

**Estimation du coût réel, pour la branche maladie,
de la sous-déclaration des accidents du travail
et des maladies professionnelles**

**RAPPORT
AU PARLEMENT ET AU GOUVERNEMENT**

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

30 juin 2021

EVALUATION DES FACTEURS DE LA SOUS-DECLARATION ET EVOLUTION DEPUIS 2017

La commission sur la sous-déclaration des accidents du travail et des maladies professionnelles réunie en 2017 avait formulé de nombreuses recommandations visant à limiter le phénomène de sous-déclaration des maladies professionnelles et des accidents du travail. La commission réunie en 2021 a fait le constat d'une mise en œuvre partielle de ces mesures.

En premier lieu, les professionnels de santé ont un rôle déterminant à jouer s'agissant de la détection des pathologies d'origine professionnelle. Or, la formation professionnelle continue des praticiens, obligation découlant de la loi HPST¹, sur la thématique des risques professionnels, n'est pas encore assez développée. S'agissant de la médecine du travail, discipline clé tant en ce qui concerne la prévention que le repérage des maladies professionnelles, la commission ne peut que réitérer le constat d'une trop faible attractivité de la discipline et d'une baisse préoccupante des effectifs enseignants, sans que l'élargissement des missions des infirmiers en santé au travail ne puisse résoudre, à court terme, les difficultés plus globales de cette filière.

Par ailleurs, la commission a pu noter que les professionnels de santé, y compris dans les structures hospitalières, n'envisageaient pas systématiquement l'origine potentiellement professionnelle d'une pathologie. La sensibilisation des professionnels de santé hospitaliers sur les enjeux AT-MP, si elle a fait des progrès depuis 2017, demeure perfectible. L'implication de l'ensemble des acteurs concernés, et notamment des centres régionaux de pathologies professionnelles et environnementales (CRPPE), est à cet égard déterminante, notamment en ce qui concerne leur rôle de documentation du lien entre certaines pathologies et l'activité professionnelle.

S'agissant de l'information apportée aux victimes, la commission a pu constater d'importantes améliorations, en lien notamment avec la campagne d'information menée par l'Assurance maladie sur la réforme de la procédure de déclaration des maladies professionnelles et des accidents du travail conduite en 2019. Toutefois, nombre de victimes n'engagent pas de démarche de reconnaissance par crainte de ne pas voir la procédure aboutir, ou du fait de la complexité des démarches à accomplir. La méconnaissance d'une exposition professionnelle passée explique également dans un grand nombre de situations l'absence de déclaration en maladie professionnelle. Par ailleurs, la commission a pu relever, s'agissant de l'articulation entre prestations d'invalidité et rentes AT-MP, que les assurés n'étaient pas systématiquement en mesure d'effectuer un choix éclairé entre les deux prestations avec comme conséquence des dépenses induites prises en charge par la branche maladie – même si le phénomène n'a pas pu être quantifié. La commission ne peut que réitérer ses recommandations déjà anciennes sur cette question et encourage les pouvoirs publics à simplifier et à mettre en cohérence les règles d'octroi et de cumul de ces deux prestations. Plus globalement, la juste imputation des dépenses à la branche AT-MP pour ce qui concerne les frais de santé relatifs à des maladies professionnelles ou des accidents du travail demeure un enjeu central, le retard pris dans la mise en place de la facturation individuelle et son report à 2022 étant de nature à fragiliser la mise en œuvre de cette recommandation de la commission réunie en 2017.

En ce qui concerne les entreprises, l'information qui leur est apportée représente un enjeu capital, compte tenu de leur rôle en matière de déclaration d'accident du travail. A cet égard, la commission a pu noter les nets progrès réalisés depuis 2017 en lien avec des campagnes de communication menées par l'Assurance maladie. Toutefois, les auditions des partenaires sociaux réalisées par la commission ont pu mettre en évidence des comportements de dissimulation des accidents du travail et des maladies professionnelles, voire des phénomènes de pression sur certaines victimes afin qu'elles ne déclarent pas leur pathologie. Si ces démarches ne sont pas quantifiables, il n'en demeure pas moins qu'elles pourraient être de nature à limiter la déclaration des AT-MP.

Enfin, la commission a pu constater l'attachement des partenaires sociaux au dialogue social s'agissant de la procédure de création des tableaux de maladies professionnelles, dans le cadre de la mise en place en 2018 de la nouvelle procédure d'expertise scientifique. Toutefois, le rythme de parution des tableaux de maladies professionnelles ne suit parfois qu'avec retard l'actualisation des connaissances scientifiques. Il conviendra ainsi d'ici les travaux de la prochaine commission de rester vigilant sur l'actualisation des tableaux de maladies

¹ Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

professionnelles et de poursuivre la réflexion sur la prise en compte par les tableaux de maladies professionnelles des pathologies plurifactorielles.

EVALUATION DU COÛT DE LA SOUS-DECLARATION

Le précédent rapport avait évalué le coût de la sous-déclaration pour la branche maladie du régime général de la sécurité sociale à un montant compris entre 813 et 1 528 M€. Le présent rapport évalue ce coût entre 1 230 et 2 112 M€². L'augmentation s'explique essentiellement par la disponibilité et la pertinence d'études épidémiologiques plus nombreuses et plus récentes que précédemment et, dans une moindre mesure, par l'actualisation des coûts moyens des différentes pathologies.

PRECONISATIONS DE LA COMMISSION

La commission réunie en 2021 a pu, au cours de ses travaux et sur la base des constats qu'elle a effectués quant aux facteurs de la sous-déclaration des AT-MP, étudier les pistes visant à limiter le phénomène, et expertiser les modalités de poursuite de l'actualisation des tableaux de maladies professionnelles, concernant les pathologies plurifactorielles. La commission a ainsi formulé des recommandations sur ces sujets, et préconisé, afin d'améliorer la connaissance du phénomène de sous-déclaration des AT-MP, à la fois le renforcement des dispositifs de surveillance épidémiologique et la mise en place d'un suivi annuel des préconisations de la commission. Ces préconisations sont détaillées dans la dernière partie du rapport.

² Pour les différentes pathologies, les bornes basse et haute peuvent correspondre aux intervalles de confiance des études épidémiologiques de prévalence, ou aux modalités de leur prise en compte – s'agissant notamment des cancers (intégration des cancérogènes certains uniquement, ou de l'ensemble des cancérogènes certains et probables) et des BPCO.

TABLE DES MATIERES

SYNTHESE DU RAPPORT.....	2
TABLE DES MATIERES.....	4
INTRODUCTION.....	7
1. – LES FACTEURS DE LA SOUS-DECLARATION ET DE LA SOUS-RECONNAISSANCE DES AT-MP ET LEUR EVOLUTION DEPUIS LA PRECEDENTE COMMISSION (2017).....	10
1.1. – LES CONSTATS DE LA PRECEDENTE COMMISSION (2017) SUR L'EVOLUTION ET LES CAUSES DE LA SOUS-DECLARATION ET DE LA SOUS-RECONNAISSANCE DES AT-MP	10
1.2. – LES FACTEURS DE LA SOUS-DECLARATION DES AT-MP, ET LEUR EVOLUTION DEPUIS 2017, EN LIEN AVEC LA MISE EN ŒUVRE DES PRECONISATIONS DE LA PRECEDENTE COMMISSION.....	11
1.2.1. – S'agissant des médecins et des professionnels de santé.....	11
1.2.2. – S'agissant des échanges entre le réseau des caisses d'Assurance maladie et les services de santé au travail.....	31
1.2.3. – S'agissant des établissements de santé.....	32
1.2.4. – S'agissant des victimes.....	33
1.2.5. – S'agissant des entreprises.....	42
1.2.6. – S'agissant de la prise en charge des soins et actes relevant de la branche AT-MP	45
1.2.7. – S'agissant de l'amélioration de la collecte de l'information.....	46
1.3. – LES CAUSES DE LA SOUS-RECONNAISSANCE DES AT-MP ET LEUR EVOLUTION DEPUIS 2017.....	46
1.3.1. – L'actualisation des tableaux de maladies professionnelles.....	47
1.3.2. – Les autres facteurs et indicateurs de la sous-reconnaissance des AT-MP, liés à l'hétérogénéité des pratiques des caisses et des CRRMP.....	53
1.3.3. – Le problème particulier de la reconnaissance des pathologies psychiques.....	57
1.4. – LES AUTRES DEVELOPPEMENTS RECENTS DE LA LUTTE CONTRE LES GRANDS RISQUES PROFESSIONNELS, SUSCEPTIBLES DE CONTRIBUER A LA REDUCTION DE LA SINISTRALITE ET A LA LIMITATION DU PHENOMENE DE SOUS-DECLARATION DES AT-MP.....	63
1.4.1. – La convention d'objectifs et de gestion (COG) de la branche AT-MP pour la période 2018-2022.....	63
1.4.2. – La mise en place du fonds d'indemnisation des victimes de pesticides et la poursuite des plans chlordécone	63
1.4.3. – Les actions destinées à favoriser la détection de l'origine professionnelle de certaines pathologies.....	65
1.4.4. – La surveillance médicale post-professionnelle.....	66
1.4.5. – Le compte professionnel de prévention (C2P).....	68
1.4.6. – La réforme de la santé au travail	69
2. – ELEMENTS DE COMPARAISON EUROPEENS.....	71
2.1. – LES MALADIES PROFESSIONNELLES.....	71

2.1.1. – Observations préliminaires	71
2.1.2. – Déclarations et reconnaissances.....	72
2.1.3. – Les cancers professionnels.....	76
2.2. – LES ACCIDENTS DU TRAVAIL	78
2.2.1. – Les accidents du travail non mortels	79
2.2.2. – Les accidents du travail mortels.....	79
3. – EVALUATION DE LA SOUS-DECLARATION DES ACCIDENTS DU TRAVAIL ET DES MALADIES PROFESSIONNELLES	81
3.1. – LE NOMBRE DE SINISTRES RECONNUS PAR LA BRANCHE AT-MP A DIMINUE DE 10% ENTRE 2010 ET 2019	82
3.1.1. – Les accidents du travail : 4 sinistres reconnus sur 5 en 2018.....	82
3.1.2. – Le secteur de la construction est le plus « accidentogène »	84
3.1.3. – Une baisse de la fréquence des accidents du travail et une augmentation de celle des maladies professionnelles en fonction de l'âge	86
3.1.4. – Une large majorité (81%) d'affections péri-articulaires parmi les maladies professionnelles reconnues	88
3.2 – DONNEES EPIDEMIOLOGIQUES ET DE RECONNAISSANCE PERMETTANT D'APPRECIER LA SOUS- DECLARATION DES PATHOLOGIES PROFESSIONNELLES ET DES ACCIDENTS DU TRAVAIL	88
3.2.1. – Les troubles musculo-squelettiques.....	88
3.2.2. – Les asthmes et broncho-pneumopathies chroniques obstructives (BPCO).....	92
3.2.3. – Les dermatoses.....	95
3.2.4. – Les surdités et hypoacusies.....	96
3.2.5. – Les cancers.....	96
3.2.6. – Les accidents du travail	98
3.2.7. – Les pathologies psychiques.....	99
3.2.8. – Le cas spécifique des pathologies non cancéreuses liées à l'amiante	100
3.3. – EVALUATION DU COUT DE LA SOUS-DECLARATION DES AT-MP	100
3.3.1. – Méthodologie d'évaluation de la sous-déclaration	100
3.3.2. – Eléments de coût issus des données de la branche AT-MP.....	101
3.3.3. – Le cas particulier de l'estimation du coût des cancers.....	103
3.4. – SYNTHÈSE : EVALUATION DE LA SOUS-DECLARATION DES ACCIDENTS DU TRAVAIL ET DES MALADIES PROFESSIONNELLES.....	104
4. – PRECONISATIONS DE LA COMMISSION.....	107
4.1. – PRECONISATIONS RELATIVES AUX MEDECINS.....	107
4.1.1. – Information et formation continue des médecins	107
4.1.2. – Médecine du travail.....	108
4.2. – PRECONISATION VISANT A AMELIORER LES ECHANGES ENTRE LES CAISSES D'ASSURANCE MALADIE, LES SERVICES DE SANTE AU TRAVAIL ET LES MEDECINS TRAITANTS.....	108
4.3. – PRECONISATIONS RELATIVES AUX VICTIMES	108
4.4. – PRECONISATION RELATIVE AUX ENTREPRISES	109

4.5. – PRECONISATIONS RELATIVES AUX ETABLISSEMENTS DE SANTE ET A LA PRISE EN CHARGE DES SOINS	109
4.6. – ACTUALISATION DES TABLEAUX DE MALADIES PROFESSIONNELLES.....	110
4.7. – PRECONISATIONS SUR LE SUIVI DE LA SOUS-DECLARATION	110
4.8. – ASSURER UN SUIVI DES RECOMMANDATIONS DE LA COMMISSION	110
 ANNEXES	 111
ANNEXE 1 : LETTRE DE MISSION AU PRESIDENT DE LA COMMISSION, M. CHRISTIAN CARCAGNO (CONSEILLER-MAITRE A LA COUR DES COMPTES).....	111
 ANNEXE 2 : RESTITUTIONS DES AUDITIONS CONDUITES PAR LE PRESIDENT DE LA COMMISSION.....	 113
Audition CFDT (Pierre-Gaël Loréal et Brigitte Pernot)	113
Audition CGT (Jérôme Vivenza, Olivier Perrot et Serge Journoud).....	117
Audition FO (Ronald Schouller et Maxime Raulet)	128
Audition CFE-CGC (Christian Expert et Jean-Marc Plat).....	134
Audition CFTC (Manuel Lecomte et Sébastien Garoutte).....	145
Audition MEDEF (Laëtitia Assali et Nathalie Buet)	154
Audition CPME (Ghislaine Rigoreau-Belayachi et Philippe Chognard)	161
Audition U2P (Cécile Sauveur et Jean-Baptiste Moustié).....	163
Audition FNATH (Me Philippe Felissi et Sophie Crabette)	167
Audition ANDEVA (Jacques Faugeron, Alain Bobbio et Lydie Jablonski).....	170
 ANNEXE 3 : COMPOSITION DE LA COMMISSION.....	 190

INTRODUCTION

L'article L. 176-1 du code de la sécurité sociale³ dispose qu'« il est institué à la charge de la branche accidents du travail et maladies professionnelles, au profit de la branche maladie, maternité, invalidité, décès du régime général, un versement annuel pour tenir compte des dépenses supportées par cette dernière branche au titre des accidents et affections non pris en charge en application du livre IV », c'est-à-dire au titre de la réglementation fixée par le code de la sécurité sociale sur les accidents du travail et les maladies professionnelles, et que « le montant de ce versement est pris en compte dans la détermination des éléments de calcul de la cotisation due au titre des accidents du travail et des maladies professionnelles ».

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

*
* *

Ainsi défini, l'objet des travaux de la commission appelle quelques précisions importantes.

En premier lieu, la mission de la commission n'est pas d'évaluer le nombre global de cas sous-déclarés, mais le nombre d'accidents ou de maladies qui, s'ils avaient été déclarés, auraient été reconnus d'origine professionnelle. En effet, la dépense imputable à la branche AT-MP ne concerne que les affections qui auraient dû être déclarées et reconnues et qui, à défaut, ont été prises en charge indument par la branche maladie. A contrario, les affections non déclarées qui n'auraient pas été reconnues ont été financées à juste titre par la branche maladie – et ne justifient donc pas un versement de la branche AT-MP à la branche maladie.

En deuxième lieu, s'agissant plus particulièrement des maladies professionnelles, l'article L. 461-1 du code de la sécurité sociale distingue deux types de maladies professionnelles :

- Celles qui font l'objet d'un tableau qui énumère les différentes conditions permettant de présumer l'imputabilité de la maladie à l'activité professionnelle (désignation de la maladie, délai de prise en charge, le cas échéant durée d'exposition au risque, liste des travaux) ;
- Les pathologies non inscrites ou celles qui, bien que faisant l'objet d'un tableau, ne remplissent pas toutes les conditions qui y sont prévues. La reconnaissance de ces affections comme maladies professionnelles doit résulter d'un avis – que la caisse est tenue de suivre – du comité régional de reconnaissance des maladies professionnelles (CRRMP). Dans ce cas, le comité doit établir qu'il existe un lien direct (pour les maladies figurant dans un tableau) ou direct et essentiel (pour les autres) entre l'affection et l'activité (présente ou passée) de la personne concernée. Or, nombre de maladies « hors tableau » sont plurifactorielles et il y a donc lieu d'établir, pour leur reconnaissance, que le facteur professionnel a eu une influence directe et, surtout, essentielle dans le déclenchement de l'affection.

Ainsi, quelles que soient les modalités de reconnaissance, mais particulièrement lorsqu'elles relèvent de la voie complémentaire nécessitant un examen du lien de causalité par le CRRMP, l'évaluation du nombre de maladies qui auraient dû être déclarées et reconnues doit s'appuyer autant que possible sur des travaux scientifiques et des études épidémiologiques quant à la part de maladies attribuables à des facteurs professionnels, compte tenu des critères de reconnaissance exposés supra. Or, même si la commission note des améliorations à cet égard

³ Issu de l'article 30 de la loi n°96-1160 du 27 décembre 1996 de financement de la sécurité sociale pour 1997, l'article L. 176-1 du code de la sécurité sociale a été modifié par l'article 54-II de la loi du 21 décembre 2001 de financement de la sécurité sociale pour 2002, qui, en particulier, a étendu le périmètre de la sous-déclaration, initialement restreint aux maladies professionnelles, aux accidents du travail.

(actualisation des études sur les pathologies d'origine professionnelle, notamment les troubles musculo-squelettiques et les cancers), il n'en demeure pas moins que les études scientifiques ne fournissent pas un montant précis, mais des fourchettes, quant à la fraction de maladies d'origine professionnelle.

Enfin, en troisième lieu, la commission doit évaluer la sous-déclaration au regard de la législation actuelle, qu'il s'agisse des modalités de reconnaissance du caractère professionnel d'une maladie ou des règles d'indemnisation une fois la maladie reconnue d'origine professionnelle. Par exemple, les pathologies non désignées dans les tableaux de maladies professionnelles doivent avoir entraîné un taux d'incapacité permanente d'au moins 25% au moment de la demande ou le décès pour pouvoir faire l'objet d'une saisine du CRRMP. L'évaluation du nombre de maladies qui auraient pu être déclarées et reconnues en l'absence d'un tel critère d'incapacité permanente n'entre pas dans le champ des travaux de la commission.

De même, la législation dispose que le point de départ de l'indemnisation d'une maladie professionnelle, une fois reconnue, est la date de première constatation médicale de la pathologie, sans pouvoir remonter plus de deux ans avant la date de la demande de reconnaissance. Les calculs de la commission n'ont pas à tenir compte des dépenses prises en charge par la branche maladie au titre des frais engagés avant le démarrage de l'indemnisation par la branche AT-MP.

L'enjeu financier des travaux est important, comme le montre le tableau suivant, qui retrace les montants reversés par la branche AT-MP à la branche maladie depuis 1997 :

Tableau 1 : Evolution des transferts au titre de l'article L. 176-1 du code de la sécurité sociale

Objet	Année	Montant (M€)
Maladies professionnelles	1997	137,20
Maladies professionnelles	1998	138,71
Maladies professionnelles	1999	140,38
Maladies professionnelles	2000	141,02
Maladies professionnelles	2001	144,06
Maladies professionnelles + accidents du travail	2002	299,62
Maladies professionnelles + accidents du travail	2003 à 2006	330,00
Maladies professionnelles + accidents du travail	2007 et 2008	410,00
Maladies professionnelles + accidents du travail	2009 à 2011	710,00
Maladies professionnelles + accidents du travail	2012 à 2014	790,00
Maladies professionnelles + accidents du travail	2015 à 2021	1 000,00

*
* *

Pour l'exercice 2021, la lettre de mission, adressée au président de la commission par le ministre des solidarités et de la santé, la ministre du travail, de l'emploi et de l'insertion et le secrétaire d'État auprès de la ministre du travail, de l'emploi et de l'insertion, chargé des retraites et de la santé au travail, met en avant plusieurs thématiques qui feront l'objet d'un développement approfondi dans le présent rapport. La commission (cf. encadré 1 infra) s'est ainsi attachée, au-delà de sa mission rappelée ci-dessus, à :

- dresser le bilan de la mise en œuvre des préconisations de la précédente commission, puis examiner l'ensemble des causes de sous-déclaration et leur évolution, en tenant compte des mesures et actions engagées depuis le précédent rapport de 2017, tant au niveau règlementaire (concernant notamment la refonte de la procédure d'instruction des demandes d'AT-MP, visant à en améliorer la lisibilité pour les assurés et les employeurs) que dans les pratiques de gestion des caisses primaires d'assurance maladie (fixation par exemple d'un indicateur, dans la nouvelle convention d'objectifs et de gestion pour la période 2018-2022, portant sur la réduction de l'hétérogénéité des décisions des caisses en matière de reconnaissance des AT-MP) ;

- évaluer l'ampleur des phénomènes de sous-déclaration afférents aux divers facteurs de risques professionnels (agents chimiques, produits cancérigènes, amiante...), sur la base des dernières études épidémiologiques. La commission a ainsi estimé, comme dans le cadre des exercices précédents, le montant de la sous-déclaration pour

les différentes pathologies, en particulier les cancers d'origine professionnelle et les troubles musculo-squelettiques (TMS), en élargissant par ailleurs le champ des pathologies liées à l'amiante à l'ensemble des affections, y compris non cancéreuses (asbestoses et plaques pleurales) ; la commission a également, et pour la première fois, proposé une estimation de la sous-déclaration des pathologies psychiques liées au travail, sans que celle-ci ne soit intégrée formellement au montant global de la sous-déclaration des maladies professionnelles et des accidents du travail, compte tenu des difficultés méthodologique d'un tel exercice, s'agissant de pathologies plurifactorielles ;

- apprécier les facteurs de l'augmentation régulière, depuis plusieurs années, de la reconnaissance des affections psychiques en AT-MP ;

- étudier les déterminants de l'arbitrage effectué par les assurés entre la réparation au titre des AT-MP et la pension d'invalidité, ainsi que des règles d'articulation entre les prestations. Cet arbitrage constitue en effet un enjeu important au regard du phénomène de sous-déclaration des AT-MP, la préférence collective pour la réparation en invalidité, soulignée par les précédents rapports, pouvant entraîner le paiement indu de certaines dépenses par la branche maladie.

