des maladies professionnelles est insuffisante. Si la durée de la maladie est courte, le médecin du travail n'est pas informé de la maladie, et la relation avec le travail n'est ainsi pas faite.

Le médecin spécialiste peut identifier la pathologie ; cependant, si elle peut avoir des causes multifactorielles et qu'il n'interroge pas le malade sur le métier exercé, il ne l'identifiera pas comme pouvant être d'origine maladie professionnelle.

Pour les personnes âgées (ayant été exposées, par ex., à l'amiante), elles ne rentrent pas dans le dispositif de déclaration car ne elles font pas le lien entre leur exposition professionnelle passée et la maladie, elles ne connaissent par ailleurs pas forcément les produits auxquels elles ont été exposés, il n'existe en outre pas de trace des parcours professionnels et des expositions.

La déclaration de la maladie n'est ainsi pas faite pour les risques différés ou lorsque la personne est éloignée du monde du travail. Lorsque la maladie est identifiée comment ayant une origine professionnelle, la victime est réticente à la déclarer en raison de la complexité de la démarche de déclaration et du manque d'information.

Sur la connaissance des expositions par le salarié, la CFTC précise que celui-ci n'a pas d'accès direct au document unique d'évaluation des risques (accès par les représentants du personnel).

La fiche d'entreprise établie par le médecin du travail n'est également pas accessible au salarié (elle l'est pour les représentants du personnel).

La connaissance des expositions par le salarié est un élément de prévention, il est nécessaire de disposer d'une traçabilité des expositions pour que les médecins identifient mieux les pathologies. La connaissance des effets différés par rapport aux expositions aux risques est fondamentale.

Une information plus importante sur les risques est faite pour les personnels des grandes entreprises où existe un CHSCT.

Pour les TPE/PME où il n'existe pas de représentants des salariés, la directive de 1989 n'est que très peu souvent appliquée.

Les TPE n'ont pas de compétence en matière d'information des salariés, elles s'adressent au médecin du travail, mais celui-ci n'a pas les moyens de conduire des actions d'information auprès des salariés compte tenu des tâches qu'il doit assumer, ni l'autorisation de rentrer dans une telle démarche de prévention.

La CFTC estime, à propos des campagnes d'information conduites par les pouvoirs publics, sur les TMS par ex., qu'elles ne sont pas au même niveau que celles menées sur l'hygiène de vie ou les attitudes comportementales car les problèmes de santé au travail sont différents des problèmes de santé environnementaux. Le PST et la conférence sur les conditions de travail entendent diminuer le nombre des TMS. Les causes réelles des TMS résident dans l'organisation du travail (par ex., pour les caissières des grandes surfaces, la diminution des troubles est liée à la mise en place de caisses adaptées). Des études pour essayer de limiter les gestes répétitifs et pour rechercher des adaptations des postes de travail sont possibles pour les grandes entreprises mais elles le sont beaucoup moins pour les petites entreprises.

Elle souligne que le système de recueil des informations par les CPAM sur les accidents n'est pas adapté. Elles ne connaissent ainsi pas suffisamment les circonstances de l'accident, de même que l'identification des accidents et maladies (par ex., si une machine est en cause dans l'accident, le type de machine n'est pas identifié ; cette identification permettrait de conduire, le cas échéant, des actions de prévention). Le secteur du bâtiment est celui qui connaît le plus d'accidents, les raisons des accidents ne sont pas connues avec suffisamment de précision pour une prévention efficace au niveau de la branche professionnelle. Les intérimaires, les sous-traitants et les situations de co-traitances posent trop souvent le problème de l'identification de l'entreprise à qui la responsabilité de l'accident ou de la maladie professionnelle doit être attribuée (employeur ? donneur d'ordre ? maître d'ouvrage ? maître d'œuvre ?) - ce qui conduit souvent à la déclaration complexe, dont le suivi peut s'avérer difficile.

Il existe en outre peu de données sur les accidents déclarés, des données existent sur les accidents reconnus.

Il existe par ailleurs des écarts de taux reconnaissance selon les CPAM (variations de 17 à 85 % selon les caisses). Les motifs de rejets des demandes par les caisses ne sont pas suffisamment explicités.

La CFTC estime que la prise en charge des accidents de trajet doit incomber à l'entreprise car celle-ci est maître de son lieu d'implantation et qu'elle doit prendre en compte les moyens du salarié pour se rendre sur son lieu de travail. Il ne lui apparaîtrait pas choquant que des taux de tarification différents soient institués pour les 3 risques (trajet, AT, maladie). Le système actuel doit être amélioré dans sa gestion, dans les outils de prévention qui y sont attachés, mais il doit être maintenu.