Encadré 1 : La composition de la commission

La commission, depuis l'arrêté du 14 février 2011 qui a remplacé l'arrêté initial du 26 janvier 2005⁴, compte, outre son président, magistrat à la Cour des comptes, onze membres :

- un médecin-conseil désigné par le directeur général de la Caisse nationale de l'Assurance maladie (CNAM) ;
- un représentant désigné par le directeur général de Santé publique France ;
- un représentant désigné par le directeur de l'Institut de recherches et de documentation en économie de la santé (IRDES) ;
- un inspecteur du travail et un médecin inspecteur du travail, désignés par le directeur général du travail ;
- un représentant désigné par le directeur général de l'Agence nationale de sécurité sanitaire, de l'alimentation, de l'environnement et du travail (ANSES) ;
- le directeur du groupement d'intérêt public Eurogip ou son représentant ;
- deux praticiens désignés par les présidents de deux sociétés savantes, en l'occurrence la société française du cancer et la société de pneumologie de langue française ;
- deux praticiens exerçant dans un service de pathologie professionnelle désignés par le président de la société française de médecine du travail.

Mise en place le 28 janvier 2021, la commission auteure du présent rapport a poursuivi ses travaux jusqu'à fin juin 2021.

⁴ La composition de la commission a ainsi été progressivement élargie. Alors qu'elle ne comptait initialement, en application de l'arrêté du 26 janvier 2005, que six membres (des représentants de la CNAM, de l'ex-Institut national de veille sanitaire et de l'IRDES, un inspecteur du travail, un médecin inspecteur du travail, un praticien désigné par une société savante de médecine), deux membres ont été ajoutés par l'arrêté du 21 janvier 2008 (un représentant de l'ex-Agence française de sécurité sanitaire de l'environnement et du travail, un autre praticien désigné par une société savante de médecine). L'arrêté du 14 février 2011 a intégré trois nouveaux membres (un représentant d'Eurogip, deux praticiens exerçant dans un service de pathologie professionnelle désignés par le président de la société française de médecine du travail) ; il a été modifié par l'arrêté du 5 février 2016, qui procède aux ajustements nécessaires compte tenu de l'évolution de certaines des structures représentées à la commission (remplacement de l'Institut national de veille sanitaire par Santé publique France, et de l'Agence française de sécurité sanitaire de l'environnement et du travail par l'ANSES).

1. – Les facteurs de la sous-déclaration et de la sous-reconnaissance des AT-MP et leur évolution depuis la précédente commission (2017)

1.1. – Les constats de la précédente commission (2017) sur l'évolution et les causes de la sous-déclaration et de la sous-reconnaissance des AT-MP

La commission réunie en 2017 avait relevé des évolutions positives s'agissant de la mise en œuvre des préconisations des précédentes commissions, ainsi que des mesures mises en place depuis lors pour améliorer la déclaration et la reconnaissance des AT-MP. Son rapport recensait ainsi les différentes mesures mises en œuvre pour lutter contre la sous-déclaration des AT-MP sur la période 2015-2017, parmi lesquelles :

- L'amélioration de la formation et de l'information des médecins sur les risques professionnels avec notamment la révision des modalités du troisième cycle des études de médecine, qui intègre désormais une sensibilisation de tous les internes aux problématiques de déclaration des maladies professionnelles, même s'il ne s'agit pas stricto sensu d'un module d'enseignement dédié tel qu'avait pu le préconiser la commission de 2014 ; le rapport soulignait toutefois que cette mesure ne concernerait par construction que le flux de nouveaux étudiants, et n'aurait donc à court terme que des effets limités ;
- Un renforcement des actions de formation continue à destination des médecins libéraux et de ceux exerçant en centre de santé portant sur les accidents du travail et les maladies professionnelles, dont témoignait l'augmentation globale du nombre de médecins formés sur la période 2013-2016, malgré des évolutions contrastées selon les années et la spécialité considérée ; des actions d'information sur les AT-MP avaient également été engagées par certaines sociétés savantes ;
- L'amélioration de l'information des victimes par l'Assurance maladie, notamment via le site Internet Ameli mais également dans le cadre de conférences de presse sur la sinistralité ;
- L'amélioration de la détection de l'origine potentiellement professionnelle de certaines maladies, en particulier dans le cadre de la généralisation de l'expérimentation sur les cancers de la vessie ;
- Le renforcement de l'information des employeurs sur les sujets AT-MP, se traduisant en particulier par des événements tels que les « matinées employeurs » organisées par les CPAM ;
- Le renforcement de la pluridisciplinarité des services de santé au travail (médecins du travail, médecins collaborateurs, internes en médecine du travail, infirmiers, toxicologues, psychologues, ergonomes...), consacrée par la réforme de 2011⁵ ; le rapport indiquait toutefois que ces évolutions étaient trop récentes pour faire l'objet d'un bilan et examiner, en particulier, si elles étaient de nature à enrichir l'expertise des services de santé au travail et pallier la forte attrition des effectifs de médecins du travail ;
- La réforme de l'organisation territoriale de l'inspection du travail, autour notamment d'unités de contrôle spécialisées au niveau régional, permettant d'améliorer l'efficacité de leur action, et le renforcement de leurs compétences avec l'extension des situations susceptibles de donner lieu à une décision d'arrêt temporaire des travaux ou d'activité ;
- La mise en place du compte personnel de prévention de la pénibilité (C3P) au 1^{er} janvier 2015, qui devait améliorer la connaissance des risques à l'origine d'une maladie professionnelle.

Le rapport soulignait néanmoins que des progrès restaient à accomplir s'agissant :

- De la formation et de la sensibilisation des professionnels de santé aux sujets AT-MP, les actions engagées devant être poursuivies et renforcées ; le rapport mettait également en avant les difficultés d'appropriation par les médecins du certificat médical initial, indispensable au dépôt d'une demande de reconnaissance d'AT-MP ;
- De l'information des victimes sur leurs expositions professionnelles, les documents uniques d'évaluation des risques au sein des entreprises étant parfois manquants, incomplets ou non actualisés et, en tout état de cause, peu connus des salariés ;
- De l'articulation entre pension d'invalidité et rente AT-MP, l'information des victimes par l'Assurance maladie et par les professionnels du secteur social susceptibles de les accompagner dans leurs démarches demeurant perfectible ;

⁵ Loi n°2011-867 du 20 juillet 2011 relative à l'organisation de la médecine du travail.

- De la sensibilisation des professionnels hospitaliers sur le nécessaire signalement du caractère professionnel d'un accident ou d'une maladie professionnelle ;
- De la mise en œuvre de la facturation individuelle, son report empêchant la transmission de données précises à l'Assurance maladie sur le statut des patients hospitalisés dans le cadre de soins consécutifs à un AT-MP.

En matière de sous-reconnaissance des AT-MP, le rapport notait en particulier, dans la continuité des travaux des précédentes commissions, le caractère obsolète et limité, en comparaison avec l'état actuel des connaissances scientifiques, de certains tableaux de maladies professionnelles – malgré les révisions mises en œuvre au cours de la période 2014-2017 (avec trois révisions de tableaux, notamment sur les TMS, et deux créations).

La présente partie s'attache ainsi, pour les différents facteurs de la sous-déclaration (1.2) et de la sous-reconnaissance (1.3) des AT-MP, à présenter le bilan de la mise en œuvre des préconisations de la précédente commission et à identifier d'autres leviers de la sous-déclaration. Il détaille également les évolutions intervenues dans le champ de la santé au travail, susceptibles d'avoir un impact sur la sous-déclaration (1.4).

1.2. – Les facteurs de la sous-déclaration des AT-MP, et leur évolution depuis 2017, en lien avec la mise en œuvre des préconisations de la précédente commission

1.2.1. – S'agissant des médecins et des professionnels de santé

1.2.1.1. – Les problématiques et enjeux communs à l'ensemble des médecins et professionnels de santé

1.2.1.1.1. – Les préconisations de 2017 et le bilan de leur mise en œuvre

Comme les précédentes commissions, celle de 2017 a identifié le manque de formation initiale et continue des médecins et professionnels de santé sur la thématique des risques professionnels comme l'un des principaux facteurs de la sous-déclaration des AT-MP, malgré les améliorations engagées sur la période précédente. Elle a ainsi formulé des recommandations sur le renforcement de la formation continue. La formation initiale n'a en revanche fait l'objet d'aucune préconisation particulière, compte tenu notamment de son impact potentiel jugé limité à court terme, puisque ne concernant que le flux de nouveaux médecins.

Aussi, la commission avait formulé les recommandations suivantes :

- ✓ *Poursuivre et amplifier les actions envisagées visant à former les médecins sur les AT-MP dans le cadre du développement professionnel continu (DPC) ; suivre l'évolution de ces actions (recommandation reprise du rapport de 2014) ;*
- ✓ *Encourager les sociétés savantes médicales à assurer une large diffusion des outils qu'elles développent (recommandation reprise du rapport de 2014) ;*
- ✓ *Améliorer la documentation accessible aux médecins sur l'incidence des expositions professionnelles, notamment pour les pathologies à long effet de latence, afin notamment de faciliter la reconnaissance de l'origine professionnelle de ces pathologies par les comités régionaux de reconnaissance des maladies professionnelles (CRRMP).*

La commission de 2017 avait également relevé les difficultés, notamment pratiques, rencontrées par les médecins pour rédiger les certificats médicaux AT-MP, qui pouvaient contribuer à la sous-déclaration des AT-MP.

Elle avait ainsi formulé la recommandation suivante :

- ✓ *Repenser les échanges entre les prescripteurs et les caisses pour faciliter l'appropriation par les médecins de la démarche de rédaction du certificat médical AT-MP. La dématérialisation pourrait permettre, par exemple, de séparer la partie certificat décrivant les lésions ou les maladies de la partie prescription d'arrêt de travail, sans que cela entraîne des manipulations complexes pour le médecin émetteur.*

1.2.1.1.1.1. – La formation continue des médecins : une stagnation sur la période récente du nombre de formations suivies dans le champ des AT-MP, mais des perspectives globales de renforcement de la mise en œuvre du développement professionnel continu, y compris en matière d'AT-MP

La stagnation du nombre de formations AT-MP suivies sur la période 2017-2020

Les orientations pluriannuelles prioritaires de développement professionnel continu (DPC) sont définies par arrêté en général pour une période de 3 ans. Ainsi, pendant la période 2017-2020 couverte par le présent rapport, les orientations pluriannuelles prioritaires de DPC ont été définies par l'arrêté du 8 décembre 2015, puis par celui du 31 juillet 2019, qui fixent, respectivement pour les années 2016 à 2019 et 2020 à 2022, plusieurs orientations pour les médecins incluant une dimension AT-MP (cf. encadré 2 infra).

Encadré 2 : Les orientations 2020-2022 du développement professionnel continu dans le champ des AT-MP

Au titre des « **orientations pluriannuelles prioritaires de développement professionnel continu s'inscrivant dans le cadre de la politique nationale de santé** » (transversales à l'ensemble des médecins et professionnels de santé, quelle que soit leur spécialité) :

Mettre en place une politique de promotion de la santé, incluant la prévention, dans les milieux et tout au long de la vie :

- Orientation n°6 : Prévention et prise en compte des pathologies imputables à l'environnement (saturnisme, mésothéliome, intoxication par le CO...) et des facteurs environnementaux pouvant avoir un impact sur la santé (pollution de l'air intérieur et extérieur, perturbateurs endocriniens, changements climatiques, champs électromagnétiques et électro-sensibilité...).

Si cette orientation existait déjà pour la période 2016-2019, il faut noter la suppression, sur la période 2020-2022, de l'orientation précédente relative à la coopération entre le médecin du travail et le médecin traitant.

Prise en charge de populations spécifiques :

- Orientation n°35 : Repérage et prise en charge des pathologies des professionnels de santé ; cette orientation était déjà prévue sur la période précédente 2016-2019 ;
- Orientation n°36 : Prévention, repérage et prise en charge des pathologies et des risques sanitaires liés aux conditions et environnements particuliers d'emploi des militaires ; il s'agit d'une orientation nouvelle, qui ne figurait pas parmi les orientations pour la période 2016-2019.

Au titre des « **orientations pluriannuelles prioritaires de développement professionnel continu définies par profession ou par spécialité** » :

Médecin spécialisé en médecine et santé au travail :

- Orientation n°108 : Prévention et prise en charge du risque de désinsertion professionnelle et maintien dans l'emploi ; une orientation analogue était prévue pour les années 2016 à 2019, mais était essentiellement ciblée sur les lombalgies ;
- Orientation n°109 : Prévention des troubles musculo-squelettiques ; il s'agit d'une orientation nouvelle ;
- Orientation n°110 : Expositions professionnelles aux agents chimiques ; la formulation de l'orientation se distingue de celle retenue pour les années 2016 à 2019, mais recoupe assez largement, sur le fond, les précédentes orientations intitulées « traçabilité des expositions professionnelles » et « cancers professionnels » ;
- Orientation n°111 : Risques psychosociaux des travailleurs ; il s'agit d'une reprise d'une orientation déjà prévue pour la période 2016 à 2019.

Médecin spécialisé en médecine générale :

- Orientation n°100 : Prévention de la désinsertion socio-professionnelle ; cette orientation était inscrite globalement, pour l'ensemble des professionnels de santé, parmi les orientations de la période 2016-2019, mais ne faisait pas l'objet d'un item spécifique aux médecins généralistes.

Médecin spécialisé en psychiatrie :

- Orientation n°132 : Prévention, repérage et prise en charge des pathologies et des risques psychiatriques liés à l'environnement : familial, social, sociétal, professionnel ; cette orientation existait déjà précédemment pour la période 2016 à 2019.

Pour les médecins et professionnels de santé libéraux et ceux exerçant en centres de santé, les données chiffrées fournies par l'Agence nationale du développement professionnel continu (ANDPC) montrent, sur la période 2017-2019, une relative stabilité du nombre de professionnels inscrits et formés aux sujets AT-MP, qui retrouve en 2019 son niveau de 2017, après une baisse en 2018. Néanmoins, le nombre total d'inscriptions, toutes formations confondues, ayant augmenté fortement sur la même période, la proportion de formations réalisées dans le champ des AT-MP a diminué, passant de 6% en 2017 à 4,3% en 2019. L'année 2020, dont il est toutefois délicat de tirer des conclusions compte tenu du contexte sanitaire, a été marquée par une baisse importante du nombre de professionnels inscrits et formés aux sujets AT-MP, alors même que le nombre total de professionnels inscrits, sur l'ensemble des sujets, n'a diminué que faiblement par rapport à la période précédente. Aussi, la proportion de formations réalisées dans le champ des AT-MP a poursuivi en 2020 la tendance à la baisse observée au cours des années précédentes (2,1%).

Tableau 2 : Nombre de professionnels formés sur des sujets AT-MP

	Nombre d'inscriptions			Nombre de professionnels formés AT-MP
	Nombre d'inscriptions AT-MP	Nombre total d'inscriptions tous sujets confondus	Proportion d'inscriptions AT-MP	
2017	11 088	184 248	6,0%	10 078
2018	9 728	210 434	4,6%	8 896
2019	11 330	261 267	4,3%	10 116
2020	5 054	235 916	2,1%	4 764

Source : ANDPC, 2021

On peut noter aussi que, selon les statistiques de l'ANDPC, les médecins constituent l'essentiel des professionnels formés aux sujets AT-MP (64% sur la période 2017-2020), devant les infirmiers (16%) et les masseurs-kinésithérapeutes (8%). Par ailleurs, même si la comparaison entre les orientations s'avère compliquée, leur champ étant plus ou moins large et le poids des sujets AT-MP y étant plus ou moins important, on peut relever que les formations les plus suivies sur la période concernaient la prévention et la prise en compte des pathologies imputables à l'environnement et le repérage et la prise en charge des pathologies des professionnels de santé ainsi que, sur la période 2016-2019 (l'orientation ayant ensuite été supprimée pour la période 2020-2022, cf. encadré 2 supra), celle sur la coopération entre le médecin du travail et le médecin traitant.

Plusieurs facteurs d'explication mis en avant par la commission, liés notamment aux limites du DPC

Les membres de la commission ont relevé plusieurs facteurs d'explication de la stagnation du nombre de praticiens formés aux thématiques AT-MP sur la période 2017-2020. En premier lieu, le nombre de praticiens engagés dans des actions de DPC, tous sujets confondus, reste limité, malgré la hausse observée sur la période récente. Le DPC constitue pourtant une obligation triennale, posée par la loi HPST (2009)⁶ puis réaffirmée par la loi de modernisation de notre système de santé (2016)⁷, qui peut se traduire par exemple par des formations suivies à l'université (dans le cadre d'un diplôme universitaire) ou la participation à un congrès professionnel. Cette implication relativement limitée dans des actions de formation peut s'expliquer par les insuffisances du suivi réalisé et par le fait que l'absence de mise en œuvre de l'obligation de DPC n'est, en pratique en tout cas, pas assortie de sanctions de la part du conseil de l'ordre.

Concernant plus précisément le suivi des actions de formation, il est en principe effectué dans le document de traçabilité du DPC, créé par le décret du 30 décembre 2011⁸ et mis en œuvre par l'ANDPC, qui contient la synthèse annuelle et triennale des actions effectuées. Néanmoins, le conseil national professionnel (CNP, cf. infra) de médecine du travail, interrogé par la commission, a pointé les insuffisances de ce document ; d'ailleurs, le Conseil national de l'ordre des médecins, le Collège de la médecine générale et la Fédération des spécialités médicales (FSM) – intégrant les CNP – avaient demandé dès 2016 à en définir à leur niveau le contenu et les modalités⁹.

⁶ Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

⁷ Loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé.

⁸ Décret n°2011-2116 du 30 décembre 2011 relatif à l'organisme gestionnaire du développement professionnel continu.

⁹ « Portfolio des compétences médicales », communiqué commun du 18 avril 2016 du Conseil national de l'ordre des médecins, du Collège de la médecine générale et de la Fédération des spécialités médicales.

Par ailleurs, s'agissant plus spécifiquement des AT-MP, les partenaires sociaux auditionnés par la commission ont souligné que les médecins, lorsqu'ils s'inscrivaient effectivement dans une démarche de DPC, ne se dirigeaient pas spontanément vers des formations en lien avec les risques professionnels – ou alors essentiellement lorsqu'ils étaient déjà sensibilisés à ces sujets, de sorte que les formations ne permettaient pas nécessairement d'élargir le champ des professionnels formés en matière d'AT-MP. Un autre enjeu rappelé par les partenaires sociaux concerne l'offre de formation professionnelle continue : en effet, il a été rapporté que dans certains cas, les organismes de formation agréés ne délivraient pas de formations relatives aux risques professionnels. Enfin, la problématique de l'adéquation des formations proposées aux orientations nationales constitue un autre facteur d'explication potentiel à la trop faible attractivité des formations proposées dans le champ AT-MP.

Les membres de la commission ont également mis en avant un facteur d'explication potentiel, lié à la sensibilité plus ou moins forte des professionnels aux sujets AT-MP en fonction de leur région, du tissu d'acteurs locaux plus ou moins impliqués dans la promotion de la santé au travail et éventuellement du contexte économique et de la prégnance plus ou moins forte des risques professionnels. Néanmoins, les statistiques recueillies auprès de l'ANPDC (en moyenne sur la période 2017-2019), croisées avec celles de la CNAM concernant le nombre de praticiens par région (en 2018), n'ont pas fait apparaître de disparités régionales importantes. Certes, le ratio de praticiens formés aux sujets AT-MP est plus élevé que la moyenne (27 pour 1 000) en Provence-Alpes-Côte d'Azur, à La Réunion et en Martinique – et inférieur à cette moyenne en Centre-Val-de-Loire et en Corse – mais les écarts à la moyenne restent, sauf en Provence-Alpes-Côte d'Azur (+ 8 points), relativement limités (+/- 5 points), et peuvent traduire des biais statistiques plutôt qu'un réel écart à la moyenne en termes de réalisation de formations AT-MP.

Tableau 3 : Evaluation du nombre de formations AT-MP, rapporté au nombre de praticiens, par région

	Nombre de formations	Nombre de praticiens	Nombre de formations AT-MP /1 000 praticiens
Ile-de-France	1 359	53 081	25,60
Provence-Alpes-Côte D'Azur	1 436	40 616	35,35
Auvergne-Rhône-Alpes	1 161	44 081	26,35
Nouvelle Aquitaine	963	35 062	27,46
Occitanie	1 047	41 219	25,40
Grand Est	720	27 586	26,11
Hauts-de-France	743	29 315	25,35
Bretagne	508	18 403	27,60
Bourgogne Franche-Comté	343	12 110	28,35
Normandie	343	13 138	26,11
Pays-de-la-Loire	417	16 221	25,73
Centre Val de Loire	228	9 946	22,96
La Réunion	180	5 766	31,16
Martinique	83	2 566	32,35
Corse	65	2 744	23,69
Guadeloupe	63	2 789	22,47
Guyane	27	662	41,29
Mayotte	3	259	12,87
Moyenne nationale			27,01

Source : comparaison entre les données de l'ANPDC sur le nombre de formations AT-MP suivies dans chaque région, et les statistiques CNAM concernant la répartition des professionnels de santé libéraux par région. Les cases surlignées en vert et en orange correspondent aux écarts à la moyenne d'au moins 5 points ; la Guyane et Mayotte ont été exclus de cette comparaison, en raison du nombre réduit de professionnels de santé sur ces territoires.

Des perspectives de renforcement de la mise en œuvre du DPC, y compris dans le champ des AT-MP

Il convient de souligner, depuis les travaux de la dernière commission, la mise en place progressive des conseils nationaux professionnels (CNP) dont les missions sont rappelées par le décret du 9 janvier 2019¹⁰ : proposer des orientations prioritaires de DPC en fonction de la spécialité exercée, définir le parcours pluriannuel de DPC, proposer un document permettant à chaque médecin de retracer l'ensemble des actions de DPC réalisées dans le cadre de son obligation triennale. A titre d'exemple s'agissant des médecins du travail, le CNPMT a formulé des recommandations sur le parcours de DPC, et préconisé la réalisation d'au moins 10 demi-journées par an, destinées à l'acquisition et à la mise à jour des connaissances, à l'analyse des pratiques professionnelles et à l'amélioration des pratiques¹¹. Toutefois, la mise en œuvre récente des CNP ne permet pas d'identifier clairement leur effet éventuel sur le nombre ou le contenu des actions de DPC suivies par les professionnels de santé – exercice qu'il reviendra à la prochaine commission d'effectuer.

Concernant le suivi des actions de formation, et compte tenu des insuffisances du document de traçabilité électronique du DPC (cf. supra), le Conseil national professionnel et la FSM travaillent actuellement à la mise en œuvre d'une plateforme, qui devrait être opérationnelle d'ici la fin de l'année 2021, permettant d'intégrer aux données du document de traçabilité celles de l'ANDPC, ainsi que celles validées par chaque spécialité dans les recommandations spécifiques de parcours de DPC.

Par ailleurs, il faut noter que le rapport remis par le Pr Uzan en 2018¹² expertisait la mise en place d'un mécanisme de recertification des médecins, dans l'objectif de renforcer leur implication dans les démarches de DPC. Ce rapport a débouché sur l'adoption de l'article 5 de la loi du 24 juillet 2019¹³, habilitant le Gouvernement à mettre en place, dans un délai de 2 ans, un tel dispositif. Selon l'issue donnée aux travaux engagés à ce sujet, il conviendra d'accorder une attention particulière à l'intégration des thématiques AT-MP dans la démarche de recertification – et, le cas échéant, d'en effectuer un bilan dans le cadre de la prochaine commission.

1.2.1.1.2. – Des progrès dans la diffusion d'informations par les sociétés savantes médicales et d'autres organismes permettant de sensibiliser les médecins aux sujets AT-MP, même s'ils manquent parfois eux-mêmes d'informations de la part des pouvoirs publics

Comme l'avait déjà souligné la commission de 2017, l'information générale des médecins sur le risque AT-MP se développe progressivement grâce aux actions entreprises notamment par les sociétés savantes, l'Institut national du cancer (INCa) ; il faut également souligner le rôle important joué par certains groupements d'intérêt scientifique spécialisés en santé au travail et par les dispositifs de surveillance et de vigilance (parfois spécifiques à certaines pathologies). Depuis 2017, des évolutions positives ont été constatées, permettant en particulier de sensibiliser les médecins à l'origine potentiellement professionnelle de certaines pathologies.

Les sociétés savantes

Les sociétés savantes assurent une large diffusion des outils qu'elles développent. A titre d'exemple, la société française de médecine du travail (SFMT) diffuse régulièrement sur son site internet des recommandations de bonne pratique à destination de ses membres, contribuant notamment à une meilleure information des médecins sur les sujets AT-MP. En 2019, la SFMT a ainsi diffusé sur son site internet une publication de la Haute Autorité de Santé (HAS) relative à la santé et au maintien en emploi ainsi qu'à la prévention de la désinsertion professionnelle des travailleurs¹⁴.

S'agissant des cancers d'origine professionnelle, la SFMT a organisé fin 2018, en collaboration avec la société de médecine et santé au travail de l'ouest, un séminaire d'une journée, en partenariat avec l'ANSES et plus particulièrement le réseau national de vigilance et de prévention des pathologies professionnelles (RNV3P).

¹⁰ Décret n° 2019-17 du 9 janvier 2019 relatif aux missions, à la composition et au fonctionnement des conseils nationaux professionnels des professions de santé

¹¹ « Parcours de DPC en santé au travail », Conseil national professionnel de la médecine du travail, 2017.

¹² Rapport sur la recertification des médecins : garantir l'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins, Pr Serge Uzan, 2018.

¹³ Loi n°2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé.

¹⁴ <http://www.chu-rouen.fr/sfmt/pages/Recommandations.php>

Concernant plus spécifiquement l'aide à la détection des maladies d'origine professionnelle :

- La SFMT et la société de pneumologie de langue française (SPLF) ont élaboré, comme mentionné par la précédente commission, un questionnaire sur le repérage de l'origine professionnelle des pathologies, notamment liées à l'amiante ;
- En 2015, la SFMT a publié des recommandations de bonne pratique relatives à la surveillance médico-professionnelle des travailleurs exposés ou ayant été exposés à des agents cancérogènes pulmonaires ;
- Plus récemment, la SFMT a mis en place, en partenariat avec le CRPPE de Brest, un site Internet « Post Pro » dédié au suivi post-professionnel mis en place par la branche AT-MP¹⁵, pour les assurés ayant été exposés au cours de leur carrière à certains facteurs de risques professionnels, notamment à des agents cancérigènes (cf. infra). Cette initiative devrait contribuer à la meilleure information des professionnels de santé sur le dispositif, et ses modalités de mise en œuvre, afin d'améliorer la détection précoce des pathologies à effet différé et de sensibiliser les professionnels à leur origine potentiellement professionnelle – et donc à leur déclaration en maladies professionnelles.

Néanmoins, certains membres de la commission ont souligné dans certaines situations le manque d'information des sociétés savantes par les pouvoirs publics, s'agissant notamment des modifications apportées aux tableaux de maladies professionnelles, qui peut contribuer in fine au défaut d'information des médecins. A titre d'exemple, une étude récente consacrée aux hémopathies malignes montrait que le nouveau tableau n°59 relatif aux lymphomes malins non hodgkiniens liés aux pesticides, créé au régime agricole en 2015, et récemment modifié en 2019, était inconnu de 20% des hématologues, pourtant les plus à même d'effectuer des certificats médicaux initiaux AT-MP pour ces pathologies – alors qu'ils étaient « seulement » 8,6% à déclarer ne pas connaître les tableaux (n°4 au régime général et n°19 au régime agricole) relatifs aux hémopathies provoquées par le benzène¹⁶. La commission préconise à cet égard une meilleure information des sociétés savantes par les pouvoirs publics quant à l'actualisation des tableaux de maladies professionnelles¹⁷, en leur transmettant par exemple un tableau détaillant, pour les différents groupes de pathologies, les affections susceptibles d'être prises en charge, ainsi que les agents exposants et les tableaux de maladies professionnelles correspondants¹⁸.

S'agissant par ailleurs des pathologies non désignées dans les tableaux de maladies professionnelles, en particulier des cancers, la commission souligne qu'il apparaît difficile pour les médecins, en particulier généralistes, de savoir quels cancers pourraient être reconnus d'origine professionnelle en dehors des tableaux, sans avoir accès à une liste de professions (expositions) à risque, mise à jour régulièrement, pour chaque cancer. La commission souligne que l'information des sociétés savantes, telle que mentionnée supra, doit inclure également les pathologies non mentionnées dans les tableaux qui peuvent faire l'objet de reconnaissances après avis favorables des CRRMP.

Enfin, la commission relève que la participation de la société française de médecine générale aux travaux de la prochaine commission – qui nécessiterait une modification préalable de l'arrêté de 2011 mentionné en introduction – permettrait non seulement de mieux objectiver les facteurs de sous-déclaration liés aux médecins généralistes, compte tenu de leur rôle majeur dans le suivi et l'accompagnement des assurés, mais également de sensibiliser davantage cette société savante, et donc ses adhérents, à la problématique de la détection et de la déclaration des maladies d'origine potentiellement professionnelle.

¹⁵ <https://www.suivipostprofessionnel.fr/index.php/p/surveillance>.

¹⁶ « L'ignorance en chaîne : la sous-reconnaissance des hémopathies professionnelles liées aux pesticides », S. Brunier, J.-N. Jouzel et G. Prete, in *Cent ans de sous-reconnaissance des maladies professionnelles*, sous la direction de C. Cavalin, E. Henry, J.-N. Jouzeul, J. Pélisse, 2020, Presses des Mines, Collection Sciences sociales.

¹⁷ Cette recommandation rejoint celle formulée, pour les régimes agricoles, par le groupe de travail constitué au sein de la commission supérieure des maladies professionnelles en agriculture (COSMAP, équivalente de la CS4, chargée de l'élaboration des tableaux de maladies professionnelles et de la rédaction de recommandations à l'attention des CRRMP), chargé de formuler des préconisations pour mieux informer les salariés et diminuer la sous-déclaration, en particulier, des maladies professionnelles liées aux pesticides. Le groupe de travail préconise, à cet égard, une information par les pouvoirs publics du conseil de l'ordre (en vue de publications dans le bulletin de l'ordre des médecins) sur l'actualité des maladies professionnelles.

¹⁸ A cet égard, le tableau élaboré par des médecins dans le cadre de l'article publié en 2009 dans la revue *Maladies respiratoires professionnelles* constitue un exemple intéressant : « Réparation des maladies professionnelles respiratoires en France », Jean-Pierre L'Huillier et Dominique Choudat, *Revue des maladies respiratoires*, 2009.

Les groupements d'intérêt scientifique (GIS) créés dans le champ de la santé au travail

Plusieurs groupements d'intérêt scientifique, en plus d'assurer une veille des maladies d'origine professionnelle (cf. infra), ont diffusé des questionnaires permettant d'aiguiller les médecins dans leurs démarches d'identification de l'origine potentiellement professionnelle de certaines maladies. Ainsi, le GIS Evrest a mis en place un questionnaire sur lequel les médecins du travail et leurs équipes peuvent s'appuyer dans le cadre du suivi de l'état de santé des salariés afin de pouvoir suivre et analyser différents aspects du travail et de la santé des salariés. Cet outil informatif, en libre accès sur internet¹⁹, permet la diffusion d'informations variées relatives aux risques professionnels.

S'agissant plus spécifiquement des cancers, le groupement d'intérêt scientifique sur les cancers d'origine professionnelle de Seine Saint-Denis (GIS COP 93), créé au début des années 2000, a mis en place un questionnaire pour favoriser l'identification par les médecins hospitaliers des patients présentant une maladie potentiellement d'origine professionnelle ; ce dispositif a été transposé en 2015 à Avignon (GIS COP 84).

L'INCa

L'institut national du cancer (INCa) a élaboré et diffusé en avril 2015 une brochure²⁰ sur la reconnaissance des cancers en maladie professionnelle à destination des professionnels de santé, disponible sur son site Internet et sur les stands de l'INCa lors des colloques et des congrès. Par ailleurs, l'INCa met à disposition sur son site un bulletin de veille trimestriel (Cancers Pro Actu) qui porte sur l'ensemble des problématiques en lien avec les cancers professionnels (prévention, reconnaissance, dispositions réglementaires, projets de recherche en cours, colloques), à destination des professionnels de santé au travail²¹. Une enquête menée en 2020 montre qu'un quart des abonnés à ce bulletin de veille trimestriel sont des médecins du travail, 20% des ingénieurs ou intervenants en prévention des risques. L'INCa mène actuellement une réflexion pour redynamiser ce support d'information. Plusieurs pistes sont à l'étude : augmentation de la fréquence de publication (périodicité mensuelle), personnalisation des contenus, proposition d'inscription à ce bulletin via les sites web de l'ANSES et de l'INRS, refonte graphique.

L'INCa publie également sur son site internet une base de données documentaires, Cancers Pro Doc, sur la prévention primaire des cancers professionnels qui s'adresse principalement aux médecins du travail et aux services de santé au travail, pour leur information personnelle dans le cadre du suivi médical des travailleurs ou pour leur communication avec les employeurs et les travailleurs.

Les dispositifs de surveillance et de vigilance en santé au travail

L'information des médecins sur les expositions professionnelles, susceptibles de donner lieu à des déclarations de maladies professionnelles, repose également sur les dispositifs de surveillance ou de vigilance en santé au travail existant à l'échelle nationale. Ces derniers permettent d'évaluer les expositions et d'améliorer la connaissance sur les pathologies potentiellement d'origine professionnelle, ainsi que de sensibiliser les différents acteurs concernés. En particulier, le RNV3P, réseau de professionnels de la santé au travail qui regroupe les 30 centres régionaux de pathologies professionnelles et environnementales (CRPPE, cf. infra, en partie 1.2.3.2), et dont les activités sont coordonnées par l'ANSES, assure une mission d'amélioration des connaissances des médecins du travail et plus globalement de l'ensemble des acteurs en santé au travail. A titre d'exemple, l'ANSES a publié en 2018, dans le cadre de l'action 12.4 du plan cancer 2014-2019 « Soutenir la surveillance épidémiologique et la recherche pour améliorer les connaissances sur les cancers professionnels », une vaste étude²² retraçant les situations professionnelles associées à différents types de cancers, en s'appuyant sur la base de données du RNV3P. Au total, onze localisations de cancers ont été étudiées, entre 2001 et 2016. Ce travail a été présenté au 35^{ème} Congrès national de médecine et santé au travail en 2018 à Marseille à travers douze posters et une communication orale, ainsi qu'une publication dans la revue *Le Concours médical*.

¹⁹ <http://evrest.istnf.fr/docs/Fichier/2020/4-201219083004.pdf>.

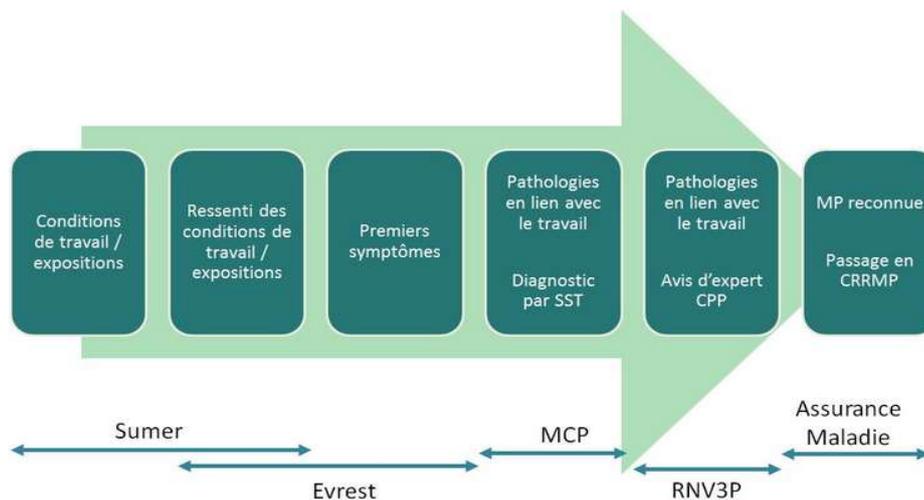
²⁰ « Cancers professionnel : pourquoi et comment déclarer en maladie professionnelle ? »

²¹ A titre d'exemple, le bulletin trimestriel n°33 (octobre-décembre 2020) recensait la parution du guide méthodologique pour l'élaboration des tableaux de maladies professionnelles réalisé par l'ANSES ou encore un extrait du numéro 164 de la revue « références en santé au travail » de l'INRS dédié à la surveillance médicale post-professionnelle.

²² « Rapport d'étude : description par type de cancer des situations professionnelles à risque : synthèse des données du réseau RNV3P » : <https://www.anses.fr/fr/system/files/RNV3P-Ra-Novembre2018.pdf>.

Trois autres dispositifs de surveillance ou de vigilance en santé au travail ont été mis en place : évolutions et relations en santé au travail (GIS Evrest), maladies à caractère professionnel (MCP, Santé publique France), surveillance médicale des expositions des salariés aux risques professionnels (SUMER, DARES).

Schéma 1 : La complémentarité entre les différents dispositifs de surveillance en santé au travail



Comme le montre le schéma 1 ci-dessus, ces systèmes de veille, de vigilance et de surveillance sont complémentaires, et interviennent à des stades différents. Ainsi, le dispositif SUMER permet le suivi des expositions professionnelles (selon une approche déclarative, basée sur les réponses des salariés aux différentes enquêtes, la dernière édition datant de 2017), tandis que le GIS Evrest et le programme MCP retracent les pathologies déclarées, ainsi que leur lien potentiel avec une activité professionnelle. Le groupe de travail MERS (MCP, Evrest, RNV3P et SUMER), formé en 2017, a ainsi pour objectif de clarifier et de rendre lisibles les complémentarités de ces différents dispositifs. Un groupe de travail composé de représentants de chacun de ces dispositifs a étudié en 2019 les métiers de l'aide à domicile occupés par les femmes²³. Une présentation de ces travaux devait avoir lieu lors du 36^{ème} Congrès national de médecine et santé au travail, qui n'a pu se tenir en 2020 du fait du contexte sanitaire.

Enfin, il faut souligner l'existence de dispositifs de surveillance spécifiques à certaines pathologies, mis en œuvre par Santé publique France, tels que l'Observatoire national de l'asthme professionnel (qui, faute de financements, n'a toutefois duré que quelques années entre 1996 et 2001) et le Programme national de surveillance du mésothéliome pleural, actif depuis 1998. Ce dispositif a notablement contribué à l'amélioration de la détection de l'origine professionnelle de certains mésothéliomes et à l'orientation des victimes, le cas échéant, vers les démarches de reconnaissance de maladies professionnelles. Ainsi, le taux de déclaration en maladies professionnelles est, en moyenne sur les 20 dernières années, plus élevé dans les 21 départements couverts par le programme que dans le reste de la France – même si, pour des raisons liées notamment aux victimes (cf. infra) et au manque d'accompagnement de ces dernières dans des démarches souvent jugées complexes, la sous-déclaration reste importante : aussi, sur la période 2005-2016, parmi les 2 585 personnes avec un diagnostic de mésothéliome pleural confirmé enregistrées dans le PNSM et relevant du régime général de sécurité sociale, 42% n'ont pas fait de demande de reconnaissance en maladie professionnelle auprès de la CPAM, et 27% n'ont fait aucune démarche ni auprès de la CPAM ni auprès du fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA).

1.2.1.1.3. – Les échanges entre les prescripteurs et les caisses pour faciliter l'appropriation par les médecins de la démarche de rédaction du certificat médical AT-MP

La simplification de certificats médicaux AT-MP

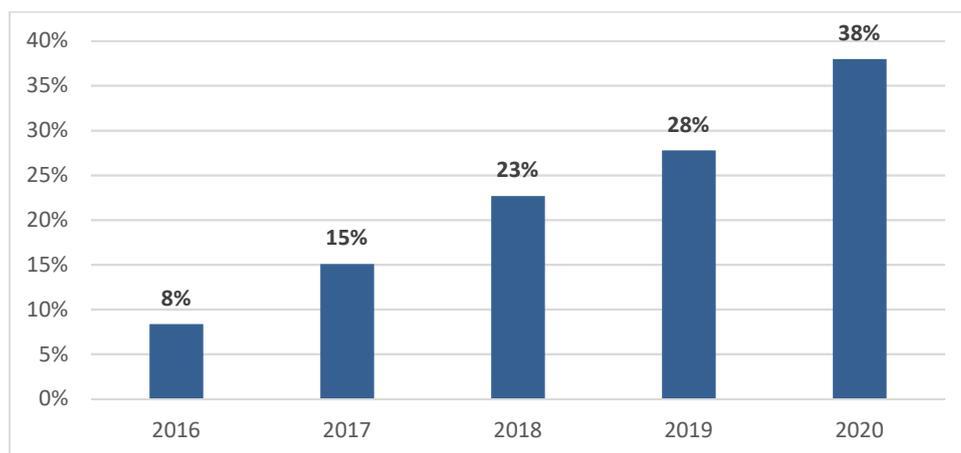
²³ « Quelle complémentarité pour les dispositifs en santé travail (Evrest, MCP, SUMER, RNV3P) : un exemple à partir des métiers de l'aide à domicile chez les femmes ? », L. Rollin, P. Andujar, J. Bloch, J. Chatelot, T. Coutrot, J.D. Dewitte, J. Homere, M. Léonard, A. Leroyer, S. Memmi, C. Nisse, E. Rosankis, F. Tone, N. Vongmany. *Archives des Maladies Professionnelles et de l'Environnement*, 2021.

Le rapport établi par la commission réunie en 2017 mettait l'accent sur la nécessité de faciliter l'appropriation par les médecins de la démarche de rédaction du certificat médical initial AT-MP. La commission proposait à cet égard de séparer d'une part, la partie du certificat relative aux lésions ou aux maladies, nécessaire à l'instruction de la demande de reconnaissance d'AT-MP dans la mesure où elle décrit les lésions et établit leur lien potentiel avec le travail habituel de la victime, et, d'autre part, la partie prescriptions d'arrêt de travail, qui n'a pas d'incidence sur la reconnaissance de l'AT-MP, sans que cela n'entraîne de manipulations complexes pour le médecin émetteur.

Des travaux ont été engagés en ce sens par la CNAM : aussi, la prescription de l'arrêt de travail, ou sa prolongation, ne relèvera plus à l'avenir du certificat médical AT-MP, mais d'un formulaire commun à la maladie et aux AT-MP. De plus, un chaînage sera mis en place sur Ameli, afin d'orienter les médecins du certificat médical vers l'avis d'arrêt de travail, ou inversement, lorsqu'ils estiment que l'état de santé de leur patient pourrait être lié à un AT-MP. La démarche a ainsi été poursuivie en deux temps, un premier jalon ayant été posé, pour les certificats médicaux de prolongation, par l'article 3 du décret du 20 août 2019²⁴, et la mesure ayant ensuite été étendue à l'ensemble des certificats médicaux par l'article 100 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2021²⁵, qui entrera en vigueur au 1^{er} novembre 2021²⁶.

Cette mesure devrait permettre aux médecins de mieux identifier l'objet du certificat médical initial, et ses modalités de rédaction. Elle pourrait également permettre d'améliorer le taux de dématérialisation des certificats médicaux initiaux, grâce notamment au chaînage entre l'avis d'arrêt de travail (dématérialisé, en maladie, dans 50% des cas environ) et le certificat médical AT-MP – dont le taux de dématérialisation reste nettement inférieur, malgré une hausse observée depuis la précédente commission (de 15,1% en 2017 à 38% en 2020). Les démarches des professionnels de santé pourraient ainsi s'en trouver facilitées.

Graphique 1 : Taux de dématérialisation des certificats médicaux initiaux AT-MP



Source : CNAM, 2021

Les partenaires sociaux auditionnés par la commission jugent l'évolution des certificats médicaux initiaux et leur dématérialisation de manière globalement positive, mais ils soulignent qu'elle peut soulever des difficultés pour les médecins du travail, qui n'ont pas accès à la dématérialisation via Ameli Pro, alors même qu'ils rédigent fréquemment des certificats médicaux initiaux (parfois parce que les médecins traitants leur ont adressé à cette fin leurs patients présentant une pathologie d'origine potentiellement professionnelle).

Les campagnes des délégués de l'Assurance maladie (DAM)

²⁴ Décret n°2019-854 du 20 août 2019 portant diverses mesures de simplification dans les domaines de la santé et des affaires sociales.

²⁵ Loi n°2020-1576 du 14 décembre 2020 de financement de la sécurité sociale pour 2021.

²⁶ Les certificats médicaux de prolongation seront entièrement supprimés, puisque, en-dehors de la prescription d'arrêt de travail qui sera désormais intégrée à un formulaire commun à la maladie et aux AT-MP, ils n'ont pas d'incidence sur les prestations servies à l'assuré, et en particulier sur le remboursement des frais de santé, celui-ci étant dû jusqu'à la guérison ou à la consolidation de la blessure. En revanche, les autres certificats médicaux (initial, rechute, final) seront maintenus, mais sans la partie relative à la prescription d'arrêt de travail.

Les campagnes menées en 2018 et 2019 ont permis la présentation aux médecins d'un document sur les certificats médicaux pour les AT-MP, donnant des informations sur les différents types de certificats et la procédure pour les remplir. Cette action de sensibilisation a été l'occasion de rappeler, plus globalement, l'importance de la recherche de l'origine professionnelle des pathologies dans le cadre du dialogue habituel des prescripteurs avec les services de l'Assurance maladie. La commission encourage la poursuite de telles actions, qui devront aussi permettre d'informer les professionnels de santé sur les évolutions, mentionnées supra, des certificats médicaux AT-MP.