7°) **FO**

FO souligne préalablement que la problématique de la santé au travail commence à être prise en compte par les acteurs patronaux et qu'il existe également une volonté du gouvernement de s'emparer du sujet « conditions de travail ».

Elle précise que la sinistralité n'a pas beaucoup bougé : le secteur ou les accidents sont les plus nombreux demeure toujours le bâtiment. Un gros problème persiste pour les travailleurs intérimaires et précaires dans la prise en compte de la santé au travail. La situation est toutefois différente entre les grandes et les petites et moyennes entreprises.

Sur les problèmes de stress, elle souligne que les négociations actuelles se heurtent notamment aux facteurs plurifactoriels, qu'il n'existe pas de tableau prenant en compte ces risques et que les représentants patronaux n'entendent pas faire de lien entre ces risques et les pratiques de

management. Des entreprises commencent néanmoins à faire des études pour prendre en compte ces risques au sein de l'entreprise.

S'agissant de la sous-déclaration de ces risques, FO indique qu'elle a toujours fait la distinction entre les AT et les MP.

Pour les MP, il revient au salarié d'en faire la déclaration, le médecin soigne le malade mais ne fait pas toujours le lien avec la profession exercée. Si le lien est fait, la reconnaissance de la maladie comme maladie professionnelle relève du parcours du combattant (problème notamment avec les causes multifactorielles).

Pour les AT, il existe plus de tentatives de dissimulation au vu des conséquences financières sur les cotisations d'AT/MP (pas d'élément chiffré sur le sujet).

FO relève que certaines entreprises instituent des primes de « non-accidents du travail », une pratique qui est en augmentation et qui gagne en légitimité auprès des salariés qui préfèrent ne pas déclarer l'accident pour pouvoir percevoir la prime. Ce système est dangereux.

FO propose pour lutter contre la sous-déclaration :

- de réformer la médecine du travail en lui donnant plus de moyens (pénurie de médecins du travail, il faudrait augmenter leur nombre), en assurant une plus grande indépendance au médecin du travail de manière notamment à ce qu'il puisse mettre le salarié en confiance pour qu'il fasse la déclaration de la MP. Elle est en désaccord avec le rapport du CES sur la médecine du travail. En effet, si le salarié demande à voir le médecin du travail (MT), l'employeur le saura. Il faudrait maintenir la visite obligatoire et la visite d'embauche avec la possibilité pour le salarié de rencontrer le MT en dehors de ses heures de travail ;
- de mieux former le corps médical aux maladies professionnelles ;
- de mieux suivre les évolutions épidémiologiques : ex., si un nombre anormal de cancers apparaît dans une zone géographique donnée, il conviendrait de s'y intéresser et d'en rechercher les causes ;
- d'assurer un meilleur suivi médical des populations écartées du monde du travail (chômeurs, retraités).

Elle relève que les études sur la dangerosité de certaines substances font défaut (ex. sur les matières ayant remplacé l'amiante dont les mousses).

Sur la traçabilité des expositions, FO estime que c'est une arme à double tranchant qui peut induire des effets néfastes pour les personnes à la recherche d'un emploi (les employeurs risquant de demander au salarié le document d'exposition aux risques pour l'embaucher).

8°) La CFE/CGC

La CFE/CGC estime que les problèmes de sous-déclaration et de sous-reconnaissances des risques professionnels prennent d'autres dimensions avec notamment les négociations en cours sur l'amélioration des conditions de travail.

Les hôpitaux ne déclarent pas les AT/MP ; si des corrections comptables sont faites, elles n'inciteront pas à la déclaration.

Les médecins ne déclarent pas les MP car ils ne connaissent pas suffisamment les maladies professionnelles.

Elle souligne que les indemnisations en droit commun sont beaucoup plus favorables que celles des AT/MP. C'est le cas pour les accidents de trajet (les assureurs assurent une réparation intégrale des dommages subis). Le dispositif d'invalidité ouvert dans le cadre de l'assurance maladie (notamment invalidité de 2^{ème} et 3^{ème} catégories) est plus avantageux que le système de réparation des AT/MP (rentes notamment).

Le stress pourrait être reconnu comme MP.

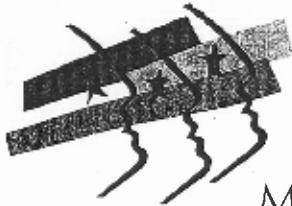
Le système des AT/MP n'apparaît plus adapté à la vie actuelle. Le système de reconnaissance des MP par les tableaux et les C2RMP sont trop rigides. Elle précise que le nouveau tableau sur le cadmium créé en décembre 2007 a ajouté un délai d'apparition de la maladie ; le décret a fait l'objet d'un recours de la FNATH devant le Conseil d'Etat.

Les tableaux sur les lombalgies ont mis 10 ans pour être créés. Les partenaires sociaux décident des pathologies à indemniser dans le cadre de ces tableaux ; d'où une démission de l'Etat dans son rôle régional.

Elle estime que l'amélioration des indemnisations et la diminution du nombre des risques professionnels passent par une « judiciarisation » des procédures (à l'instar des pays anglo-saxons).

Annexe 6-2 :

Courriers transmis par les partenaires sociaux



Mouvement
des Entreprises de France
MEDEF

COMMISSION PROTECTION SOCIALE

EJ/YC - n° 11.288

M. Noël Diricq
Conseiller maître à la Cour des comptes
Cour des comptes
13, rue Cambon
75100 Paris cedex 01

Paris le 26 mai 2008

Cher Monsieur,

Je vous remercie pour l'entretien que vous nous avez accordé le vendredi 16 mai 2008 et de la qualité des échanges que nous avons eus.

Comme convenu, veuillez trouver ci-joint une note qui reprend la position du MEDEF telle que nous vous l'avons exposée.

Je reste à votre disposition pour vous apporter toutes précisions et éléments d'information sur notre position et vous prie de croire, Monsieur le Rapporteur, à l'assurance de ma meilleure considération.

Véronique Cazals
Directeur de la Protection Sociale

Copie : Mme Ada Foughali – Direction de la Sécurité sociale, 2^{ème} sous-direction

Le 26 mai 2008

**Rapport de la commission instituée par l'article
L.176-2 du Code de la sécurité sociale de juin 2005
La sous-déclaration des AT/MP**

**Position du MEDEF sur le rapport de la commission instituée par l'article L.176-2 du
Code de la sécurité sociale de juin 2005**

A titre liminaire, il convient d'indiquer que les préconisations émises par la commission instituée par l'article L.176-2 du Code de la sécurité sociale de juin 2005 (p.31 et suivantes du rapport) dans le but de diminuer le phénomène de sous-déclaration ont été suivies d'application.

En outre, d'importantes mesures ont été mises en œuvre dans le cadre de la convention d'objectifs et de gestion pour la branche AT/MP pour 2004/2006 :

- professionnalisation des gestionnaires, agents enquêteurs, référents AT/MP, gestionnaires de l'incapacité permanente,
- suivi post-professionnel des victimes de l'amiante,
- amélioration des connaissances médico-administratives des médecins traitants en matière de MP.

• ***S'agissant de l'augmentation du transfert financier de la branche AT/MP à la branche maladie***

Le MEDEF est opposé à une augmentation de ce transfert alors que l'amélioration de l'indemnisation des victimes se développe au cours des années (le nombre de maladies professionnelles reconnues s'est accru d'années en années, passant de 28531 en 2002 à 33073 en 2004. Source DGT « bilan des conditions de travail 2006 » et que l'évaluation faite dans le rapport repose sur de simples présomptions et non sur des données scientifiques validées).

• ***S'agissant du phénomène de sous-déclaration***

La sous-déclaration des accidents du travail et des maladies professionnelles est présentée comme un phénomène couramment répandu, sans que cette affirmation ne soit scientifiquement prouvée ni statistiquement démontrée. Seules des estimations ont été avancées ne reposant sur aucun élément fiable, les critères les plus souvent utilisés étant sources d'interprétations et de contestations.

En effet, une majorité des études se fonde sur des calculs théoriques basés sur les « fractions de risque attribuable » qui elle-même dépend de deux facteurs : le « risque relatif de la maladie » et la « proportion de personnes exposées ». Or, ces notions sont sources d'interprétations et de contestations, y compris au sein du corps scientifiques et médicales.

Cet élément d'incertitude a été bien mis en évidence par la publication en 2007 du rapport du Centre International de Recherche sur le Cancer, de l'Académie des Sciences et de l'Académie de médecine, qui a estimé le nombre total de cancers attribuables à des facteurs professionnels en France, pour l'année 2000, à 4013 chez les hommes (soit 2,5% de tous les cancers de l'homme) et 314 cas chez la femme (soit 0,3% de l'ensemble des cancers féminins). On est donc bien loin des éléments fournis par l'InVS lors du précédent rapport de la commission instituée par l'article L.176-2 du Code de la sécurité sociale où les facteurs professionnels étaient estimés expliquer 10% des cancers de l'homme, soit 16 100 cas annuels (les cancers féminins n'avaient pas été estimés).