1.2.1.1.2. – Les autres facteurs de la sous-déclaration des AT-MP

La sous-déclaration par les médecins se manifeste, comme mentionné supra, dans les démarches de déclaration des maladies professionnelles, qui sont souvent mal maîtrisées, mais aussi, en amont, dans l'insuffisante détection de l'origine potentiellement professionnelle des pathologies. En effet, les médecins généralistes, mais aussi les médecins spécialistes, y compris certains praticiens hospitaliers, ne font pas toujours l'association entre la pathologie et une exposition professionnelle antérieure, notamment s'agissant des pathologies plurifactorielles, par exemple concernant la bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO), dont l'éventuelle origine professionnelle²⁷ est très largement oubliée ou sous-estimée²⁸, les praticiens associant régulièrement cette pathologie à la consommation tabagique²⁹. Cette difficulté vaut également pour les pathologies à effet différé (qui sont souvent plurifactorielles également), compte tenu de la difficulté pour les médecins à identifier des expositions anciennes qui pourraient avoir contribué à la survenance de la maladie.

Il faut noter par ailleurs, s'agissant des pathologies plurifactorielles, que les médecins considèrent souvent, même lorsqu'ils ont connaissance d'expositions professionnelles, que les facteurs extra-professionnels constituent un obstacle à la déclaration et à la reconnaissance en maladie professionnelle ; l'existence de facteurs extra-professionnels représente ainsi, selon les enquêtes, le principal frein à la déclaration des maladies professionnelles³⁰. Cette sous-déclaration liée aux médecins s'explique par les facteurs mentionnés supra (en partie 1.2.1.1.1), relatifs notamment aux insuffisances de la formation continue, mais également par d'autres causes que la commission a souhaité mettre en avant. En premier lieu, la commission a pu faire le constat que les médecins de ville privilégiaient souvent une approche fondée sur le soin (ce qui constitue naturellement leur mission première) plutôt qu'une démarche proactive de détection de l'origine professionnelle des pathologies – que certains professionnels estiment par ailleurs relever davantage des médecins du travail. Les autres facteurs sont détaillés infra.

1.2.1.1.2.1. Les lacunes de la formation initiale en matière d'AT-MP

La commission souligne également l'insuffisance de la formation initiale des médecins sur les sujets AT-MP, en particulier concernant le deuxième cycle (le troisième cycle ayant quant à lui fait l'objet d'une révision, ayant conduit à y intégrer une sensibilisation aux problématiques de déclaration des maladies professionnelles, qu'avait déjà soulignée la précédente commission). Deux études ont ainsi été conduites, en France (auprès de 34 universités dans un cas et 35 dans l'autre) et à l'échelle européenne, en 2005 et 2013³¹ : elles ont montré, d'une part, que le volume d'enseignements dédiés à la santé au travail et aux AT-MP pendant les études médicales de deuxième cycle (avant l'internat) était réduit (entre 9,1 et 10,3 heures selon les études), inférieur à la moyenne européenne (25,5 heures) et très variable d'une université à l'autre (entre 2 heures et 18 heures). D'autre part, elles ont révélé que le contenu des formations était très hétérogène : ainsi, si elles précisent quasi-systématiquement la définition des AT-MP et,

²⁷ L'industrie minière, le BTP, la fonderie, la sidérurgie, le textile, le milieu céréalier, la production laitière et l'élevage de porcs constituent les secteurs d'activité les plus à risque pour cette pathologie.

²⁸ Alors que la fraction attribuable à l'activité professionnelle se situe aux alentours de 15% (American Thoracic Society, 2002).

²⁹ Voir, par exemple, les enquêtes réalisées en région Provence-Alpes-Côte d'Azur par Sandrine Arnaud et al., dont les résultats ont été présentés notamment dans les articles suivants : « Les médecins face à la santé au travail : Une étude qualitative dans le Sud-Est de la France », *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, 2007 ; « Déclaration en maladie professionnelle d'une lombosciatique professionnelle : dilemme éthique pour les médecins ? », *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, 2008 ; « Different Reporting Patterns for Occupational Diseases Among Physicians : A Study of French General Practitioners, Pulmonologists and Rheumatologists », *International Archives of Occupational and Environmental Health*, 2010.

³⁰ Voir, par exemple, les enquêtes réalisées en région Provence-Alpes-Côte d'Azur par Sandrine Arnaud et al., cf. supra.

³¹ « Enseignement de la médecine du travail en deuxième cycle des études médicales en France », J.-F. Gehanno, D. Choudat, J.-F. Caillard, *Archives of Occupational and Environmental Diseases*, 2005 ; « Undergraduate teaching of occupational medicine in European schools of medicine », J.-F. Gehanno et al., *Archives of Occupational and Environmental Health*, 2013.

dans une moindre mesure, l'origine professionnelle de certaines pathologies (affections respiratoires, appareil locomoteur, intoxications professionnelles), elles sont plus hétérogènes quant au rôle du médecin du travail et à l'étiologie professionnelle de certaines maladies (liées notamment au risque infectieux ou aux risques psychosociaux) ; par ailleurs, seule une université prévoit la réalisation d'une visite en entreprise. Enfin, les études montrent que l'assiduité des étudiants à ces enseignements est fluctuante, environ 30% des élèves indiquant au moment du doctorat n'avoir suivi aucun enseignement en médecine du travail au cours de leurs études.

Bien que ces études datent d'une dizaine d'années, les retours des membres de la commission et des organismes interrogés (collège des enseignants en médecine du travail en particulier) ne semblent pas montrer d'évolution significative depuis 2013 – qui, en tout état de cause, n'aurait pas encore d'impact sur les médecins en activité. A titre d'exemple, dans le champ plus spécifique des hémopathies, une enquête conduite récemment auprès de 200 hématologues montrait que 95% d'entre eux avaient suivi moins de 6 heures d'enseignement en santé au travail pendant leurs études, et que 94% d'entre eux n'avaient suivi aucune formation en la matière après leur doctorat³². Par ailleurs, les membres de la commission ont relevé le faible nombre de stages réalisés en médecine du travail (qui ne sont pas obligatoires et s'avèrent par ailleurs très dépendants de la présence ou non d'un service de médecine du travail au sein de l'établissement hospitalier dont relève l'étudiant), alors même que les mises en situation sont déterminantes pour comprendre les enjeux et assimiler les connaissances. La commission souligne ainsi la nécessité d'améliorer la formation AT-MP dans le cadre du deuxième cycle des études médicales, dans le double objectif de mieux faire connaître la spécialité de médecine du travail avant l'internat (cf. infra) et de sensibiliser les futurs médecins des autres spécialités aux sujets de santé au travail et d'AT-MP.

Des évolutions pourraient toutefois intervenir à moyen terme, du fait de la réforme du deuxième cycle des études de médecine (R2C), qui a fait l'objet de discussions dès l'été 2017, et qui est entrée en application à la rentrée 2020. Cette réforme a notamment vocation à réduire la fraction des connaissances attendues à l'issue du deuxième cycle, jugées trop spécialisées. Les connaissances attendues sont désormais hiérarchisées en rang de complexité graduée (A, B et C) : un taux minimum de validation des questions correspondant au rang A (connaissances indispensables) est nécessaire pour participer à la procédure de matching³³ ; les connaissances de rang B impactent la réussite des étudiants ; les connaissances de rang C basculent quant à elles hors du programme du deuxième cycle. En réduisant la part des connaissances les plus pointues dans l'évaluation des étudiants, la réforme est susceptible de majorer le temps consacré par ceux-ci à l'étude des items relatifs aux risques professionnels. La réforme, dans la mesure où elle laisse une plus grande place à la pratique, pourrait aussi permettre aux étudiants de mieux s'approprier les sujets, y compris sur les AT-MP. Il s'agira néanmoins, pour la prochaine commission, d'évaluer l'impact concret de cette réforme et de mesurer ses effets sur l'enseignement des thématiques liées aux risques professionnels.

1.2.1.1.2.2. La crainte de poursuites devant le conseil de l'ordre des médecins

En aval de la détection de l'origine potentiellement professionnelle d'une maladie, la crainte de certains médecins généralistes ou spécialistes d'être poursuivis devant leur juridiction ordinaire a également été régulièrement mentionnée comme un facteur de sous-déclaration. En effet, des plaintes ont été engagées au cours des dernières années contre les médecins³⁴, en particulier des médecins psychiatres, sur le fondement du non-respect de l'article R. 4127-28 du code de la santé publique, selon lequel « la délivrance d'un rapport tendancieux ou d'un certificat de complaisance est interdite ». Dans la majorité des cas, il est reproché aux praticiens d'attester dans le certificat médical initial des faits qu'ils n'ont pu personnellement constater, en particulier s'agissant des affections psychiques, et d'outrepasser leurs compétences consistant à faire part d'une simple potentialité de lien entre la maladie et l'activité professionnelle du patient³⁵. Ainsi, l'emploi de termes tels que, en maladie professionnelle, un « état anxio-dépressif majeur réactionnel à une situation de conflit avec l'employeur » ou, en accident du travail, un « choc

³² « L'ignorance en chaîne : la sous-reconnaissance des hémopathies professionnelles liées aux pesticides », S. Brunier, J.-N. Jouzel et G. Prete, in *Cent ans de sous-reconnaissance des maladies professionnelles*, sous la direction de C. Cavalin, E. Henry, J.-N. Jouzeul, J. Péliasse, 2020, Presses des Mines, Collection Sciences sociales.

³³ Appariement des étudiants dans leur future spécialité et ville d'affectation.

³⁴ « Plaintes de l'employeur devant le Conseil de l'ordre des médecins : quand l'incompétence se fait juge de la compétence », Alain Carré et Dominique Huez, *Travailler*, 2015.

³⁵ De même, dans le cadre d'un certificat médical de nouvelle lésion/rechute, il n'appartient pas au médecin, même en cas de reconnaissance du caractère professionnel de l'accident initial, de se prononcer sur le lien de causalité avec le travail de l'aggravation de l'état de santé que subirait ultérieurement la victime.

psychologique suite à un entretien traumatique au travail », a donné lieu à des sanctions³⁶.

La commission rappelle toutefois que, à l'inverse, les médecins ont une obligation déontologique de déclarer les maladies d'origine potentiellement professionnelle qu'ils auraient identifiées, sur le fondement notamment des articles R. 4127-50 et R. 4127-76 du code de la santé publique, selon lesquels « le médecin doit, sans céder à aucune demande abusive, faciliter l'obtention par le patient des avantages sociaux auxquels son état lui donne droit » et « l'exercice de la médecine comporte normalement l'établissement par le médecin, conformément aux constatations médicales qu'il est en mesure de faire, des certificats, attestations et documents dont la production est prescrite par les textes législatifs et réglementaires ». Certaines plaintes ont ainsi prospéré à l'encontre de médecins ayant refusé d'établir le certificat médical initial, ou l'ayant fait sans cocher la case relative au caractère potentiel d'accident du travail ou de maladie professionnelle³⁷. Il convient, par conséquent, de renforcer l'information des médecins sur leurs obligations déontologiques, et sur les modalités d'établissement du certificat médical initial³⁸.

1.2.1.1.2.3. La perception d'un intérêt limité pour les victimes, voire de conséquences défavorables, à la déclaration d'une maladie professionnelle

Les médecins peuvent être dissuadés d'engager, via la rédaction du certificat médical initial, une démarche de reconnaissance de maladie professionnelle, par crainte d'une répercussion sur l'emploi (situation conflictuelle avec l'employeur) ou l'employabilité (signal d'un état de santé dégradé) de l'assuré³⁹, qui ne serait pas compensée par l'intérêt financier d'une reconnaissance de maladie professionnelle – selon eux limité. En particulier, l'avantage d'une reconnaissance d'AT-MP peut être considéré comme réduit s'agissant de la prise en charge des frais de santé (notamment pour les affections de longue durée, qui ouvrent droit à un remboursement à 100% des tarifs de la sécurité sociale) et de l'indemnisation des arrêts de travail (dans la mesure où l'indemnité journalière, plus faible en maladie qu'en AT-MP, est, en tout cas pour les salariés ayant plus d'un an d'ancienneté, complétée au moins partiellement par l'employeur⁴⁰). A cet égard, il faut souligner que les informations délivrées aux médecins dans le champ des AT-MP présentent rarement les conséquences financières d'une reconnaissance – à l'exception par exemple de l'article publié en 2009 dans la *Revue des maladies respiratoires*⁴¹. Ce dernier détaille les différentes prestations, et leurs modalités de calcul, versées aux victimes d'AT-MP, ainsi que l'impact d'une reconnaissance en termes de droit du travail (le montant des indemnités de licenciement étant doublé en cas de licenciement pour inaptitude lié à un AT-MP)⁴².

Aussi, la commission relève que la formation (initiale et continue) des professionnels de santé en matière d'AT-MP pourrait inclure une sensibilisation aux conséquences financières d'un AT-MP, ainsi qu'aux actions dont peuvent bénéficier les victimes en matière de maintien en emploi. Plusieurs dispositifs pourraient à cet égard être soulignés. D'une part, l'ordonnance du 22 septembre 2017 a créé un dispositif de formation pour les victimes d'un AT-MP ayant entraîné une incapacité permanente d'au moins 10%, consistant en un abondement de 7 500 € de leur compte personnel de formation, destiné à la réalisation de formations de reconversion professionnelle. D'autre part, les

³⁶ Voir, par exemple, les décisions des chambres disciplinaires du 11 mars 2014 (troubles musculo-squelettiques) et du 3 février 2015, 19 décembre 2017 et 30 octobre 2018 (affections psychiques) : <http://www.jurisprudence.ordre.medecin.fr/RechercheSimple.do>.

³⁷ Voir, par exemple, la décision des chambres disciplinaires du 28 septembre 2020.

³⁸ Ces obligations ont été rappelées par le « Rapport relatif aux écrits du médecin du travail et la déontologie médicale », publié par le Conseil national de l'ordre en 2015. Certains praticiens considèrent que ce rapport, même s'il traduit un assouplissement de la position du Conseil national de l'ordre, demeure trop restrictif quant à la faculté pour les médecins (y compris autres que médecins du travail) de donner un avis, via le certificat médical initial, sur le caractère potentiellement professionnel d'un accident ou d'une maladie (cf. lettre ouverte des Dr. Philippe Davezies et Christian Torres, 2015).

³⁹ Voir, par exemple, les enquêtes réalisées en région Provence-Alpes-Côte d'Azur par Sandrine Arnaud et al., cf. supra.

⁴⁰ En particulier, le taux de remplacement, de 50% en maladie (après un délai de carence de 3 jours), est de 60% en AT-MP (pendant les 28 premiers jours, sans délai de carence), puis de 80% (à compter du 29^e jour, sans limitation de durée). Le complément employeur est quant à lui versé (sauf dispositions conventionnelles plus favorables) après un délai de carence de 7 jours (sauf en AT-MP), de manière à indemniser le salarié à hauteur de 90% puis 66,66% de la rémunération précédente, pendant une durée variable en fonction de la durée d'ancienneté du salarié au sein de l'entreprise.

⁴¹ « Réparation des maladies respiratoires professionnelles en France », Jean-Pierre L'Huillier et Dominique Choudat, *Revue des maladies respiratoires*, 2009.

⁴² « La sous-reconnaissance des maladies professionnelles en France : Revue bibliographique des travaux de sciences sociales et de santé publique (1990-2020) », Blandine Barlet et Giovanni Prete, 2021.

victimes d'AT-MP peuvent bénéficier des actions de prévention de la désinsertion professionnelle développées par la CNAM et les services de santé au travail, qui concernent globalement les assurés, victimes d'une AT-MP ou d'une maladie d'origine non professionnelle, en arrêt de travail de longue durée (critère qui favorise les victimes d'AT-MP, dont la durée moyenne d'arrêt de travail est plus longue que celle des victimes de maladies non professionnelles⁴³).

1.2.1.1.2.4. Les lacunes de la veille médicale et scientifique

A côté de leur rôle dans le processus de demande de reconnaissance de maladie professionnelle, via la rédaction du certificat médical initial, les médecins doivent, en application de l'article L. 461-6 du code de la sécurité sociale, signaler tout symptôme d'imprégnation toxique ou toute maladie potentiellement à caractère professionnel. Ce signalement, qui existe depuis la création du dispositif d'indemnisation des maladies professionnelles en 1919, était initialement adressé à l'inspection du travail – et avait essentiellement pour but d'assurer une veille scientifique et épidémiologique, dans l'objectif d'alimenter les travaux de la commission chargée de l'actualisation des tableaux de maladies professionnelles. Aujourd'hui, si des déclarations peuvent être faites dans le cadre du programme MCP (maladies à caractère professionnel) mis en place en 2003 par l'ex-Institut national de veille sanitaire (InVS, aujourd'hui Santé publique France) et l'Inspection médicale du travail, la commission relève plusieurs difficultés.

D'une part, le programme MCP de Santé publique France (cf. encadré 6 infra) ne concerne que les médecins du travail de certaines régions, qui n'ont par ailleurs aucune obligation à participer à cette enquête. En effet, le dispositif MCP fonctionne sur la base du volontariat des médecins du travail, et plus largement de leur équipe, dans un contexte général où la charge de travail de ces médecins a augmenté ces dernières années (en lien avec la diminution de leur nombre), et ce malgré le troisième plan santé au travail pour la période 2016-2020 (PST3) qui a promu une participation accrue des médecins du travail à ce programme, dans la perspective plus globale d'un renforcement des données en matière de veille et d'expertise en santé au travail.

D'autre part, l'obligation de signalement à tous les docteurs en médecine des maladies à caractère professionnel ne fait l'objet d'aucune formalisation, en-dehors du programme MCP. En particulier, les médecins ne sont le plus souvent pas informés de cette obligation et, lorsqu'ils le sont, ne connaissent pas les procédures à engager. La commission souligne ainsi l'intérêt d'une réflexion à engager sur la mise en œuvre de cette obligation qui pourrait contribuer à la meilleure connaissance du lien entre le travail et certaines pathologies, et donc à la fois à la lutte contre la sous-déclaration des AT-MP et à l'actualisation des tableaux de maladies professionnelles en CS4.

1.2.1.2. – Les enjeux spécifiques à la médecine du travail

1.2.1.2.1. – Les préconisations de 2017 et le bilan de leur mise en œuvre

Parmi l'ensemble des professionnels de santé, les membres des services de santé au travail, comme l'ont relevé les différentes commissions, constituent un acteur central dans la détection des maladies potentiellement d'origine professionnelle et leur déclaration (en tout cas s'agissant des personnes salariées encore en activité, les personnes retraitées victimes de maladies professionnelles à effet différé ou les actifs en situation précaire relevant quant à eux des médecins de soins, en particulier des médecins traitants).

Aussi, la commission de 2017 avait formulé les préconisations suivantes :

- ✓ *Rester vigilant sur la place de la voie initiale (DES) de formation par rapport aux passerelles (dont la formation DIU médecin collaborateur est l'exemple actuel) et sur ses conséquences à moyen et long termes sur le nombre d'enseignants en médecine du travail qui assurent la formation des futurs médecins et interviennent dans les centres de consultation de pathologies professionnelles ;*
- ✓ *Confier aux infirmières des entreprises et aux agents de prévention le rôle d'informer les salariés des possibilités et des modalités de déclaration des maladies professionnelles, compte tenu notamment de la pénurie de médecins (cette recommandation est reprise du rapport de 2014) ;*
- ✓ *Dans le cadre des travaux de mise en œuvre de l'article 119 de la loi relative à la modernisation du système de santé de janvier 2016 qui pose le cadre juridique caractérisant l'exercice de la pratique avancée dans lequel s'inscrit l'infirmier clinicien, engager une réflexion sur cette nouvelle modalité d'exercice dans le cadre de la médecine du travail.*

⁴³ En 2019, la durée moyenne d'arrêt était de 36 jours en maladie ordinaire, et de 67 jours en AT-MP (statistiques CNAM).

1.2.1.2.1.1. – La place de la voie initiale (DES) de formation par rapport aux passerelles (dont la formation DIU médecin collaborateur est l'exemple actuel)

Une attrition des effectifs de médecins du travail

Le nombre de médecins du travail en activité a connu une forte diminution au cours des dernières années, qui s'est poursuivie lors de la période 2016-2020. En effet, une enquête de la Direction générale du travail (DGT) de 2016 indiquait que les services de santé au travail interentreprises (SSTI) comptaient, à cette date, 4 910 médecins du travail – et les services de santé au travail autonomes (SSTA) 1 101. S'il n'existe pas de chiffres plus récents s'agissant des SSTA, les statistiques actualisées de la DGT concernant les SSTI montrent que le nombre de médecins du travail s'établit désormais à 3 918, soit une diminution de 20% en quatre ans. Cette évolution s'explique essentiellement par les départs à la retraite, que ne parviennent pas à compenser, à ce stade, les flux de nouveaux médecins.

En effet, la spécialité de médecine du travail reste globalement peu attractive pour les étudiants en médecine. Ainsi, dans le cadre de la procédure d'ouverture de postes aux épreuves classantes nationales (ECN), l'inadéquation en médecine du travail (correspondant au taux entre le nombre de postes non pourvus et le nombre de postes ouverts), demeure élevée, la médecine du travail présentant d'ailleurs les taux d'inadéquation les plus élevés toutes spécialités confondues. Certes, ce taux a plutôt diminué sur longue période (de 34% en 2014 et 46% en 2015 à 20% en 2020), mais cette évolution résulte essentiellement d'une baisse du nombre de postes ouverts (cf. tableau 4 infra).

Tableau 4 : Evolution des postes ouverts et pourvus à l'internat de médecine du travail (source DGOS)

	Postes ouverts	Postes pourvus	Taux d'inadéquation
2020	124	99	20%
2019	122	102	16%
2018	129	81	37%
2017	137	89	35%
2016	157	72	54%
2015	194	105	46%
2014	177	117	34%

L'exercice de la médecine du travail présente pourtant des facteurs d'attractivité, mis en avant par le rapport de l'IGAS et de l'IGAENR de 2017 sur « l'attractivité et la formation des professions de santé au travail »⁴⁴. Ainsi, les possibilités d'exercice sont variées (au sein d'un SST, en milieu hospitalier ou auprès d'un CRPPE). Par ailleurs, les perspectives de rémunérations sont attractives pour les médecins exerçant au sein d'un SST, puisque la rémunération en début de carrière dépasserait fréquemment 6 000 € nets par mois. Toutefois, les retours de la direction générale de l'offre de soins (DGOS) à la commission ont plutôt conduit à nuancer ce constat de la mission IGAS/IGAENR puisque la rémunération des praticiens hospitaliers, toutes spécialités confondues, se situerait autour de 5 200 € nets par mois (en incluant notamment les gardes et les astreintes ou, par exemple, la prime d'exercice territorial le cas échéant). En tout état de cause, la rémunération est par ailleurs plus stable que celles des professionnels de santé libéraux. Enfin, comme l'a souligné la commission, le rythme de travail des médecins du travail est plus conciliable avec une vie extra-professionnelle que dans d'autres spécialités⁴⁵.