Aux termes de ce rapport, on a pu constater :

- que l'on ne peut pas comparer le nombre actuel d'AT ou de MP pris en charge avec un nombre virtuel d'affections tirées d'études épidémiologiques, par la méthode de la « fraction du risque attribuable »,
- qu'il est plus sage de revenir à une méthodologie basée sur l'actuel système de réparation et donc qu'il convient d'examiner les différents facteurs d'écart mis en évidence dans les précédents rapports et leur évolution,
- que ces écarts entre les MP reconnues et le nombre de MP qui devraient l'être a tendance à diminuer car des progrès ont été accomplis sur l'ensemble des facteurs d'écart individualisés.

- ***S'agissant de la responsabilité de la sous-déclaration des maladies professionnelles et des accidents du travail***

Cette responsabilité est souvent imputée, de façon simpliste, à l'intérêt financier pour les entreprises de dissimuler leur risque professionnel.

Or, ce reproche est totalement injustifié car la France a un système très réglementé et contrôlé. De plus, la déclaration d'une maladie professionnelle n'incombe pas à l'employeur, mais au salarié : en effet, matière de maladies professionnelles, l'employeur n'a pas de rôle à jouer dans la procédure de déclaration qui relève totalement de l'initiative du salarié dès lors que son médecin traitant a fait le constat de l'existence d'une maladie professionnelle. Tout docteur en médecine constatant qu'une maladie a un lien avec une activité professionnelle a une obligation de la déclarer soit en « maladie professionnelle » soit en « maladie à caractère professionnel ».

Concernant les hypothèses de sous-déclaration en matière d'accidents du travail, nous ne pouvons pas penser qu'il persiste une sous-déclaration des accidents du travail et ce, alors même que le traitement médical du salarié est pris en charge dans des services médicaux spécialisés et habitués à traiter les accidents du travail.

En outre, si l'employeur n'a procédé à la déclaration d'un accident du travail, le salarié peut toujours déclarer son accident directement à la Caisse Primaire d'Assurance Maladie.

Il semble que, si un phénomène de sous déclaration existe, il ne concerne que les accidents bénins, aucun employeur n'ayant intérêt à prendre le risque de ne pas déclarer un accident dès lors que sa responsabilité est automatiquement engagée.

- *S'agissant du phénomène de la sous-reconnaissance*

Cette dernière ne peut relever de l'entreprise puisque ce sont les Caisses Primaires d'Assurance Maladie qui instruisent les dossiers.

Surtout, la réglementation ainsi que la jurisprudence ne cessent d'évoluer pour faciliter la prise en charge des accidents du travail et des maladies professionnelles :

- le système français repose sur le principe d'une présomption d'imputabilité au bénéfice des salariés. S'agissant des maladies professionnelles, ce système prend en charge des maladies à caractère multifactoriel,
- en 1993, le système des comités régionaux de reconnaissance des maladies professionnelles (CRRMP) a été créé afin de permettre aux salariés de bénéficier d'une réparation professionnelle pour des maladies ne remplissant pas les conditions des « tableaux ». Le nombre de dossier traités par ces CRRMP ne cesse d'augmenter (Progression de 13% en moyenne du nombre de dossiers traités depuis 2000, soit un doublement du nombre de dossiers en 6 ans pour l'alinéa 3. de l'article L.461-1 du Code de la sécurité sociale –reconnaissance par tableau lorsqu'une condition n'est pas remplie- En ce qui concerne l'alinéa 4 –reconnaissance sur expertise individuelle-, le nombre de dossiers a été multiplié par 3,5 entre 2000 et 2006. (Source CNAMETS 2007)
- le seuil d'incapacité à partir duquel une maladie absente des tableaux peut être reconnue d'origine professionnelle a été abaissé de 66,66% à 25%,
- enfin, en 1999, une grande réforme de la procédure d'instruction des dossiers d'AT/MP a fixé des délais réglementaires pour accélérer cette procédure.

- *S'agissant du manque d'information des salariés (préconisation I-2 de la 4^{ème} partie du rapport)*

Ce problème est en constante diminution, sous l'effet des nombreuses campagnes d'information réalisées par divers organismes (comme l'Institut national du cancer ou la Ligue nationale contre le cancer), les associations (telle que les associations de victimes), le gouvernement et les médias (récente campagne sur les TMS) et le réseau de l'Assurance Maladie.