Néanmoins, plusieurs facteurs peuvent expliquer le relatif désintérêt des étudiants pour cette spécialité. En premier lieu, la pratique de la médecine du travail est axée sur la prévention, et ne comporte aucune dimension curative ; de ce fait, les médecins du travail ne peuvent effectuer de prescription (de traitements ou d'arrêts de travail), sauf dans certaines situations d'urgence (la possibilité de prescrire des arrêts de travail liés à la Covid leur a également été ouverte dans le contexte pandémique actuel⁴⁶, avec un taux de recours qui est d'ailleurs resté très limité). Ensuite, l'exercice majoritairement salarié de la profession, même s'il peut constituer un facteur d'attractivité, comme mentionné supra (et qu'il correspond d'ailleurs à une tendance de fond pour l'ensemble des spécialités médicales),

⁴⁴ « Attractivité et formation des professions de santé au travail », Rapport de l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) et de l'Inspection générale de l'administration de l'éducation nationale et de la recherche (IGAENR), 2017.

⁴⁵ Les médecins du travail des SST sont salariés et leur situation est à cet égard peu comparable avec celle des médecins libéraux.

⁴⁶ Cette faculté est prévue par l'ordonnance du 1^{er} avril 2020 adaptant les conditions d'exercice des missions des services de santé au travail à l'urgence sanitaire et modifiant le régime des demandes préalables d'autorisation d'activité partielle.

constitue pour certains étudiants un frein au choix de cette spécialité. La comparaison avec les médecins scolaires est, à cet égard, éclairante : en effet, si le vivier des candidats a été élargi pour pallier la diminution des effectifs (via notamment une réduction de la durée de formation à l'Ecole des hautes études en santé publique, EHESP), il semblerait que le principal facteur nouveau d'attractivité de la médecine scolaire soit la possibilité pour les praticiens, souvent généralistes par ailleurs (la médecine scolaire ne constituant pas une spécialité), d'exercer une activité libérale en parallèle – faculté toutefois difficilement transposable, en l'état actuel du droit, à la médecine du travail, qui repose sur un principe d'exercice exclusif.

Des mesures ont été mises en place pour encourager le choix de la médecine du travail aux ECN. La possibilité d'effectuer un stage dans un service de médecine du travail ou dans un SSTI au cours du deuxième cycle des études médicales est à même d'améliorer l'attractivité de la filière au moment du choix du DES (en pratique toutefois, le collègue des enseignants en médecine du travail a indiqué que la réalisation de ces stages était fortement liée à l'existence ou non d'un service de médecine du travail au sein de l'établissement hospitalier d'accueil de l'étudiant, les stages n'étant que très rarement effectués au sein du SST d'une entreprise).

La présence d'un enseignement en santé au travail au cours du deuxième cycle des études médicales doit également permettre d'attirer des étudiants en médecine vers cette discipline au moment du choix de l'internat. Néanmoins, en plus de l'hétérogénéité entre facultés (en termes de volume horaire et de contenu des formations) mentionnée supra, les membres de la commission ont tenu à rappeler que le nombre d'enseignants tendait plutôt à diminuer – ce qui contribue d'ailleurs à expliquer les disparités de formations entre régions. Plus précisément, l'enseignement en santé au travail peut être dispensé aussi bien par le personnel enseignant (PU-PH ou MCU-PH) que par des médecins du travail exerçant auprès d'un SST ou en milieu hospitalier. Or, la démographie des enseignants en médecine du travail (comme souligné d'ailleurs par le rapport IGAS/IGAENR) connaît de graves difficultés depuis plus d'une dizaine d'années et certaines villes (Nice, Nantes, Dijon, Besançon, Tours, Poitiers, Paris-Ouest et bientôt Amiens) ne disposent plus d'enseignants en médecine du travail ; les enseignements sont ainsi assurés par des médecins du travail hors PU-PH ou MCU-PH. Cette situation, si elle devait perdurer ou se généraliser (hypothèse qui n'est malheureusement pas à exclure compte tenu de la démographie de la médecine du travail en France et de la préférence collective des jeunes médecins pour l'exercice en service de santé au travail au détriment d'une activité hospitalière susceptible de les conduire vers le statut de PU-PH ou MCU-PH), pourrait mettre en péril l'enseignement de la médecine en santé au travail au cours du deuxième cycle des études médicales.

Par ailleurs, l'internat de médecine du travail au titre européen, qui offrait structurellement peu de places et attirait peu de candidats est en passe d'être supprimé, notamment au regard de la lourdeur administrative pour le centre national de gestion (organisation des concours dans les ambassades) rapportée au faible nombre de candidats.

Ces différents facteurs expliquent que le flux de nouveaux médecins du travail ne permette pas de pallier, sur la période récente, les départs à la retraite. Il faut néanmoins souligner que d'autres évolutions récemment engagées pourraient favoriser le recrutement de médecins du travail en cours de carrière. L'article 117 de la loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé⁴⁷ permettra à partir de la rentrée universitaire 2021/2022, sous réserve de publication à cette date des textes d'application, aux médecins en exercice de réaliser un deuxième DES. Celui-ci pourra être aménagé en terme de durée de formation en fonction de la spécialité choisie d'une part et de l'activité d'origine et des acquis professionnels d'autre part, l'objectif étant de compléter les connaissances/expériences déjà acquises. Il n'a pas été précisé à ce stade s'il serait possible de cumuler l'exercice médical en lien avec chacun des deux DES, ce qui pourrait potentiellement permettre à un médecin libéral ayant ensuite fait un DES de médecine du travail de continuer à exercer en libéral – et permettrait par analogie avec les constats supra sur la médecine scolaire d'améliorer l'attractivité de la profession. Toutefois, le niveau de rémunération (qui serait a priori moindre que celui des médecins collaborateurs, cf. infra) pourrait potentiellement limiter l'attractivité de cette nouvelle voie d'accès à la médecine du travail.

Une hausse tendancielle du nombre de médecins collaborateurs

S'agissant des médecins collaborateurs, dont le diplôme interuniversitaire (DIU) leur permet d'exercer au sein d'un

⁴⁷ Loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé.

service de santé au travail sans avoir la qualité de médecin du travail⁴⁸, le rapport établi par la commission réunie en 2017 insistait sur leur importance, de nature à apporter une réponse au déficit de la ressource médicale dans cette spécialité, tout en rappelant que les passerelles ne devaient constituer qu'une voie alternative par rapport à celle de la formation initiale en médecine du travail. A ce jour, la recommandation du rapport IGAS/IGAENR visant à ramener à 3 ans (contre 4 ans aujourd'hui) la durée des formations des médecins collaborateurs n'a pas encore trouvé de traduction juridique concrète, même si dans les faits, pour la plupart des praticiens, la formation ne dure que 3 ans (dans la mesure où l'on considère que tout médecin clinicien possède les connaissances de la phase dite socle de l'internat, d'une durée d'un an). Néanmoins, même en l'absence d'une telle évolution susceptible de renforcer l'accès au statut de médecin collaborateur, il faut noter que, sur la période 2016-2020 (suivie par les deux enquêtes de la DGT mentionnées supra), le nombre de médecins collaborateurs, en tout cas dans les SSTI, a fortement augmenté, passant ainsi de 376 en 2016 à 539 en 2020 (soit une hausse de 43%). A cet égard, la montée en puissance du médecin collaborateur au sein des SSTI fait l'objet d'un constat globalement positif des personnalités auditionnées par la commission, qui y voient un enrichissement de la pratique des médecins du travail via l'ouverture à d'autres cultures médicales (médecins généralistes notamment).

La création des médecins praticiens correspondants, une perspective intéressante malgré des inquiétudes quant à la bonne mise en œuvre du dispositif et à son impact sur les services de santé au travail

Il convient en outre de souligner le rôle majeur que pourraient être amenés à jouer les médecins praticiens correspondants (MPC), dont le statut pourrait être créé par la proposition de loi pour renforcer la prévention en santé au travail⁴⁹ qui reprend les conclusions de l'ANI du 9 décembre 2020. Ainsi, les MPC – recrutés au sein du réseau des médecins de ville mais qui suivraient au préalable une formation en médecine du travail – pourront assurer une partie du suivi médico-professionnel des salariés (sauf ceux relevant d'un suivi renforcé compte tenu de leur exposition à certains facteurs de risques professionnels). Toutefois, la création du statut de médecins praticiens correspondants suscite des inquiétudes de la part des membres de la commission : elle pourrait favoriser le déport du suivi des salariés vers la médecine de ville ; les bénéfices escomptés de la création de cette nouvelle voie d'accès pourraient être limités par le faible vivier de médecins volontaires ; en outre, certains membres de la commission ont souligné que la création de cette nouvelle passerelle pourrait à terme réduire l'attractivité de la médecine du travail – et pourrait donc ne pas permettre, au global, d'augmenter les effectifs médicaux susceptibles de concourir à l'activité des services de santé au travail.

1.2.1.2.1.2. – Le rôle d'information des salariés incombant aux infirmières des entreprises et aux agents de prévention

La réforme de la santé au travail de 2011 a instauré une pluridisciplinarité dans les SSTI. Le médecin du travail, qui anime et coordonne l'équipe pluridisciplinaire, peut ainsi confier, sous sa responsabilité, certaines activités à plusieurs membres de l'équipe, notamment au médecin collaborateur ou à l'infirmier en santé au travail. La pluridisciplinarité semble désormais être intégrée.

S'agissant plus particulièrement des infirmiers en santé au travail, ils peuvent notamment réaliser : les visites d'information et de prévention (VIP) au moment de l'embauche du salarié, ainsi que leurs renouvellements dans le cadre du suivi individuel de l'état de santé des salariés ; les visites intermédiaires dans le cadre du suivi individuel renforcé dont bénéficient les salariés affectés à des postes à risques (pour lesquels le médecin du travail détermine la périodicité du suivi, qui ne peut être supérieure à 4 ans, les visites intermédiaires devant quant à elles être effectuées dans un délai maximal de 2 ans suivant l'examen médical d'embauche et les examens médicaux périodiques, réalisés par le médecin du travail ou le médecin collaborateur) ; des actions de prévention et d'éducation à la santé au travail en sensibilisant et en informant les salariés en matière de santé et de sécurité au travail. C'est dans ce cadre que s'inscrivent les recommandations des précédentes commissions, consistant à confier aux infirmiers en santé au travail une mission d'information des salariés sur les modalités de déclaration des maladies professionnelles. Toutefois, la commission n'a pas pu évaluer la mise en œuvre de cette préconisation au sein des

⁴⁸ Les médecins collaborateurs, après avoir exercé pendant au moins 5 ans dans leur discipline d'origine, peuvent suivre une formation de 4 ans (2 ans de formation théorique, 2 ans de formation pratique) qui leur permet d'exercer la profession de médecin du travail.

⁴⁹ Article 21 de la proposition de loi pour renforcer la prévention en santé au travail, déposée par Mmes Carole Grandjean et Charlotte Parmentier-Lecocq, adoptée en février 2021 en première lecture à l'Assemblée nationale. C'est sur cette version que se fondent les observations du présent rapport ; elle est toutefois susceptible d'évoluer dans la suite de l'examen parlementaire, notamment dans le cadre de la première lecture au Sénat, qui aura lieu en juillet 2021.

SSTI. Elle n'a pas eu de retours particuliers non plus quant à l'information des salariés par les intervenants en prévention des risques professionnels, dont il lui a toutefois semblé que l'activité était orientée vers la mise en place de mesures collectives de prévention du risque en milieu de travail – et par conséquent difficilement compatible avec celle d'une information ciblée des assurés sur l'origine potentiellement professionnelle de leur pathologie et leur déclaration (même s'ils peuvent contribuer en amont à la sensibilisation des salariés aux facteurs de risques auxquels ils sont exposés et à leurs conséquences éventuelles sur la santé).

La commission s'est par ailleurs interrogée sur l'adéquation des formations suivies par les infirmiers des SST avec leur rôle éventuel en matière d'information des salariés sur la déclaration des maladies professionnelles. A cet égard, il faut noter que les infirmiers qui exercent dans les SST sont diplômés d'Etat et doivent suivre une formation en santé au travail dans un délai d'un an suivant le recrutement par le SST, s'ils ne l'ont pas au préalable suivie. Il existe notamment des DU-DIU ou licences professionnelles d'une durée d'un an mais aussi une formation plus courte (23 jours environ) proposée par l'AFOMETRA (organisme de formation relevant de Présanse, l'association représentative du réseau des SSTI). Si la commission n'a pu obtenir de retour quant au taux de recours à ces formations, ainsi qu'à leur contenu, elle préconise une expertise de ce sujet, et, si la formation s'avérait insuffisante sur ce point, un renforcement des enseignements relatifs aux AT-MP.

Au sein des SSTI, une augmentation extrêmement forte des effectifs infirmiers en santé au travail a pu être observée entre 2016 et 2020 (de 1 321 à 2 536, soit + 92%), qui surcompense la diminution des effectifs de médecins du travail, l'effectif médical et paramédical des SSTI (hors intervenants en prévention des risques professionnels et assistants de service de santé au travail) augmentant au global sur la période considérée (cf. tableau 5). Néanmoins, plusieurs partenaires sociaux auditionnés par la commission ont souligné que cette évolution n'apportait qu'une réponse partielle à la pénurie de médecins du travail, en tout cas s'agissant de leurs compétences en matière d'AT-MP, l'établissement du certificat médical initial, acte médical, continuant à relever de la seule compétence des médecins du travail, des médecins collaborateurs ou des internes en santé au travail (qui peuvent rédiger un CMI dès lors qu'ils sont dans la dernière phase de leur internat, dénommée phase de consolidation).

Tableau 5 : Evolution des effectifs des services de santé au travail (source DGT)⁵⁰

	SSTI			SSTA	Total SST
	2016	2020	Evolution	2016	2016
Médecins du travail et internes	5 032	3 918	-22%	1 114	6 146
Collaborateurs médecins	376	539	+43%	5	381
Infirmiers	1 321	2 536	+92%	1 779	3 100
Psychologues	n.c.	224	n.c.	n.c.	n.c.
Assistants sociaux	n.c.	182	n.c.	n.c.	n.c.
Préventeurs/Intervenants en prévention des risques professionnels +	1 400	2 670	n.c.	201	1 601
Assistants de santé au travail	1 860		n.c.	129	
Assistants médicaux ou de l'équipe pluridisciplinaire	n.c.	5 145	n.c.	n.c.	n.c.
Autres (fonctions support)	n.c.	4 428	n.c.	n.c.	n.c.

Par ailleurs, bien que la croissance des effectifs infirmiers au sein des SSTI conduise à interroger l'extension possible de leur champ de compétences, la commission a pu noter lors de ses auditions une forme de réticence s'agissant de la délégation de tâches nouvelles aux infirmiers de santé au travail ; les organisations syndicales se sont par

⁵⁰ En 2016, les SST autonomes étaient majoritaires (636, contre 254 SST interentreprises). Toutefois, le suivi des salariés était très majoritairement assuré par les SST interentreprises (14,2 M de salariés suivis, contre 1,3 M par les SST autonomes).

exemple montrées réservées quant à la possibilité de délégation de certaines visites (visites de pré-reprise, visites de reprise hors salariés faisant l'objet d'un suivi individuel renforcé) ouverte par les dispositions d'aménagement des conditions d'exercice des SST prises dans le contexte de crise sanitaire⁵¹. En particulier, la relative faiblesse de la formation des infirmiers de santé au travail a régulièrement été pointée du doigt, avec le risque que les visites effectuées par les infirmiers de santé au travail ne se limitent à des conseils de santé publique (activité sportive, diététique) plus qu'à un véritable suivi de l'activité professionnelle des salariés qui intègrerait, le cas échéant, une information sur les déclarations de maladies professionnelles, comme mentionné supra.

1.2.1.2.1.3. – L'exercice en pratique avancée des infirmiers en santé au travail

La loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016⁵² a posé le principe de l'exercice en pratique avancée pour tous les auxiliaires médicaux (article 119). A l'issue de négociations avec les représentants des professions médicales, un compromis a été trouvé pour encadrer ces nouvelles modalités d'exercice et restreindre leur champ à des pratiques médicales spécifiques pour lesquelles des besoins en compétence et formation avaient été clairement posés. L'exercice en pratique avancée des infirmiers, encadré par le décret d'application du 18 juillet 2018⁵³, ne concerne ainsi que les infirmiers (à l'exclusion des autres auxiliaires médicaux) et uniquement certaines pathologies ou spécialités (oncologie, maladies chroniques, psychiatrie, travaux en cours sur la médecine d'urgence) mais pas la médecine du travail. La loi encadre par ailleurs fortement l'exercice en pratique avancée ; en particulier, un médecin doit désigner individuellement les patients qu'il souhaite voir suivis par un IPA.

Suite à l'ANI conclu par les partenaires sociaux le 9 décembre 2020, la proposition de loi pour renforcer la prévention en santé au travail, portée par Charlotte Parmentier-Lecocq et Carole Grandjean, sans créer un statut d'IPA en médecine du travail, qui relèverait du décret, autorise les IPA à exercer au sein des SST (article 23).

Structurellement, la question de l'ouverture de l'exercice en pratique avancée aux infirmiers exerçant dans un service de santé au travail soulève plusieurs enjeux :

- La pertinence d'exiger des infirmiers exerçant dans un service de santé au travail qui souhaiteraient devenir IPA une formation de niveau master si la nature des missions qui leur sont conférées n'évolue pas en conséquence, notamment dans le cadre des délégations d'activités du médecin du travail ; à cet égard, la proposition de loi pour renforcer la prévention en santé au travail prévoit de tenir compte des qualifications de l'infirmier pour faire évoluer ses activités ;
- L'articulation entre les missions du médecin du travail (et des médecins collaborateurs et internes en médecine, demain aussi des praticiens correspondants), celles de l'infirmier en santé au travail et celles de l'IPA en médecine du travail, dans des équipes au fonctionnement déjà complexe (d'ailleurs, le rapport IGAS de février 2020 sur les SSTI⁵⁴ pointait déjà la difficulté potentielle de créer un deuxième niveau de professionnalisation pour les infirmiers en santé au travail) ;
- Et enfin la question des capacités de formation des universités (ou des centres de formation de l'AFOMETRA) en lien avec la démographie des enseignants en santé au travail, déjà mentionnée supra pour les étudiants en médecine ; il pourrait s'avérer compliqué de mobiliser des enseignants sur la formation, nouvelle, d'IPA en santé au travail.

Se pose par ailleurs la question de la délégation de certaines activités aux infirmiers en santé au travail, y compris indépendamment de l'ouverture à ces derniers de la pratique avancée – même si, comme on l'a vu supra, une telle évolution soulève des réserves de la part des partenaires sociaux auditionnés par la commission. Aujourd'hui, les protocoles de coopération prévus par le code du travail (article R. 4623-14) permettent au médecin du travail d'encadrer l'exercice des missions par les autres membres de l'équipe pluridisciplinaire, en particulier les infirmiers. Ils ont ainsi un champ moins étendu que celui des protocoles de coopération entre professionnels de santé prévus par le code de la santé publique (article L. 4011-1), qui permettent de déléguer à des professionnels paramédicaux certaines activités exercées jusqu'alors uniquement par des médecins. A ce jour, 30 protocoles de coopération entre

⁵¹ Décret n°2021-56 du 22 janvier 2021 adaptant temporairement les délais de réalisation des visites et examens médicaux par les services de santé au travail à l'urgence sanitaire (article 5).

⁵² Loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé.

⁵³ Décret n° 2018-629 du 18 juillet 2018 relatif à l'exercice infirmier en pratique avancée.

⁵⁴ « Évaluation des services de santé au travail interentreprises (SSTI) », IGAS, février 2020.

professionnels de santé ont été signés au niveau national⁵⁵, mais ne portent pas spécifiquement sur la médecine du travail. La commission souligne, à cet égard, que l'article 24 de la proposition de loi étend le champ des protocoles prévus par le code du travail, en autorisant les médecins du travail à déléguer certaines missions aux membres de l'équipe pluridisciplinaire disposant de la qualification nécessaire – et qu'il conviendra à la prochaine commission, si cette mesure est adoptée, d'en faire le bilan de la mise en œuvre effective.

1.2.1.2.2. – Les autres facteurs de la sous-déclaration des AT-MP

1.2.1.2.2.1. La détection des maladies d'origine professionnelle et leur déclaration

Plusieurs organisations syndicales ont souligné, s'agissant de la détection de l'origine potentiellement professionnelle de certaines maladies, que les médecins du travail ne se rendaient pas suffisamment au sein des entreprises et étaient par conséquent peu à même d'évaluer les risques professionnels auxquels étaient soumis les salariés. Il convient pourtant de rappeler que les actions en milieu de travail (AMT), telles que définies par l'article R. 4624-1 du code du travail, doivent constituer un tiers du temps de travail des médecins du travail. La proposition de loi pour renforcer la prévention en santé au travail (article 22) prévoit, à cet égard, le réhaussement au niveau législatif de la mention de ce tiers temps. Il reviendra ainsi à la prochaine commission de faire le bilan de la mise en œuvre de cette disposition et d'examiner si les entreprises prennent effectivement toutes les mesures permettant aux médecins du travail de respecter cette obligation.

L'insuffisante détection des maladies potentiellement d'origine professionnelle peut également s'expliquer par le fait que, comme pour les médecins de soins, l'adhésion des médecins du travail à des actions de formation professionnelle continue demeure insuffisante. Pourtant, le développement professionnel continu des médecins du travail est un enjeu majeur, compte tenu de l'actualisation régulière des connaissances scientifiques sur les risques liés au travail.