- *S'agissant du manque d'information du corps médical (préconisation I-1 de la 4^{ème} partie du rapport)*

La sensibilisation du corps médical aux pathologies professionnelles ou susceptibles d'être liées à des expositions professionnelles est croissante : en plus des éléments destinés à l'information du grand public, les publications traitant de ces thèmes et destinées au corps médical sont en effet de plus en plus nombreuses.

- *S'agissant d'un hypothétique manque de mise à jour des tableaux de maladies professionnelles (préconisation 1-3-1 de la 4^{ème} partie du rapport)*

Cet argument n'est pas recevable lorsqu'on constate que, chaque année, de nouveaux tableaux sont publiés, ou d'anciens tableaux remaniés, dans le but de permettre une prise en charge avec présomption d'origine professionnelle de maladies de plus en plus nombreuses.

Ce travail est conduit en amont par la Commission n° 4 « Maladies professionnelles » du Conseil supérieur de la prévention des risques professionnels du Ministère du travail, en concertation avec les partenaires sociaux, représentants des salariés et des entreprises ainsi que des experts sur les maladies professionnelles.

Il vient ainsi d'être publié un tableau permettant (pour certaines expositions au cadmium) la prise en charge des cancers broncho-pulmonaires. De plus, un tableau permettant la prise en charge des cancers du nasopharynx après exposition au Formaldéhyde est en cours de publication.

- *S'agissant des problèmes de dépistage des maladies professionnelles longtemps après les expositions, voire pendant la retraite (préconisation 1-3-3 de la 4^{ème} partie du rapport)*

Il semble que l'amélioration des informations à la fois du corps médical et du public ait contribué à diminuer ce phénomène.

De nombreuses enquêtes ont été menées auprès des anciens salariés, dans diverses régions de France afin de répertorier leurs expositions passées à l'amiante. Ces enquêtes ont de toute évidence contribué à diminuer ce facteur de sous déclaration.

Par ailleurs, les partenaires sociaux dans le cadre de la branche AT/MP de la CNAMETS travaillent actuellement sur la traçabilité des expositions professionnelles dans le but de régler le problème de suivi des salariés retraités ayant été exposés à des agents particulièrement nocifs (préconisation 2-1 de la 4^{ème} partie du rapport).

La conséquence de l'ensemble de ces améliorations est l'augmentation régulière du nombre de maladies professionnelles reconnues.

Comme l'a rappelé le dernier « Bilan annuel des conditions de travail » (Bilan 2006, CSPRP, DGT) « l'augmentation du nombre de pathologies reconnues est pour l'essentiel la conséquence d'une meilleure reconnaissance juridique des droits des travailleurs. Ces chiffres ne reflètent donc pas mécaniquement une dégradation de la santé au travail ».

Cette évolution traduit en effet à la fois une amélioration des conditions juridiques de la reconnaissance des ces maladies (réouverture des droits pour les salariés ayant été exposés à l'amiante, création continue de nouveaux tableaux) ainsi qu'une meilleure sensibilisation du corps médical et de l'ensemble de la population aux « risques professionnels » et à l'origine potentiellement professionnelle, en tout ou partie, de certaines pathologies des salariés.

Position du MEDEF sur le transfert supplémentaire de 200 millions d'euros

Le MEDEF est radicalement opposé à ce nouveau transfert qui vient s'ajouter au transfert de la commission instituée par l'article L.176-2 du Code de la sécurité sociale de 410 millions d'euros qui prend déjà en compte l'ensemble des prestations prises en charge par la branche

maladie et qui relèveraient de la branche AT/MP. En outre, il n'existe aucune certitude sur ces difficultés et aucun chiffrage précis.

Les comptes déficitaires de la branche AT/MP de la CNAMTS doivent faire face au développement des fonds « amiante » (FIVA, FCAATA) et aux mesures pour améliorer la prévention des risques professionnels, ainsi que celles négociées dans le cadre de l'accord national interprofessionnel du 12 mars 2007 sur l'amélioration de l'indemnisation des victimes d'accidents de travail et de maladies professionnelles.