S'agissant plus spécifiquement de la rédaction des certificats médicaux initiaux, certaines organisations syndicales, ainsi que le Conseil national professionnel de médecine du travail (CNPMT) interrogé par la commission, ont souligné les difficultés rencontrées par certains médecins du travail. Certaines relèvent des mêmes facteurs que ceux présentés supra pour l'ensemble des praticiens, concernant en particulier, la difficulté à établir le caractère potentiellement professionnel de la maladie (compte tenu d'une connaissance parfois lacunaire des expositions, du fait des insuffisances de la traçabilité des risques au sein des entreprises) ou encore la perception d'un intérêt limité du salarié à engager de telles démarches, voire de conséquences négatives sur l'emploi⁵⁶. D'autres facteurs d'explication sont plus spécifiques aux médecins du travail. En premier lieu, certains praticiens expriment des réserves de principe quant à la rédaction d'un certificat médical initial, qui les place dans une situation délicate vis-à-vis de l'employeur : ainsi, ils souhaitent parfois privilégier les relations avec l'entreprise – ou a minima revendiquer leur position d'indépendance dans les relations entre le salarié et l'employeur⁵⁷ - et considèrent en tout état de cause que leur rôle porte en premier lieu sur la prévention des risques professionnels⁵⁸. Des difficultés techniques ont également été relevées, les médecins du travail n'ayant pas accès à Ameli Pro, et ne pouvant donc effectuer les démarches de rédaction du certificat médical initial de manière dématérialisée, mais uniquement par voie papier.

Enfin, les auditions menées par la commission ont confirmé le constat d'une trop faible collaboration entre les médecins de soins (et singulièrement le médecin traitant) et le médecin du travail. Pourtant, la communication entre ces deux acteurs apparaît comme absolument primordiale pour améliorer la détection des pathologies professionnelles, surtout si l'on tient compte du fait que, comme mentionné supra, certains médecins de soins considèrent que la détection et la déclaration des maladies d'origine professionnelle relèvent essentiellement des médecins du travail. L'ouverture croisée du dossier médical partagé et du dossier médical en santé au travail aux médecins du travail et aux médecins généralistes, inscrite dans la proposition de loi, semble être une piste intéressante, même si la commission a pu constater la réticence de certaines organisations syndicales, qui ont fait

⁵⁵ L'article 66 de la loi n°2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé transfère à l'échelon national l'élaboration de ces protocoles, qui relevait précédemment des ARS.

⁵⁶ « Médecin du travail, médecin du patron ? », Pascal Marichalar, 2014, Les Presses de Sciences Po.

⁵⁷ « Médecin du travail, médecin du patron ? », Pascal Marichalar, 2014, Les Presses de Sciences Po.

⁵⁸ « Contribution des médecins à la déclaration et à la reconnaissance des cancers d'origine professionnelle en France », Anne-Claire Brisacier, 2008.

part à la commission de leurs craintes en matière de respect du secret médical. De manière plus informelle, la commission a pu noter, à la suite d'échanges avec le conseil national professionnel (CNP) des médecins généralistes, que des visites pourraient être réalisées par les médecins généralistes au sein d'entreprises, en lien avec les médecins du travail, pour mieux appréhender les sujets d'expositions professionnelles et de maladies susceptibles de leur être liées.

1.2.1.2.2.2. L'avis du médecin du travail dans le cadre de la procédure d'instruction des demandes de reconnaissance de maladie professionnelle

Dans le cadre de l'instruction des demandes de reconnaissance afférentes à des pathologies ne figurant pas dans les tableaux de maladies professionnelles ou n'en remplissant pas les conditions, la CPAM sollicite le(s) médecin(s) du travail dont relève l'assuré concernant les expositions aux facteurs de risques professionnels et le lien éventuel avec la pathologie. L'avis du médecin du travail doit être fourni dans le délai d'un mois – délai que n'a pas modifié le décret du 23 avril 2019 révisant la procédure d'instruction des AT-MP⁵⁹.

Or, les statistiques de la CNAM montrent que l'avis du médecin du travail n'est transmis que dans moins de la moitié des cas (40% environ⁶⁰) ; par ailleurs, une proportion importante d'avis (29,5% par exemple auprès du CRRMP de Bretagne, selon une étude conduite portant plus spécifiquement sur les affections psychiques⁶¹) apportent des éléments sur les expositions et le contexte de travail, sans se prononcer sur le lien potentiel avec la pathologie. Selon cette étude, plusieurs difficultés peuvent expliquer la participation relativement limitée des médecins du travail :

- Certains médecins du travail disent craindre que l'avis motivé ne soit lu par d'autres personnes que le médecin-conseil (en particulier l'employeur, en cas de contentieux), ce qui peut les inciter soit à ne pas répondre à la sollicitation de la CPAM, soit à fournir un avis globalement peu précis ;
- Certains d'entre eux soulèvent le risque de plaintes auprès du conseil de l'ordre, de la part des employeurs ;
- D'autres mettent en avant le risque que le CMI et, plus globalement la demande de reconnaissance de maladie professionnelle, ait des conséquences négatives au sein de l'entreprise, pour le salarié comme pour le médecin du travail (qui serait considéré comme ayant pris parti pour le salarié) ;
- D'autres encore soulignent l'absence de retour des CPAM auprès des médecins du travail sur les avis motivés qu'ils auraient délivrés et sur leur prise en compte dans l'avis rendu par le CRRMP – ce qui ne facilite pas leur bonne appréhension du sujet, ni leur participation à la procédure ;
- Au-delà de ces difficultés de principe, l'absence de réponse du médecin du travail peut aussi s'expliquer par la difficulté à évaluer les risques professionnels, notamment s'agissant des RPS qui nécessitent une connaissance fine du climat social dans l'entreprise ;
- A cet égard, les formulaires-types de réponse élaborés par la CNAM sont parfois perçus comme vagues et ne permettant pas de guider la réflexion du médecin du travail (alors même que le guide des CRRMP prévoit que les sollicitations doivent être suffisamment précises pour permettre au médecin du travail d'apporter une réponse adaptée) ; ce constat vaudrait en particulier pour le formulaire-type sur les affections psychiques, même si sa nouvelle version, résultant de recommandations de la CS4 du COCT, est plus détaillée que la précédente quant aux items sur lesquels le médecin du travail peut se prononcer.

Cette étude rapporte également les différentes propositions d'amélioration formulées par les médecins du travail interrogés. La commission relève que, si certaines d'entre elles ne semblent pas opérantes (suppression de l'avis écrit, au profit d'un simple échange oral avec la CPAM et le médecin-conseil, constitution d'un « staff » pour que le médecin du travail puisse se prononcer après échanges avec ses collègues), d'autres mériteraient d'être expertisées. En particulier, les médecins du travail pourraient être mieux informés sur l'encadrement ordinal s'agissant de la formulation des avis motivés (précisé dans un rapport du conseil de l'ordre de 2015⁶²), et sur le fait qu'aucune

⁵⁹ Décret n°2019-356 du 23 avril 2019 relatif à la procédure d'instruction des déclarations d'accidents du travail et de maladies professionnelles du régime général.

⁶⁰ Estimation CNAM, par extrapolation des résultats obtenus dans le cadre de l'expérimentation (sur un échantillon de 1 000 dossiers) relative à l'actualisation des barèmes d'incapacité permanente AT-MP.

⁶¹ « Imputabilité professionnelle des pathologies psychiques dans le cadre du comité régional de reconnaissance des maladies professionnelles : analyse de la pratique de médecins du travail bretons », Nadia Fatih, thèse Université de Rennes 1, 2020.

⁶² Ordre national des médecins, « Les écrits du médecin du travail et la déontologie médicale », 2015.

plainte n'a été déposée à ce sujet sur la période récente examinée par la commission (2010-2021)⁶³. De plus, une refonte du modèle de réponse des médecins du travail proposé par la CNAM pourrait être engagée, afin de l'appuyer sur des éléments objectifs, a minima s'agissant des affections psychiques compte tenu de leurs spécificités (par exemple en y incluant des éléments d'appréciation sur le collectif de travail, plus facilement objectivables, comprenant des précisions sur d'autres situations de souffrance au travail ou des indicateurs sur le turnover ou l'absentéisme au sein de l'entreprise).

Au-delà du nécessaire renforcement de la formation initiale, la formation professionnelle continue des médecins en matière de risques professionnels demeure un enjeu central. Trop peu de médecins s'engagent en effet dans de telles actions de formation. En revanche, la commission a pu constater que l'information des médecins sur les maladies professionnelles avait progressé, en lien avec l'action des sociétés savantes et les dispositifs de surveillance médicale existants. La dématérialisation du certificat médical initial continue de progresser et doit se poursuivre dans le cadre de sa simplification programmée. S'agissant de la médecine du travail, la commission réitère le constat de la trop faible attractivité de cette filière, l'élargissement des missions dévolues aux infirmiers en santé au travail ne permettant pas à court terme de pallier la baisse des effectifs médicaux. La commission a également relevé, comme en 2017, la communication insuffisante entre médecine du travail et médecine de ville. La création du statut de médecin praticien correspondant, si elle pourrait potentiellement permettre de pallier la pénurie des effectifs de médecins du travail et contribuer au renforcement de la coordination entre médecine du travail et médecine de ville, emporte également des risques que la commission a tenu à souligner.

1.2.2. – S'agissant des échanges entre le réseau des caisses d'Assurance maladie et les services de santé au travail

La commission de 2017 a identifié l'insuffisante communication non seulement entre le médecin du travail et le médecin de ville (cf. supra), mais plus globalement entre les différents médecins, dont le médecin-conseil de l'Assurance maladie, comme un facteur de sous-déclaration des AT-MP.

Aussi, elle a présenté la recommandation suivante :

- ✓ Examiner la question de la communication entre médecin traitant, médecin-conseil et médecin du travail dans le cadre des travaux préparatoires de la prochaine convention d'objectifs et de gestion (COG) de la branche AT-MP pour la période 2018-2021.

La COG de la branche AT-MP pour la période 2018-2022, tout comme celle de la branche maladie couvrant la même période conventionnelle, prévoit un renforcement de la prévention de la désinsertion professionnelle (PDP) et, à ce titre, une meilleure coordination entre le médecin-conseil, le médecin traitant et le médecin du travail. Dans ce cadre, il est prévu d'étudier la mise en place d'un flux d'information des caisses vers les SST pour les informer des arrêts de travail de longue durée. La proposition de loi pour renforcer la prévention en santé au travail donne une traduction législative à cet objectif, en mettant en place, plus globalement, un dispositif d'échange d'informations entre l'Assurance maladie et les nouvelles cellules PDP des services de santé au travail (article 14 bis), visant à favoriser la détection et l'accompagnement précoce des salariés en risque de désinsertion professionnelle. Ainsi, en cas d'adoption de la proposition de loi dans ses termes actuels, l'Assurance maladie devra, à compter du 1^{er} janvier 2024, transmettre à la cellule PDP du SST les données relatives aux assurés, sous réserve de l'accord de ces derniers, ayant été identifiés comme présentant un risque de désinsertion professionnelle, du fait notamment d'arrêts de travail de longue durée ou réitérés (les critères seront définis par voie réglementaire) ; en retour, la cellule PDP informera l'Assurance maladie lorsqu'elle accompagne ces assurés. Pour garantir l'effectivité de ce dispositif, des travaux sont en cours pour s'assurer de l'information systématique de l'Assurance maladie quant au service de santé au travail dont relève l'assuré.

La COG de la branche AT-MP prévoit également un renforcement du volet PDP au sein des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) conclus entre les CARSAT, les services de santé au travail et les DIRECCTE. Cette

⁶³ Plus globalement, selon les données du Conseil national de l'ordre des médecins, la proportion de plaintes devant les chambres disciplinaires (c'est-à-dire après la phase de conciliation) concernant des médecins du travail est faible (deux fois inférieure à celle des autres spécialités médicales), et par ailleurs en baisse sur la période récente (15 plaintes en 2013, soit 1,3% du total, contre 6 en 2018, soit 0,4%).

action est prévue dans l'instruction DGT/DRP du 31 juillet 2019. Les CARSAT jouent ainsi avec les DIRECCTE un rôle d'animatrices des CPOM et peuvent mobiliser les services de santé au travail afin de les sensibiliser aux problématiques liées à la déclaration des AT-MP.

Enfin, des plateformes expérimentales PDP doivent être déployées à partir du premier trimestre 2021 (le lancement ayant été reporté du fait du contexte sanitaire), afin d'améliorer la coordination entre les acteurs internes et externes à l'Assurance maladie (en particulier les médecins du travail et, dans la mesure du possible, les médecins traitants, en plus, par exemple, des opérateurs du placement en emploi, ou des organismes d'accompagnement des personnes en situation de handicap), dans le double objectif de favoriser la détection précoce des salariés en risque de désinsertion professionnelle et d'améliorer leur accompagnement. Le premier volet de l'expérimentation, qui concerne plus spécifiquement les échanges avec les services de santé au travail (notamment pour favoriser les visites de pré-reprise et les éventuels aménagements de poste), a déjà démarré.

Si ces mesures et expérimentations sont mises en place dans un objectif de lutte contre la désinsertion professionnelle et de maintien en emploi, elles permettront plus largement d'améliorer la coordination entre médecin-conseil, médecin traitant et médecin du travail – ce qui permettra de sensibiliser davantage ce dernier à la détection des maladies d'origine potentiellement professionnelle et à leur déclaration. A titre d'exemple, la meilleure connaissance de l'Assurance maladie par les services de santé au travail pourrait améliorer leur taux de réponse (aujourd'hui de 40% seulement, cf. supra) aux sollicitations du médecin-conseil dans le cadre des investigations engagées sur les demandes de reconnaissance de maladies professionnelles non désignées dans les tableaux ou n'en remplissant pas les conditions, la commission soulignant à cet égard que les avis motivés du médecin du travail éclairent utilement le CRRMP quant au lien de causalité entre le travail habituel de la victime et sa pathologie.

La mise en œuvre de la COG 2018-2022 a permis un renforcement des échanges entre le réseau des caisses d'Assurance maladie et les services de santé au travail. La proposition de loi pour renforcer la prévention en santé au travail devrait permettre d'accroître davantage la coordination entre ces acteurs, et la connaissance mutuelle de leurs actions, y compris au-delà des sujets de prévention de la désinsertion professionnelle et de maintien en emploi.

1.2.3. – S'agissant des établissements de santé

1.2.3.1. – La préconisation de 2017, et le bilan de sa mise en œuvre

La commission de 2017 notait que le personnel (médical et non médical) des établissements de santé n'était pas toujours pleinement impliqué dans le repérage des pathologies professionnelles – ce qui pouvait contribuer à la sous-déclaration des AT-MP.

Elle formulait ainsi la recommandation suivante, reprise du rapport de 2014 :

- ✓ *Sensibiliser les agents hospitaliers concernés à être davantage attentifs à signaler le caractère professionnel d'un accident ou d'une maladie.*

La présente commission souligne que les personnels hospitaliers sont encore trop peu sensibilisés à la détection et à la déclaration des pathologies d'origine professionnelle – ce qui s'explique notamment par le fait que le personnel hospitalier privilégie naturellement une approche centrée autour du soin, et perçoit parfois la procédure de déclaration des maladies professionnelles comme une contrainte administrative supplémentaire.

La commission relève toutefois des améliorations depuis 2017. S'agissant, en premier lieu, des professionnels de santé, il faut souligner que la formation professionnelle continue, qui s'adresse aussi bien aux professionnels de santé libéraux qu'hospitaliers, doit leur permettre d'être acculturés aux problématiques de santé au travail et de déclarer plus systématiquement les maladies ou accidents d'origine professionnelle. La commission n'a toutefois pas pu obtenir de statistiques sur le nombre de formations suivies, dans le cadre du développement professionnel continu, par les praticiens hospitaliers.

Concernant les personnels hospitaliers dans leur ensemble (y compris cadres de santé et assistantes sociales par exemple), des sujets liés à la déclaration des maladies professionnelles ont été intégrés aux orientations de formation qui sont définies chaque année par instruction ou note d'information ministérielle, et dont certaines sont mises en œuvre par l'Association nationale pour la formation permanente du personnel hospitalier (ANFH). Ainsi, la

note d'information ministérielle du 8 juillet 2019⁶⁴ prévoit un accompagnement des démarches de demandes d'indemnisation des patients atteints de pathologies liées à l'amiante. Elle vise également à accompagner les démarches des patients atteints de pathologies professionnelles, toutes causes confondues. Compte tenu du contexte sanitaire lié à la Covid, les orientations 2021 n'ont fait l'objet d'aucune note dédiée ; les orientations 2022 sont en cours de rédaction à la date du présent rapport. La commission souligne l'intérêt d'inscrire les sujets AT-MP, visant la détection des maladies professionnelles et l'accompagnement des victimes dans leurs démarches, dans les orientations des prochaines années.

Il convient toutefois de noter que, si la formation continue des personnels hospitaliers, et des professionnels de santé en particulier, intègre bien les sujets AT-MP, les praticiens hospitaliers ne bénéficient pas, contrairement aux médecins de ville, de sensibilisations par les délégués de l'Assurance maladie, qui n'interviennent pas devant les commissions médicales d'établissement. De telles actions de sensibilisation seraient pourtant à même de renforcer l'acculturation des professionnels de santé à la déclaration des AT-MP.

1.2.3.2. – Les autres facteurs de la (sous-) déclaration des AT-MP

La commission a souligné l'existence d'initiatives locales, pour la plupart antérieures à 2017, permettant de favoriser la détection des pathologies d'origine professionnelle au sein des établissements de santé⁶⁵. Ainsi, une première collaboration a été mise en place en 1996, en région parisienne, entre un service de pneumologie et un service de pathologies professionnelles, reposant sur le remplissage d'un questionnaire de repérage des expositions professionnelles concernant les patients victimes d'un cancer du poumon ; des démarches analogues ont été initiées à Grenoble entre 1996 et 1998, à Lyon à partir de 2014 (Propoumon, cf. infra en partie 1.4.3.2.), ainsi qu'à Brest en 2016 (mise en place d'une consultation de liaison entre le centre de consultation de pathologies professionnelles et le service de cancérologie-hématologie). Il faut toutefois souligner que ces dispositifs, en plus d'être localisés, sont souvent non pérennes et par ailleurs ciblés sur certaines pathologies (en général les cancers du poumon).

La commission a également relevé le rôle majeur joué par les CRPPE⁶⁶, structures expertes chargées de la prévention, du diagnostic et de la prise en charge des affections en lien avec le travail ou l'environnement ainsi que de l'appui aux professionnels de santé, de l'animation de réseaux de professionnels de santé au travail et de l'enseignement et de la recherche sur les pathologies professionnelles et environnementales, dans la détection des pathologies d'origine professionnelle. Compte tenu de leur rôle en matière de santé publique, ces structures sont financées, en grande partie, par les dotations MIG (missions d'intérêt général) versées par les ARS, mais également, dans une moindre mesure, par l'ANSES et, dans le cadre de conventions, par les CARSAT. Néanmoins, les partenaires sociaux interrogés ont souligné que ces structures, étaient parfois difficiles d'accès pour certaines victimes du fait de l'éloignement géographique. Il convient de noter à cet égard que, bien que le décret du 26 novembre 2019⁶⁷ prévoit la constitution d'un CRPPE par région, la Bourgogne-Franche-Comté ne dispose pas de CRPPE, faute de ressources médicales suffisantes, de même que la Corse ; même dans les régions dotées d'un CRPPE, il peut être difficilement accessible pour la victime. La création d'un nouveau centre couvrant les Antilles et la Guyane dans le cadre du plan chlordécone IV devrait néanmoins permettre d'améliorer la couverture des populations vivant dans ces départements et territoires d'outre-mer.

1.2.4. – S'agissant des victimes

1.2.4.1. – Les préconisations de 2017 et le bilan de leur mise en œuvre

La sous-déclaration par les victimes concerne au premier chef les maladies professionnelles : c'est en effet à la

⁶⁴ Note d'information N° DGOS/RH4/DGCS/4B/2019/160 du 08 juillet 2019 relative aux orientations retenues pour 2020 en matière de développement des compétences des personnels des établissements mentionnés à l'article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière.

⁶⁵ Voir l'historique établi dans l'étude « La sous-reconnaissance des maladies professionnelles en France : Revue bibliographique des travaux de sciences sociales et de santé publique (1990-2020) », Blandine Barlet et Giovanni Prete, 2021.

⁶⁶ L'existence des CRPPE, qui succèdent aux centres de consultation de pathologies professionnelles, a été consacrée dans les textes par le décret n°2019-1233 du 26 novembre 2019 relatif aux CRPPE.

⁶⁷ Décret n°2019-1233 du 26 novembre 2019 relatif aux centres régionaux de pathologies professionnelles et environnementales.

victime qu'il appartient de déclarer sa pathologie à la caisse⁶⁸. La sous-déclaration potentielle par les victimes est plus limitée s'agissant des accidents du travail, et peut tenir à l'absence de signalement de l'accident à l'employeur – lequel effectue ensuite la déclaration dans les 48 heures – ou à la non-utilisation de la possibilité, pour la victime ou ses représentants, de déclarer l'accident jusqu'à l'expiration d'un délai de deux ans⁶⁹.

La commission de 2017 avait identifié plusieurs facteurs de sous-déclaration : complexité de la procédure, manque d'informations quant au caractère potentiellement professionnel de la maladie, visibilité limitée sur l'intérêt financier d'une reconnaissance d'AT-MP, en comparaison notamment avec le droit commun des pensions d'invalidité.

Aussi, la commission formulait les recommandations suivantes :

- ✓ *Poursuivre la réflexion relative à la simplification de la procédure de déclaration et de reconnaissance des AT-MP avec les partenaires sociaux et la mettre en œuvre, afin d'aboutir dans des délais raisonnables ;*
- ✓ *Examiner la mesure dans laquelle l'Assurance maladie pourrait proposer à l'avenir un « service attentionné » aux assurés souhaitant faire reconnaître le caractère professionnel de leur maladie. Une équipe médico-administrative dédiée pourrait aider les demandeurs à constituer leur dossier. Ce service pourrait être offert en priorité aux personnes souffrant d'un cancer éventuellement lié à leur activité professionnelle présente ou, surtout, passée ;*
- ✓ *Améliorer l'information des assurés en matière d'AT-MP en mettant à leur disposition sur le site Ameli.fr un guide des droits et démarches ;*
- ✓ *Informers l'assuré des règlementations relatives à l'invalidité et à la réparation des AT-MP afin qu'il soit en capacité d'opérer le choix le plus éclairé possible. La caisse devrait notamment lui indiquer que la pension d'invalidité cesse à l'âge légal de la retraite et est remplacée par une pension de vieillesse, contrairement à la rente AT-MP, qui peut (ou non), selon les cas, se cumuler avec l'invalidité (recommandation qui figurait également dans le rapport de 2014).*

1.2.4.1.1. – La simplification de la procédure de déclaration et de reconnaissance des AT-MP

La précédente commission notait que la réforme prévue par le décret du 7 juin 2016⁷⁰ permettrait de fluidifier les reconnaissances dans le cadre de la voie complémentaire (en diminuant dans certains cas le nombre de médecins membres du CRRMP de trois à deux) et de renforcer l'expertise des comités (qui peuvent désormais s'adjoindre un expert en affections psychiques, voire prévoir le remplacement du (PU-)PH expert en pathologies professionnelles par un (PU-)PH expert en affections psychiques). La commission préconisait par ailleurs une réforme de la procédure d'instruction des demandes de reconnaissance d'AT-MP. Cet objectif a été repris dans la convention d'objectifs et de gestion pour la période 2018-2022 visant à la fois la simplification des démarches, l'amélioration de l'information des parties et la fiabilisation du processus d'instruction – dans le double objectif de réduire la complexité, souvent présentée comme un facteur de sous-déclaration du côté des victimes, et d'améliorer l'information et le contradictoire pour permettre aux victimes de s'impliquer davantage dans les démarches.