&&&&&



PB/HS/08.355

Paris, le 6 mai 2008

**OBJET : POSITION DE L'UPA CONCERNANT LE TRANSFERT PREVU PAR L'ARTICLE L.176-2
DU CODE DE LA SECURITE SOCIALE**
**SOUS DECLARATION DES AT-MP –COMMISSION DIRIQ
AUDITION DE L'UPA – LE 13 MAI 2008**

I - RAPPEL 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 2002, présidée par Madame Lévy-Rosenwald, Conseiller maître à la Cour des comptes. Elle a alors permis au législateur de fixer pour 2003, 2004 puis 2005, à 330 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.

Cette Commission a été amenée à statuer à nouveau sur ce transfert en 2005, sous la Présidence de Monsieur Noël DIRIQ permettant au législateur de fixer le montant du transfert à 410 millions d'euros en 2007, soit près de 100 millions d'euros de plus qu'en 2006.

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 aller jusqu'au bout de cette problématique.

Elle est donc opposée à ce transfert pour deux raisons :

1 – CE TRANFERT S'INSCRIT EN VIOLATION DU PRINCIPE FONDAMENTAL DE L'AUTONOMIE FINANCIERE DES BRANCHES POSE PAR LES ORDONNANCES DE 1967 ET ORGANISE PAR LA LOI DU 25 JUILLET 1994 :

En effet, par ce transfert fixé arbitrairement et systématiquement dans chaque loi de financement de la Sécurité sociale, depuis 1996, ce principe est régulièrement mis à mal par les pouvoirs publics, mettant 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 APPORTEES AU DISPOSITIF ET QUI DE FAIT, REDUISENT D'AUTANT LE CHAMP POTENTIEL DE LA SOUS DECLARATION :

La dernière évaluation du transfert prévu par l'article L.176-2, à la branche maladie, date de 2002. Depuis, plusieurs tableaux de maladies professionnelles ont vu le jour (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 silicie 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,...

En outre, 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.

III - PROPOSITION DE L'UPA :

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 du protocole d'accord signé par les partenaires sociaux le 5 avril 2006 relatif à la gouvernance de la branche AT-MP, prévoit à cet effet, dans son article 6, 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.



Montreuil, le 27 juin 2008

Ministère du travail, des relations sociales et de la solidarité

Sous-Direction de l'accès aux soins, des prestations familiales et des accidents du travail

Bureau des accidents du travail et des maladies professionnelles (2C)

Monsieur Noël DIRICQ

Conseiller Maître à la Cour des Comptes

14, avenue Duquesne

75350 PARIS SP 07

Espace revendicatif

Activité : Travail-Santé

N/Réf. : JFN/dv

01 48 18 84 51/50

E-mail : travail-sante@cgt.fr

Objet : « Analyses et propositions de la CGT concernant la sous déclaration des Accidents du Travail et la non reconnaissance des Maladies Professionnelles ».

Monsieur Diricq,

Vous trouverez dans cette note de travail quelques éléments d'analyse et des propositions que notre organisation juge susceptibles d'intérêts.

Mais avant, nous tenons à vous remercier de votre écoute et de l'attention que vous avez jugée utile de porter à nos propos, lors de notre rencontre.

La bataille pour la déclaration des Accidents du Travail et la reconnaissance des Maladies Professionnelles est un des déterminants de notre démarche revendicative.

Nous analysons que la sous déclaration massive des AT et la non reconnaissance des MP participent à ce qu'il est communément appelé, la mise en invisibilité du travail réel.

Une invisibilité pouvant apparaître comme anecdotique, devant les peines, la souffrance des victimes du « mal travail ».

Cependant, nous formulons l'hypothèse, que ces pratiques relèvent d'une stratégie pensée, organisée, visant bien sûr des économies avec la non facturation de la réparation dans les comptes des entreprises et le transfert des coûts de la réparation sur la solidarité nationale via l'assurance maladie. Plus encore, cette démarche sous tend que tout est maîtrisé sur le front du travail, et par là même empêche tout débat sur le nécessaire renversement dans les modes d'organisation du travail portée par une dynamique de prévention.

Nous n'allons pas encore cette année vous détailler, exemple à l'appui, les méthodes employées par certains employeurs afin d'empêcher les déclarations en AT. Le dossier EDF, celui de Renault que nous vous avons évoqué entre autre lors de notre entretien marque bien l'effectivité du phénomène. Les témoignages sont légion, sur les pratiques souvent indignes de certains employeurs visant par la pression, l'intimidation et les diverses sanctions envers les salariés victimes, pour ne pas se déclarer l'accident en AT.

Ainsi que, l'accumulation de rapports, enquêtes et autres études (voir le document de la DARES remis lors de la conférence conditions du travail du 4/10), tous soulignent l'ampleur des dysfonctionnements du système.