Plus précisément, dans le cadre des travaux préparatoires avec la CNAM et les partenaires sociaux, plusieurs difficultés ont été identifiées. La phase contradictoire était ainsi très limitée dans le temps, avec un faible délai de prévenance des assurés comme des employeurs. Dans un grand nombre de cas, les observations émises par les parties lors du contradictoire ne pouvaient être prises en compte par la caisse, celle-ci devant prendre sa décision dès l'expiration du délai de consultation. En matière de maladies professionnelles, la procédure de reconnaissance prévoyait un délai maximum de 6 mois (3 mois renouvelables une fois) pour l'instruction des dossiers, sans distinguer s'ils relevaient ou non d'un passage devant le CRRMP. Par ailleurs, les textes ne prévoyaient pas, dans ce dernier cas, le moment auquel le contradictoire devait être réalisé. Le décret du 23 avril 2019⁷¹, applicable depuis le

⁶⁸ Article L. 461-5 du code de la sécurité sociale, qui prévoit la déclaration de la maladie professionnelle par la victime ; à noter que la démarche reposait initialement, à la création du dispositif d'indemnisation des maladies professionnelles en 1919, sur le seul médecin qui, soit déclarait directement la maladie professionnelle soit établissait un certificat médical initial à l'attention du salarié, lequel le transmettait à la mairie en vue de la déclaration par cette dernière de la maladie professionnelle.

⁶⁹ Article L. 441-2 du code de la sécurité sociale.

⁷⁰ Décret n°2016-756 du 7 juin 2016 relatif à l'amélioration de la reconnaissance des pathologies psychiques comme maladies professionnelles et du fonctionnement des comités régionaux de reconnaissance des maladies professionnelles (CRRMP).

⁷¹ Décret n°2019-356 du 23 avril 2019 relatif à la procédure d'instruction des déclarations d'accidents du travail et de maladies professionnelles du régime général.

1^{er} décembre 2019, est venu dans ce contexte apporter des modifications substantielles à la procédure.

Ainsi, la procédure a été réformée sur les points suivants⁷² :

- Le décret instaure des délais d’instruction clairs et connus précocement. Concernant les accidents du travail, la caisse dispose d’un délai de trente jours francs à compter de la réception du dossier complet (déclaration d’accident du travail et certificat médical initial) pour statuer sur le caractère professionnel du sinistre si elle n’engage aucune investigation, et de 90 jours francs à compter de cette même date si elle engage des investigations. S’agissant des maladies professionnelles, le décret établit une distinction selon que la demande est instruite dans le cadre des tableaux de maladies professionnelles (délai de 120 jours francs, à compter de la réception du dossier complet, pour statuer sur le caractère professionnel de la maladie) ou dans le cadre de la voie complémentaire (délai de 120 jours francs, à compter de la réception du dossier complet, pour statuer sur la saisine du CRRMP, et deuxième délai de 120 jours francs, à partir de cette saisine, pour statuer sur le caractère professionnel de la pathologie, après avis du CRRMP) ;
- La procédure contradictoire est renforcée, avec la mise en place, tant pour les accidents du travail que pour les maladies professionnelles (au cours du premier puis, le cas échéant, du deuxième délai de 120 jours francs), d’une phase de consultation du dossier avec formulation d’observations, puis de consultation sans observations ; la nouvelle procédure laisse ainsi à la caisse un délai suffisant pour tenir compte des observations des parties avant de prendre sa décision ;
- S’agissant plus spécifiquement des accidents du travail, l’employeur dispose désormais d’un délai de 10 jours francs à compter de la date de déclaration de l’accident pour émettre des réserves motivées auprès de la caisse, lui permettant de formuler des réserves étayées ; aucune décision, même de prise en charge d’emblée sans investigations complémentaires, ne peut être prise par la caisse avant l’expiration de ce délai ;
- La lisibilité de la procédure et sa prévisibilité sont améliorées : la caisse informe ainsi le plus précocement possible les parties des dates clés de la procédure, à savoir la date à laquelle elles pourront consulter le dossier et la date à laquelle la caisse devra, au plus tard, avoir notifié sa décision ;
- L’instruction des demandes de rechutes ou de nouvelles lésions, qui était précédemment traitée par renvoi aux dispositions générales, fait désormais l’objet d’une procédure spécifique : la caisse primaire dispose ainsi de 60 jours francs à compter de la réception du certificat médical faisant état de la chute ou de la nouvelle lésion pour statuer sur son caractère professionnel ; comme pour les accidents du travail, un délai de 10 jours francs est prévu pour la formulation éventuelle de réserves motivées par l’employeur.

Si les organisations syndicales auditionnées par la commission ont indiqué manquer de recul pour évaluer cette nouvelle procédure, compte tenu de son entrée en vigueur au 1^{er} décembre 2019 et des aménagements qui y ont ensuite été apportés, de manière ponctuelle pour les dossiers arrivant à échéance entre le 23 mars et le 10 novembre 2020, dans le contexte de la crise sanitaire⁷³, elles ont souligné les évolutions positives qu’elle était susceptible d’apporter, notamment en matière de contradictoire. Elles ont toutefois signalé les difficultés éventuelles de la dématérialisation pour certains assurés, et la nécessité de conserver la possibilité d’envois postaux, notamment pour répondre aux questionnaires dans le cadre des investigations conduites par la caisse. La commission relève, à cet égard, que les questionnaires sont envoyés par voie postale en l’absence de réponse sur le service en ligne à l’issue d’un délai de 15 jours, comme le prévoit la circulaire adressée au réseau des CPAM⁷⁴.

1.2.4.1.2. – Les modalités selon lesquelles l’Assurance maladie pourrait proposer un service attentionné aux assurés souhaitant faire reconnaître le caractère professionnel de leur pathologie

Afin d’accompagner les victimes de pathologies professionnelles dans leurs démarches, la convention d’objectifs et de gestion 2018-2022 pour la branche AT-MP prévoit :

- Une action d’information sur l’origine potentiellement professionnelle des pathologies constatées par le médecin-conseil à l’occasion du contrôle médical des assurés, le cas échéant en lien avec les CRPPE. Cette

⁷² Voir, s’agissant des accidents du travail et de trajet : <https://www.ameli.fr/entreprise/vos-salaries/accident-travail-trajet/demarches>, et, pour les maladies professionnelles : <https://www.ameli.fr/entreprise/vos-salaries/maladie-professionnelle/demarches>.

⁷³ Ordonnance n°2020-460 du 22 avril 2020 portant diverses mesures prises pour faire face à l’épidémie de Covid-19 (article 11), modifiée par l’ordonnance du 17 juin 2020 modifiant les délais applicables à diverses procédures en matière sociale et sanitaire afin de faire face aux conséquences de la propagation de l’épidémie de Covid-19 (article 6).

⁷⁴ Circulaire CNAM 22/2019, page 7.

action devait être expérimentée dans quelques régions volontaires sur la période de la COG avec une perspective de généralisation, après une évaluation partagée avec les partenaires sociaux ;

- Un accompagnement des victimes dans leurs démarches administratives par une information sur la procédure en mettant par exemple en place un accueil physique ou encore en diffusant un guide des droits et démarches des assurés relatifs à la reconnaissance des maladies professionnelles. Cette action devait être expérimentée dans quelques régions volontaires.

Du fait de la crise sanitaire, la priorité a été donnée à l'action de détection des maladies professionnelles, lancée en juin dans un format réadapté, ne nécessitant pas d'examen de l'assuré. La CNAM a ainsi préparé des supports à destination des assurés qui seront ciblés par ces deux expérimentations ; ces supports récapitulent notamment les modifications apportées par la nouvelle procédure de reconnaissance des accidents du travail et des maladies professionnelles. Des actions spécifiques sont par ailleurs prévues dans les collectivités de Martinique et de Guadeloupe, marquées par un faible nombre de demandes de reconnaissance de maladies professionnelles, dans le contexte, en particulier, du plan chlordécone IV (pour la période 2021-2027) et des actions qu'il prévoit pour renforcer l'information et l'accompagnement des personnes exposées aux pesticides du fait de leur activité professionnelle. Ainsi, outre une action de sensibilisation des professionnels de santé particulièrement concernés par les pathologies susceptibles d'être liées à une exposition professionnelle aux pesticides (médecins généralistes, urologues, neurologues), des actions d'information seront conduites auprès des acteurs locaux (associations, syndicats, collectivités), afin qu'ils puissent orienter les victimes dans leurs démarches ; une formation spécifique des services sociaux des caisses générales de sécurité sociale (CGSS) permettra à ces derniers d'accompagner les dossiers les plus complexes.

De plus, un service attentionné a été mis en place pour les victimes de maladies professionnelles liées à la Covid, avec la création d'un site Internet dédié permettant aux assurés de déclarer leur maladie en ligne, et de fournir par ce biais les différents éléments nécessaires à l'instruction de leur demande (certificat médical initial, le cas échéant preuve du recours à l'oxygénothérapie ou à toute autre forme d'assistance ventilatoire et preuve de la contamination par le SARS-CoV2)⁷⁵. En complément, un dispositif d'accompagnement est actuellement déployé pour les personnes ayant déposé une demande au titre des accidents du travail ; des relances, y compris téléphoniques, sont effectuées auprès des assurés pour les inviter à compléter une nouvelle demande dans le cadre des maladies professionnelles. Enfin, concernant les ayants droit des victimes décédées de la Covid, la CNAM a mis en place un accompagnement spécifique consistant en un appel par un agent enquêteur pour s'assurer que l'ensemble des droits a été obtenu, y compris hors du champ des AT-MP (capital décès, prestations familiales...), avec orientation si nécessaire vers un interlocuteur au sein de la CAF et/ou du service social de l'Assurance maladie.

1.2.4.1.3. – L'amélioration de l'information des assurés en matière d'AT-MP

La commission de 2017 avait indiqué que des actions d'information et de sensibilisation étaient engagées par l'Assurance maladie. Elle avait, en particulier, souligné l'actualisation régulière du site Ameli, tout en identifiant des pistes d'amélioration en matière notamment de lisibilité des informations, et d'ergonomie globale du site.

Depuis 2017, et notamment suite à l'entrée en vigueur au 1^{er} décembre 2019 de la nouvelle procédure d'instruction des demandes de reconnaissance d'AT-MP, le site Ameli a été enrichi de nombreuses informations pratiques à destination des assurés. De nombreux documents sont ainsi mis à disposition sur le site ainsi que des infographies qui récapitulent les délais de la procédure. Un tutoriel vidéo a par ailleurs été mis en ligne pour faciliter l'appropriation de la nouvelle procédure de reconnaissance par les assurés. Sur un plan plus quantitatif, la page d'information sur la procédure de déclaration des maladies professionnelles à destination des assurés a été visitée 235 000 fois du 1^{er} novembre 2019 au 14 décembre 2020 ; la page d'information relative aux accidents de travail et aux accidents de trajet a quant à elle été visitée 271 000 fois sur la même période.

Des conférences de presse se sont également tenues, à l'initiative de la branche AT-MP, sur la lombalgie, les risques psychosociaux et les cancers d'origine professionnelle ; des supports écrits ont été réalisés et mis à disposition sur le site Ameli dans ce cadre, permettant de faire connaître les actions de la branche AT-MP à la fois en termes de prévention et de réparation de ces pathologies. Ces conférences ont eu un écho large auprès de la presse spécialisée mais aussi du grand public (entre 100 et 200 retombées médias pour chacune de ces campagnes).

⁷⁵ Selon les statistiques consolidées à fin mai 2020, 16% des déclarations de maladies professionnelles liées à la Covid ont été effectuées par l'intermédiaire de ce téléservice.

Concernant plus particulièrement la lombalgie, les conférences de presse mentionnées supra s'inscrivaient dans le cadre d'une campagne de communication plus globale, qui aura notamment permis de diffuser 230 kits de communication adressés à des partenaires et des relais (fédérations et organisations professionnelles et services de santé au travail), de générer plus de 100 millions d'impressions sur le web et plus de 700 000 clics sur le site Ameli entreprise grâce à 3 vagues de campagne publicitaire (presse généraliste, économique et sectorielle, chroniques radio, presse quotidienne régionale et campagne digitale).

La commission a néanmoins relevé l'absence de campagnes grand public portant sur les AT-MP dans leur ensemble, à l'image de celle conduite en Italie, où l'INAIL (Istituto Nazionale per l'Assicurazione contro gli Infortuni sul Lavoro) a diffusé sur la troisième chaîne de la RAI les témoignages de victimes et de leurs proches, de membres de l'INAIL et de magistrats⁷⁶. En Allemagne, des campagnes d'information destinées au grand public sur la thématique des risques professionnels ont été diffusées sur les chaînes d'information à des heures de grande écoute⁷⁷.

La commission souligne que l'information des assurés doit être poursuivie et renforcée, auprès d'un large public ; la campagne prévue dans les Antilles, s'agissant en particulier des maladies liées aux pesticides, devra ainsi être mise en œuvre, et faire l'objet d'un bilan avant transposition éventuelle à d'autres pathologies et/ou territoires. Dans le cadre de son audition, l'ANDEVA a également mentionné la possibilité d'intégrer aux campagnes grand public sur certaines pathologies, notamment le cancer du sein et le cancer colorectal, une information quant à leur origine potentiellement professionnelle, en mentionnant les activités susceptibles d'avoir contribué à la survenance de la maladie et les démarches à engager pour obtenir, le cas échéant, la reconnaissance de maladie professionnelle.

1.2.4.1.4. – L'information des assurés sur les réglementations relatives à l'invalidité et à la réparation AT-MP

La commission de 2017 relevait que les assurés n'étaient pas en mesure d'effectuer un choix éclairé entre la pension d'invalidité et la rente AT-MP, lorsqu'ils remplissent, au titre d'une même pathologie, les conditions de l'une et l'autre de ces prestations. La présente commission rappelle que la pension d'invalidité et la rente AT-MP sont régies par des règles différentes, et difficilement comparables :

- La pension d'invalidité est ouverte aux personnes dont la capacité de gain est réduite d'au moins 2/3 du fait d'un accident ou d'une maladie d'origine non professionnelle, selon une appréciation qui relève du seul médecin-conseil ; ce seuil n'est pas équivalent à celui d'une incapacité permanente de 2/3 en AT-MP, puisque celle-ci est évaluée, sur la base notamment de barèmes annexés au code de la sécurité sociale, en fonction d'un ensemble de critères définis par la loi, non liés uniquement au retentissement professionnel (puisque'ils portent sur « la nature de l'infirmité, l'état général, l'âge, les facultés physiques et mentales (...) [et les] aptitudes et [la] qualification professionnelle »⁷⁸) ;
- Le montant de la pension d'invalidité dépend de la catégorie d'invalidité de l'assuré, selon qu'il est absolument incapable ou non d'exercer une activité professionnelle, alors que la rente AT-MP est calculée en fonction du taux d'incapacité permanente de la victime ;
- Les revenus sur la base desquels sont calculées les prestations correspondent à la moyenne des dix meilleures années s'agissant de la pension d'invalidité, et au salaire des douze derniers mois précédent l'arrêt de travail concernant la rente AT-MP ;
- La pension d'invalidité est soumise à des montants minimaux et maximaux (variables en fonction des catégories d'invalidité), alors que, dans le cadre de la rente AT-MP, c'est le salaire annuel qui doit être au moins égal à un certain niveau (salaire minimum des rentes) et qui est ensuite pris en compte de manière dégressive, dans la limite de 8 fois le plafond annuel de la sécurité sociale ;
- Certes, certains droits connexes sont communs aux titulaires d'une pension d'invalidité et aux titulaires d'une rente AT-MP (obligation d'emploi de travailleurs handicapés) ; mais d'autres ne concernent, en plus des titulaires d'une pension d'invalidité, que les titulaires d'une rente AT-MP avec incapacité permanente au moins égale à 2/3 (prise en charge à 100% de l'ensemble des frais de santé, y compris non liés à l'invalidité ou à l'AT-MP), alors même que, comme exposé supra, les deux notions ne sont pas strictement équivalentes ;
- Par ailleurs, les titulaires d'une pension d'invalidité de 3^e catégorie peuvent bénéficier de la carte mobilité

⁷⁶ <https://www.youtube.com/watch?v=TjHs8gi1jIQ>; https://www.youtube.com/watch?v=dv_wmV8R35Y;
<https://www.youtube.com/watch?v=cKl3BpVEfLc>.

⁷⁷ [Denk an mich. Dein Rücken - Übungen am Arbeitsplatz - schnelles Rücken-SOS - YouTube.](#)

⁷⁸ Article L. 434-2 du code de la sécurité sociale.

inclusion, tandis que les titulaires d'une rente AT-MP n'y ont pas droit à ce titre (mais peuvent en bénéficier s'ils en remplissent les conditions, liées à la situation de handicap et au taux d'incapacité permanente tel qu'évalué par la MDPH) ;

- La pension d'invalidité est soumise à l'impôt sur le revenu, alors que la rente AT-MP en est exonérée ;
- La pension d'invalidité ouvre droit à la validation de trimestres retraite, mais son versement cesse à l'âge légal de départ à la retraite, sauf si la personne poursuit son activité professionnelle, ou est au chômage à 61,5 ans mais reprend une activité à 62,5 ans, alors que la rente AT-MP présente un caractère viager ; par ailleurs, les titulaires d'une rente AT-MP bénéficient d'un dispositif de départ anticipé à la retraite, à 60 ans à taux plein, sans condition particulière lorsque leur taux d'incapacité est au moins égal à 20%, et selon des critères liés à leur exposition à certains facteurs de risques professionnels lorsque leur taux d'incapacité est compris entre 10% et 19%.

Aussi, l'orientation vers la pension d'invalidité ou la rente AT-MP nécessite un examen détaillé de la situation de chaque assuré ; selon une étude de 2005 (dont les constats restent d'actualité, en l'absence de modification des règles de calcul des prestations ou d'actualisation des barèmes AT-MP), la pension d'invalidité serait plus favorable pour les personnes dont l'accident ou la maladie a entraîné un impact important sur l'emploi, mieux pris en compte par la pension d'invalidité que par la rente AT-MP⁷⁹. Pourtant, certaines organisations syndicales auditionnées par la commission notent, au-delà de cette seule situation, une préférence collective globale pour la pension d'invalidité, qui serait perçue comme systématiquement plus avantageuse que la rente AT-MP. L'objectivation de ce phénomène par des études empiriques est ambivalente : s'agissant ainsi des assistantes sociales, certaines études indiquent qu'elles orientent plutôt les victimes vers les procédures AT-MP, en particulier lorsqu'elles ont de faibles revenus⁸⁰, alors que d'autres indiquent qu'elles conseillent parfois la pension d'invalidité plutôt que la rente AT-MP, d'ailleurs pas tant pour des raisons financières que du fait la procédure d'instruction jugée plus rapide et moins complexe pour les assurés⁸¹.

A ce sujet, le représentant de la CNAM au sein de la commission a rappelé que le médecin-conseil devait en principe présenter la pension d'invalidité et la rente AT-MP aux victimes d'AT-MP avec incapacité permanente au moins égale à 2/3 (même si, comme indiqué supra, ce taux ne correspond pas nécessairement à une perte de capacité de gains d'au moins 2/3 ouvrant droit à la pension d'invalidité), et calculer, pour les assurés remplissant les conditions pour bénéficier de l'un ou l'autre de ces prestations, leur montant respectif, le montant de la rente AT-MP devant ensuite être porté au niveau le plus élevé des deux.

Par ailleurs, la commission relève que la Cour des comptes, dans son rapport de 2019 sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale⁸², a souligné les difficultés liées aux règles actuelles d'articulation entre la pension d'invalidité et la rente AT-MP, et a ainsi recommandé d'engager des travaux à ce sujet. En effet, le dispositif actuel, qui concerne les personnes victimes à la fois d'un AT-MP et d'un accident ou d'une maladie d'origine non professionnelle, repose sur des règles globalement peu lisibles – et mal connues des assurés :

- Lorsque la victime d'un AT-MP perçoit une rente, et présente ensuite une dégradation de son état de santé d'origine non professionnelle, qui porte son taux d'incapacité permanente à 2/3 au moins, elle peut cumuler sa rente AT-MP avec une pension d'invalidité, dans la limite du « salaire perçu par un travailleur valide de la même catégorie » (notion désormais obsolète) ;
- Lorsque, inversement, le bénéficiaire d'une pension d'invalidité est victime d'un AT-MP (ou détecte, tardivement, l'origine professionnelle de l'accident ou de la maladie ayant conduit au versement de la pension d'invalidité), le médecin-conseil de la CPAM doit identifier le caractère total ou partiel de l'identité des lésions entre celles ayant donné lieu à l'ouverture de la pension d'invalidité et celles constatées dans le cadre de l'AT-MP : en cas d'identité totale, la rente AT-MP se substitue à la pension d'invalidité ; à défaut, la rente AT-MP est versée en complément de la pension d'invalidité, mais son montant est déduit de cette dernière.

⁷⁹ « Déclarer une lombosciatique en maladie professionnelle : est-ce l'avantage bien compris du patient ? », Yves Roquelaure et al., *Revue du rhumatisme*, 2005.

⁸⁰ « Moteurs et freins à la reconnaissance en maladie professionnelle des patients atteints de cancers bronchiques : une étude psychosociale », Manon Britel et al., *Santé publique*, 2017.

⁸¹ « Reconnaissance et occultation des cancers professionnels : le droit à réparation à l'épreuve de la pratique (Seine-St-Denis) », Anne Marchand, Thèse Université Paris Saclay, 2018.

⁸² Chapitre « Les pensions d'invalidité » du rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale de 2019.