Nous allons, nous arrêter sur une demande d'évaluation de vos préconisations de 2005.
Il nous semble que cela reste une bonne méthode de travail que de pointer ce qui a fait défaut à la mise en œuvre de vos conclusions de juin 2005.

Que se soit dans le domaine essentiel de la formation du corps médical aux risques professionnels, de l'implication des sociétés savantes dans les actions de sensibilisation des médecins.

Le manque de sensibilisation, de formation des professions de santé aux pathologies professionnelles restent une des causes de la sous déclaration des AT et MP.

Plus encore, l'amélioration des liens entre médecine du travail et les médecins conseils des CPAM se sont-ils tissés ou sont-ils restés distendus, accentuant les difficultés des victimes du « mal travail » ?

L'amélioration des liaisons entre services de santé au travail et médecins traitants, entre services de santé au travail et système de soins est-elle effective ?

Concernant l'activité des services de santé au travail, il conviendra d'être attentif à la mise en œuvre des recommandations du rapport Dellacherie au CES.

Ce document marque enfin une dynamique de renversement des pratiques avec un retour vers l'essentiel, la connaissance du travail réel et la prévention de l'altération de la santé des salariés du fait de leur travail.

L'aide aux victimes, le service attentionné et intentionné de la part des agents des structures de l'assurance maladie reste un des déterminants de l'accompagnement dans les démarches de déclaration notamment de maladies professionnelles.

Les réductions d'effectifs induits par le non remplacement des agents partant en retraite nous semblent contraires au renforcement de cette dimension de mise en Sécurité -Sociale des salariés. La COG AT/MP comme celle de la CNAMTS devrait intensément prévoir les moyens nécessaires à cette ambition de suivi, d'accompagnement.

Durant la négociation sur le devenir de la branche AT/MP, la CGT avec les autres organisations syndicales, a développé l'urgence d'une mise en œuvre d'une démarche de traçabilité. A ce sujet, une mission IGASS est en cours pilotée par Mr Lejeune.

Interrogé par Monsieur l'inspecteur général, la CGT a marqué une ambition maîtrisée devant le sujet, en préconisant une démarche d'expérimentation et l'application résolue de la législation en vigueur sans chercher à inventer des dispositifs qui mettront des années à être opérationnels.

L'échec du Dossier Médical Personnalisé censé sauver la Sécu est là pour nous rappeler à l'ordre...

Concernant l'évolution, l'adaptation de la réglementation et la dynamique de transformation des tableaux d'origine professionnelle, il nous semble que rien ou pas grand-chose n'a bougé autour de cet enjeu capital de reconnaissance. Au contraire, l'ampleur du « mal travail » et son cortège de souffrances avec notamment l'épidémie de TMS, (à ce sujet, la lecture du rapport du Professeur Roquelaure remis lors de la conférence pour l'amélioration des conditions de travail du 4 octobre) nous rappelle une vérité sur l'ampleur et les désastres humains et financiers liés à ces pathologies.

Toujours dans ce chapitre de l'évolution des tableaux des MP, la problématique posée par les troubles psychologiques, si justement pointée comme enjeu prioritaire dans votre rapport de 2005, est devenu un défi pour la société toute entière.

La crise du travail, sous la déferlante médiatique des suicidés de l'industrie et des services, envahit le débat public.

Certes, une négociation sur le stress est en cours avec le patronat et le ministre du Travail semble avoir pris conscience de l'ampleur de cette souffrance non maîtrisée et contagieuse. Cependant, les organisateurs du travail ne peuvent pas plus longtemps se soustraire au partage de la charge financière induite par ces pathologies.

Aussi, nous avons conscience, malheureusement, que seule une politique de responsabilisation financière des employeurs, serait susceptible de renverser les logiques de pression, d'intensification, de densification du travail et d'entreprendre enfin une dynamique de prévention.

Cette politique passe par la prise en compte des travaux des équipes de l'INRS afin qu'enfin un tableau de reconnaissance voit le jour.

Une politique de prévention passant aussi par la mise en place d'un contrôle social ad hoc avec des droits nouveaux pour la représentation du personnel. La filière CHSCT doit se mettre en place pour tous les salariés notamment dans les entreprises de moins de 50 salariés. Cela doit être un objectif et une ambition dans les plus brefs délais. L'exemple de la mise en lumière à EDF et Renault en est une illustration efficace.

En terme d'urgence, la politique de prévention reste à construire. Les limites des contrats de prévention ont été démontrées. Il convient d'évaluer le bien-fondé de cette approche et la réorienter sur les PME et les TPE. De même que la tarification est à modifier afin d'entrevoir une dynamique incitative à la prévention. Le rapport de Mr Pierre-Louis Bras reste toujours d'actualité ainsi qu'un nouvel équilibre de responsabilité entre donneur d'ordre et sous traitant.

Nous n'allons pas revenir sur les enjeux de la recherche, cette détermination à comprendre le travail réel et les causes de la progression des cancers dans notre pays.

L'INVS a entrepris des travaux déterminants dont il faudra tenir compte dans vos propositions de versement à l'assurance maladie.

Enfin, nous allons nous arrêter sur une demande récurrente d'analyse des dysfonctionnements au sein des services AT/MP permettant aux employeurs de facile contestation. Car depuis plusieurs années, on observe une augmentation forte des contestations pour vice de forme ou erreurs commis dans la procédure des CPAM.

L'inopposabilité de la décision de la CPAM vis-à-vis de l'employeur, ayant pour conséquence le retrait de son compte des éléments financiers relatifs au sinistre. Les CRAM, sur information des CPAM suite à une décision de CRA ou de justice, peuvent par conséquent être amenées à rectifier un taux de cotisation plusieurs années après sa notification, participant ainsi au masquage des conséquences du « mal travail ».

Restent que les possibilités offertes aux CPAM, CRAM, inspections du travail ou tribunal de police pour sanctionner les employeurs contrevenants, ne sont que très rarement mises en œuvre. Une évolution des consignes et des procédures doit inciter à progresser dans ce domaine.

Cette brèche ouverte dans la qualité du travail des services AT/MP est-elle liée à la politique de diminution d'effectifs, ou bien le produit d'un moindre intérêt des directions sur ces

services. Il nous semble que portés par la volonté politique de voir le travail au cœur de la politique de santé publique, les services AT/MP des CPAM et de prévention des CRAM se devraient d'être renforcés et encore davantage professionnalisés.

De plus, la DRP se doit de reconstruire une autorité sur l'ensemble des équipes afin d'assurer une équité de traitement sur l'ensemble du territoire, avec, mais cela semble un acquis, un ancrage affirmé au sein de l'assurance maladie.

Dans cette démarche, l'enjeu du développement de la démocratie est posé. Le système peut progresser que par et avec la participation de tous les acteurs du monde du travail, sans exclusion.

La prochaine COG AT/MP sera-t-elle tendue vers cet objectif du mieux faire ?

C'est souvent à partir de l'insignifiant que l'on évalue les dysfonctionnements, aussi il conviendra de vérifier si les anomalies en apparence peu importantes sont en diminution au sein des CPAM.

Des problèmes qui peuvent porter préjudice non seulement à l'assuré victime mais aussi à l'institution en termes d'image et financier.

De même, il serait intéressant de compiler les décisions des CRA et des TASS afin de vérifier la progression ou pas des recours et l'arrivée sur « le marché » de la contestation de cabinets d'avocats spécialisés dans la traque à la faute de l'institution ou du salarié victime.

Enfin, la dernière négociation sur les AT/MP l'a révélé, il convient de doter la branche AT/MP d'outils de compréhension, d'analyse, d'études afin de permettre aux pouvoirs publics, aux politiques, aux organisations syndicales et aux citoyens de mesurer ce qui relève du « mal travail » dans la survenance des pathologies, d'objectiver et d'en finir avec cette suspicion sur le plurifactoriel, la « faute à pas de chance ».

Dans cet esprit, la question du « travailler ensemble » au sein de la maison CNAMTS et entre services de l'état, agence et Sécurité Sociale reste une exigence.

Les évolutions en cours de discussion autour de nouvelles structurations en région comme au national, se doivent de porter les enjeux du travail, de la prévention et de la réparation. La politique de santé publique ne peut plus, ne doit plus faire l'impasse sur le travail.

Monsieur, votre rapport revêt une grande importance. Il va participer au débat sur les conséquences d'une non culture de prévention des risques et à la recherche de solutions visant à mettre un terme à des pratiques pouvant s'apparenter à de la fraude.

La CGT vous demande de faire preuve d'audace et de vérité dans le montant du transfert à opérer sur l'assurance maladie au risque, de voir l'excellence de vos travaux d'analyse, de recherche et vos propositions restée lettre morte.

Veuillez recevoir, Monsieur, nos respectueuses salutations.

Jean-François NATON
Conseiller confédéral
Activité Travail-Santé