Dans ce contexte, la Cour des comptes soulignait la nécessité d'évaluer l'impact de ces règles sur l'imputation de certaines dépenses à la branche maladie plutôt qu'à la branche AT-MP – en indiquant qu'elles pourraient, le cas échéant, être intégrées au périmètre de la dotation versée au titre de la sous-déclaration des AT-MP. Inversement, la commission note, comme l'ont souligné les organisations patronales, que des situations peuvent être indument prises en charge par la branche AT-MP, notamment lorsque l'origine non professionnelle de l'aggravation de l'état de santé du titulaire d'une rente AT-MP n'est pas détectée (même si, d'après les retours de la CNAM, ces situations restent marginales dans la mesure où l'avis du médecin-conseil est systématiquement recueilli sur l'imputabilité à l'AT-MP initial). Plus globalement, au-delà de l'exercice d'objectivation et de chiffrage des dépenses indument prises en charge par la branche maladie ou AT-MP, qui demeure particulièrement complexe, la commission recommande une clarification des règles d'articulation entre pension d'invalidité et rente AT-MP, dans le double objectif d'une meilleure répartition des dépenses entre les deux branches, en fonction du caractère professionnel ou non de la dégradation de l'état de santé, et d'un meilleur accès aux droits des personnes concernées⁸³.

La réforme de la procédure de reconnaissance des AT-MP découlant de la mise en œuvre du décret du 23 avril 2019 a permis de simplifier les démarches des victimes, qui sont également mieux informées des différentes étapes de la procédure. L'Assurance maladie veille par ailleurs à renforcer l'accompagnement des victimes de maladies professionnelles, par le biais notamment d'une large communication et d'un accompagnement des victimes de maladies professionnelles. Toutefois, la commission réitère son constat sur la nécessaire amélioration de l'information des assurés s'agissant de l'arbitrage entre pension d'invalidité et rente AT-MP, et préconise en outre la clarification des règles d'articulation entre ces deux prestations.

1.2.4.2. - Les autres facteurs de la sous-déclaration des AT-MP

Des facteurs de sous-déclaration de la part des victimes ont été mis en évidence par plusieurs études sociologiques. Ils seraient liés, de manière globale, à la difficulté pour les personnes à admettre leur statut de victime et, s'agissant plus spécifiquement des AT-MP, à reconnaître l'imputabilité de l'accident ou de la maladie à un tiers, en l'occurrence à l'employeur, que les assurés craignent parfois de mettre en difficulté en engageant une procédure de reconnaissance d'AT-MP⁸⁴. A cet égard, une étude montre par exemple, dans le cas de l'amiante, que les personnes retraitées ou dont l'entreprise a fermé ont plus tendance à déclarer leur maladie professionnelle que les personnes encore en activité⁸⁵. Au-delà de ces aspects psychologiques, il convient de rappeler plusieurs facteurs à l'origine de la sous-déclaration des maladies professionnelles par les victimes.

1.2.4.2.1. – La méconnaissance de l'exposition

Certaines victimes peuvent tout simplement ignorer qu'elles ont été exposées à des substances dangereuses ou à des modes de travail pathogènes, par exemple dans le secteur de la restauration (agents chimiques dangereux) ou de l'industrie agroalimentaire ; certaines organisations syndicales et associations ont également souligné la difficulté à identifier l'exposition à des substances dangereuses qui étaient parfois utilisées sous un autre nom (nom commercial par exemple) que celui de l'agent dont les effets nocifs auraient été identifiés. Le lien potentiel avec le travail est encore plus difficile à concevoir pour les victimes (comme pour les médecins, cf. supra) s'agissant des pathologies plurifactorielles, notamment des maladies pulmonaires, le tabagisme pouvant être considéré comme la seule cause de la pathologie ou, a minima, comme un frein à la reconnaissance en maladie professionnelle. Il est en est de même pour les maladies à effet différé, en particulier les cancers, qui surviennent alors que la personne est à la retraite. A cet égard, plusieurs organisations syndicales ont relevé le manque de sensibilisation des salariés sur leur exposition aux risques professionnels et, a fortiori, sur les effets sur la santé potentiels.

Par ailleurs, les victimes n'ont pas toujours la possibilité de reconstituer l'historique de leurs expositions passées.

⁸³ Selon les données recueillies par la Cour des comptes dans deux départements, parmi 46 000 titulaires d'une pension d'invalidité, 8% cumuleraient cette prestation avec une rente AT-MP.

⁸⁴ Voir, par exemple, « Quand les cancers du travail échappent à la reconnaissance : les facteurs de non-recours au droit », A. Marchand, 2016, *Sociétés contemporaines* ; « Reconnaissance et occultation des cancers professionnels : le droit à réparation à l'épreuve de la pratique » (thèse de doctorat), A. Marchand, 2018 ; « Les « victimes » : la formation d'une catégorie sociale improbable et ses usages dans l'action collective » (thèse de doctorat), S. Latté, 2008 ; « Mobilisation des victimes », sous la direction de S. Lefranc et L. Mathieu, 2009, *Presses universitaires de Rennes*.

⁸⁵ « Justice et justesse de l'indemnisation. Acteurs et dispositifs de l'Etat providence à l'épreuve du scandale de l'amiante », Héroïse Pillayre, Thèse EHESS, 2017.

Plusieurs organisations syndicales ont ainsi relevé que la suppression de la fiche d'exposition en 2015 constituait un puissant frein à la déclaration des pathologies professionnelles, et notamment des pathologies cancéreuses causées par des agents chimiques ; de même, la couverture insuffisante par le document unique d'évaluation des risques professionnels, ou son absence d'actualisation, ne permettent pas non plus d'assurer une réelle traçabilité collective des risques au sein de l'entreprise. Selon certaines organisations syndicales, l'exclusion en 2017 des agents chimiques dangereux des facteurs de risque pris en considération dans le cadre du compte professionnel de prévention constitue un obstacle supplémentaire à la reconstitution des expositions professionnelles.

La difficulté à retracer les expositions est accrue pour les salariés intérimaires ou en situation de sous-traitance, comme l'ont rappelé les organisations syndicales, ainsi que, plus globalement, pour les personnes dont la carrière professionnelle a été morcelée, et la traçabilité des expositions ainsi rendue plus compliquée. L'ANDEVA note également que, s'agissant plus spécifiquement des activités exposant à l'amiante, le recours aux contrats de chantier (contrats à durée indéterminée, destinés à la réalisation de travaux ou d'opérations précis, dont la date de fin ne peut être connue d'avance) complique le suivi des expositions – et contribue à la sous-déclaration des maladies.

Face à ce constat, plusieurs partenaires sociaux ont rappelé leur attachement à la mise en place d'un dossier médical personnel de santé au travail (DMPST), dans la droite ligne des recommandations du rapport Dharréville⁸⁶. Attaché à la personne et non à l'employeur ou au SST, ce dossier permettrait de retracer l'ensemble des expositions des salariés au cours de leur carrière. Aussi, la proposition de loi pour renforcer la santé au travail renforce le dossier médical en santé au travail, qui devient un élément du dossier médical partagé, accessible, sous réserve de l'accord du salarié, à l'ensemble des professionnels de santé.

1.2.4.2.2. – La crainte de l'absence d'aboutissement de la démarche et la complexité de la procédure

Si, comme mentionné supra, il n'est pas encore possible d'évaluer l'impact de la réforme de la procédure d'instruction sur la (sous-)déclaration des AT-MP, les personnes auditionnées par la commission ont mis en avant le fait que certaines victimes de pathologies professionnelles renonceraient à déclarer leur maladie, compte tenu de la relative complexité de la démarche déclarative et de la procédure de reconnaissance – et, pour les pathologies non désignées dans les tableaux, du délai de traitement moyen devant les CRRMP (que la prochaine commission devra, là encore, évaluer à l'aune de la nouvelle procédure d'instruction des demandes). De ce fait, certaines victimes, surtout celles dont l'état de santé est gravement détérioré – qui accordent la priorité aux soins plutôt qu'à l'engagement de démarches complexes dont elles ne perçoivent par ailleurs pas forcément l'intérêt et/ou craignent qu'elles ne conduisent à une mise en cause de l'employeur (cf. supra) – ne déclarent pas leur maladie. Les organisations syndicales et les associations de victimes (ANDEVA en particulier) soulignent, à cet égard, le rôle majeur de l'entourage. Des études ont également souligné le rôle des collectifs, professionnels ou associatifs, et mis en évidence, en particulier, le fait que l'engagement des démarches était plus facile dans les entreprises où la représentation des salariés était structurée – et mobilisée sur les sujets AT-MP⁸⁷ ; ainsi en est-il par exemple des reconnaissances de maladies professionnelles des mineurs⁸⁸, des verriers⁸⁹ ou des travailleurs du nucléaire⁹⁰.

Par ailleurs, certaines victimes, sans renoncer complètement à la reconnaissance de l'AT-MP, seraient tentées de passer par la voie de la reconnaissance en accident du travail, considérée comme plus avantageuse : ces démarches sont néanmoins la plupart du temps infructueuses, la reconnaissance en accident du travail répondant à des critères juridiques précis, distincts de ceux en vigueur pour les maladies professionnelles.

La dématérialisation de la procédure (dématérialisation de la phase d'envoi des questionnaires et du contradictoire),

⁸⁶ « Rapport sur les maladies et pathologies professionnelles dans l'industrie (risques chimiques, psychosociaux ou physiques) et les moyens à déployer pour leur élimination », établi par la commission d'enquête de l'Assemblée nationale présidée par Julien Borowczyk, Pierre Dharréville étant rapporteur, 2018.

⁸⁷ « La sous-reconnaissance des maladies professionnelles en France : Revue bibliographique des travaux de sciences sociales et de santé publique (1990-2020) », Blandine Barlet et Giovanni Prete, 2021.

⁸⁸ « Reconnaissance et occultation des cancers professionnels : le droit à réparation à l'épreuve de la pratique (Seine-St-Denis) », Anne Marchand, Thèse Université Paris-Saclay, 2018 ; « Justice et justesse de l'indemnisation. Acteurs et dispositifs de l'Etat providence à l'épreuve du scandale de l'amiante », Héloïse Pillayre, Thèse Paris EHESS, 2017.

⁸⁹ « L'affaire des verriers de Givors ou le parcours du combattant des victimes de maladies professionnelles », Pascal Marichalar, *Delibere*, 2019.

⁹⁰ « Santé sous-traitée. Ethnographier les mobilisations contre les risques du travail dans l'industrie nucléaire en France (1968-2018) », Marie Ghis-Malfilatre, Thèse Paris Sciences et Lettres, 2018.

même si elle recèle des potentialités intéressantes, peut également constituer un frein pour les assurés peu accoutumés à l'outil informatique, plusieurs organisations syndicales pointant le risque de fracture numérique pour les publics précaires ou isolés géographiquement. La dématérialisation de la procédure de reconnaissance pour les victimes de la Covid-19, si elle constitue indéniablement un progrès en terme de simplicité pour l'assuré, doit ainsi être évaluée à l'aune de ce constat.

Enfin, certaines pathologies requièrent, dans le cadre des tableaux de maladies professionnelles (tableau 57A par exemple qui nécessite une IRM), la réalisation d'examens complémentaires jugés contraignants, ou difficiles à réaliser dans certains territoires ruraux, où la démographie médicale et l'éloignement des centres hospitaliers représentent un enjeu central. L'actualisation des modalités de diagnostic dans les tableaux de maladies professionnelles constitue ainsi un sujet majeur, dont devront se saisir les partenaires sociaux de la CS4 (et de la COSMAP) au cours des prochaines années, en s'appuyant sur l'expertise scientifique et médicale de l'ANSES ou de tout autre organisme offrant les mêmes garanties en matière d'indépendance et d'expertise scientifique.

1.2.4.2.3. – La variabilité de la sous-déclaration selon la catégorie socio-professionnelle et le sexe de la victime

Comme l'ont souligné plusieurs études, les ouvriers sont les plus exposés aux facteurs de risques susceptibles d'entraîner des pathologies cancéreuses ; plus particulièrement, le risque professionnel expliquerait entre un tiers et la moitié (pour certains cancers, tels que ceux du poumon et de la vessie) de l'excès de cancers observé dans les catégories sociales défavorisées⁹¹, et la moitié de l'écart entre la mortalité des ouvriers liée à un cancer du poumon et celle des cadres⁹². S'agissant de la déclaration des maladies professionnelles liées à ces expositions, alors que plusieurs études ont montré qu'un niveau d'éducation élevé favorisait la réceptivité aux messages de prévention en santé, ainsi que l'accès aux soins – ce qui pouvait laisser penser que les ouvriers, bien qu'étant les plus exposés, auraient moins tendance à déclarer leurs maladies professionnelles que les cadres –, une enquête conduite dans le cas spécifique des mésothéliomes révèle que les ouvriers et les employés déclarent proportionnellement plus de maladies professionnelles que les cadres. Cette enquête tend ainsi à montrer que le niveau d'instruction n'est pas forcément un facteur de sous-déclaration : ainsi, l'étude souligne le rôle des médecins, qui sont incités à établir des certificats médicaux initiaux pour les professions les plus à risque, en l'occurrence les ouvriers, et indique que, à taux d'information égal par leur médecin, les assurés déclarent leur maladie professionnelle dans des proportions équivalentes, quel que soit leur niveau de formation⁹³.

Il en va toutefois différemment des ouvriers d'origine étrangère (même s'il n'existe pas de statistiques, interdites par la loi, à ce sujet), qui, malgré leur exposition souvent plus forte aux facteurs de risques professionnels, soit sont réticents à engager les démarches de reconnaissance (lorsqu'ils sont en situation de précarité d'emploi) soit rencontrent des difficultés importantes dans la réalisation de ces démarches, notamment lorsqu'ils ne résident plus en France (contrats temporaires ou saisonniers, pathologies à effet différé)⁹⁴.

De même, plusieurs études ont souligné le moindre accès au droit des salariés intérimaires et des salariés en situation de sous-traitance, qui s'explique en particulier par la difficulté à reconstituer des expositions multiples et intermittentes – qui ne correspondent par ailleurs pas au critère de travail « habituel » requis par les tableaux de maladies professionnelles⁹⁵. A titre d'exemple, une étude concernant le tableau de maladie professionnelle n°6 relatif aux affections provoquées par les rayonnements ionisants indique que 4,9% seulement des cancers radio-induits reconnus par les CPAM concernent des employés non-qualifiés, alors même qu'ils effectuent au sein de l'industrie nucléaire les opérations (nettoyage et maintenance) les plus exposées aux rayonnements ionisants – ce

⁹¹ « Exposure to Occupational carcinogens and social class differences in cancer occurrence », Paolo Boffetta et al., in *Social Class Inequalities and Cancer*, 1997, cité par « La construction sociale des inégalités de santé – L'exemple des cancers professionnels », Annie Thébaud-Mony, *Santé, société et solidarité*, 2004.

⁹² « Quand les cancers du travail échappent à la reconnaissance : Les facteurs de non-recours au droit », Anne Marchand, *Sociétés contemporaines*, 2016.

⁹³ « Les déterminants de la sous-déclaration des maladies professionnelles. Le cas du mésothéliome », Elsa Gisquet, *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, 2011.

⁹⁴ « Chantier interdit au public. Enquête parmi les travailleurs du bâtiment », Nicolas Jounin, *La découverte*, 2009 ; « De l'épreuve du travail à l'épreuve de la reconnaissance du cancer en maladie professionnelle », Laura Boujasson, *Mouvements*, 2009.

⁹⁵ « La construction sociale des inégalités de santé – L'exemple des cancers professionnels », Annie Thébaud-Mony, *Santé, société et solidarité*, 2004.

qui pourrait s'expliquer notamment par le poids important parmi eux des salariés en sous-traitance⁹⁶.

Des études⁹⁷ ont par ailleurs mis en évidence les différences entre hommes et femmes en termes de déclaration et de reconnaissance des maladies professionnelles, qui peuvent s'expliquer notamment par les facteurs suivants :

- Des connaissances limitées sur le lien entre travail et santé pour les femmes (la littérature scientifique ciblant en général l'impact du travail sur la santé reproductive) – de nature à limiter la détection de l'origine potentiellement professionnelle d'une pathologie, et donc sa déclaration en maladie professionnelle ;
- La proportion plus importante de femmes dans les activités exercées à domicile (assistantes maternelles, femmes de ménage, aides à domicile...). En effet, ces activités d'une part, génèrent des maladies ne remplissant parfois pas les critères des tableaux de maladies professionnelles, en particulier s'agissant des TMS (car la contrainte physique n'est pas exercée de manière répétitive) et, d'autre part, ne permettent pas le recours à des témoignages émanant de collègues directs pour établir la réalité de l'exposition – ce qui peut entraîner des phénomènes de sous-reconnaissance ou, par « auto-censure », de sous-déclaration ;
- Le poids plus fort pour les femmes des carrières discontinues, qui compliquent la traçabilité des expositions, et donc la déclaration ou, le cas échéant, la reconnaissance de la maladie professionnelle.

Toutefois, le nombre de maladies professionnelles reconnues pour les femmes a fortement augmenté (de 145%) entre 2001 à 2016 – de sorte que leur nombre était en 2016 quasiment équivalent à celui des hommes (respectivement 24 028 et 24 734 cas)⁹⁸. La présente commission n'a pas pu obtenir de chiffre plus récent ; il reviendra donc à la commission suivante de confirmer (ou non) l'évolution du nombre de déclarations et de reconnaissances pour les femmes, comparée à celle des hommes.

La méconnaissance de l'exposition passée et la difficulté à envisager le lien potentiel avec la pathologie, ainsi que la complexité de la procédure, constituent toujours autant de freins à la déclaration en maladie professionnelle pour les victimes.

1.2.5. – S'agissant des entreprises

1.2.5.1. – Les préconisations de 2017 et le bilan de leur mise en œuvre

L'information des employeurs en matière de risques professionnels apparaît comme un enjeu majeur pour lutter contre le phénomène de sous-déclaration des AT-MP. En effet, les employeurs sont directement impliqués dans la déclaration des accidents du travail. Concernant les maladies professionnelles, même si la déclaration incombe aux victimes, les employeurs doivent être à même de comprendre les enjeux de la procédure de reconnaissance, s'agissant notamment des phases contradictoire et d'investigation menées par les caisses, dans le cadre desquelles ils sont systématiquement sollicités.

Aussi, la commission de 2017 avait formulé la préconisation suivante :

- ✓ *Développer la réalisation et la diffusion de guides permettant aux entreprises de s'approprier la réglementation.*

Depuis 2017, plusieurs actions ont ainsi été engagées pour améliorer l'information des entreprises et leur permettre de s'approprier la réglementation en matière d'AT-MP.

⁹⁶ « La réparation du risque radio-induit en France : De la création précoce du tableau n°6 des maladies professionnelles à son blocage autour de l'enjeu de la mesure des doses », Marie Ghis Malfilatre, in *Cent ans de sous-reconnaissance des maladies professionnelles*, sous la direction de C. Cavalin, E. Henry, J.-N. Jouzeul, J. Pélisse, 2020, Presses des Mines, Collection Sciences sociales.

⁹⁷ « Les cancers professionnels à l'épreuve des parcours professionnels exposés aux cancérogènes. Santé au travail : approches critiques », GISCOP, *La découverte*, 2012 ; « Photographie statistique des accidents du travail, des accidents de trajet et des maladies professionnelles en France selon le sexe entre 2001 et 2016 : Des tendances d'évolution différenciées pour les femmes et les hommes », P. Mercieca et al., 2018 ; « La sous-reconnaissance des maladies professionnelles en France : Revue bibliographique des travaux de sciences sociales et de santé publique (1990-2020) », Blandine Barlet et Giovanni Prete, 2021 ; « La construction sociale des inégalités de santé – L'exemple des cancers professionnels », Annie Thébaud-Mony, *Santé, société et solidarité*, 2004.

⁹⁸ « Photographie statistique des accidents du travail, des accidents de trajet et des maladies professionnelles en France selon le sexe entre 2001 et 2016 : Des tendances d'évolution différenciées pour les femmes et les hommes », P. Mercieca et al., 2018.

Ainsi, les conférences de presse et campagnes de communication mentionnées supra s'adressaient aussi bien aux victimes qu'aux employeurs. D'ailleurs, la campagne sur les lombalgies a donné lieu, à l'attention des employeurs, à l'organisation de 111 « matinées employeurs ». De plus, s'agissant des cancers d'origine professionnelle, un document intitulé « santé travail : enjeux et actions » a été diffusé en avril 2019 par la CNAM afin de sensibiliser les employeurs à ce sujet. Ce document détaille notamment les aides financières réservées aux entreprises de moins de 50 salariés, l'objectif étant de les aider à mettre en place des équipements pour protéger leurs salariés contre les facteurs de risque chimiques (aides fumées de soudage, aide Airbonus, Aide Stop Amiante) et ainsi à diminuer la prévalence des cancers professionnels.

Par ailleurs, le site Ameli employeur a été refondu et explique clairement aux entreprises la nouvelle procédure de reconnaissances des maladies professionnelles, et notamment la procédure contradictoire au cours de laquelle ils peuvent formuler leurs observations ; une infographie et un tutoriel vidéo ont par ailleurs été mis en ligne, comme sur la page Ameli à destination des assurés. D'un point de vue quantitatif, la page d'information sur la procédure de déclaration des maladies professionnelles à destination des employeurs a été visitée 47 000 fois du 1^{er} novembre 2019 au 14 décembre 2020 ; la page d'information relative aux accidents de travail et aux accidents de trajet a quant à elle été visitée 111 000 fois sur la même période.

L'Assurance maladie a renforcé sa communication auprès des employeurs afin de les sensibiliser à la nouvelle procédure de reconnaissance des AT-MP. Cette recommandation a par conséquent trouvé une traduction concrète depuis la tenue de la dernière commission en 2017.

1.2.5.2. – Les autres facteurs de la sous-déclaration des AT-MP

1.2.5.2.1. – Dans certaines entreprises, des phénomènes de dissimulation, ou d'incitation à la non-déclaration des AT-MP, mis en avant par les organisations syndicales

Comme elles l'avaient fait en 2017, les organisations syndicales auditionnées par la commission ont relevé, s'agissant des accidents du travail, des comportements de dissimulation de la part de certaines entreprises (non-déclaration d'accident), voire, tant pour les accidents du travail que les maladies professionnelles, de pression (surtout dans les grandes entreprises) exercées sur certains de leurs salariés afin que ceux-ci ne déclarent pas le sinistre ou la pathologie – ou réduisent la durée de l'arrêt de travail y afférent (phénomène qu'il est toutefois difficile d'objectiver, selon la commission, car touchant de près aux enjeux de prévention de la désinsertion professionnelle et de maintien en emploi, pour les assurés en arrêt de travail de longue durée).

Plusieurs comportements ont ainsi été mis en avant par les organisations syndicales. En premier lieu, la crainte de certains salariés de perdre leur emploi, pour cause d'inaptitude, à la suite d'une déclaration de maladie professionnelle, a été présentée comme la manifestation d'une pression exercée par l'employeur sur la victime. Ensuite, plusieurs organisations ont souligné la pression morale exercée par le collectif de travail sur les victimes prêtes à déclarer une maladie professionnelle, dans les entreprises où ont été mis en place des dispositifs de prime ou des accords d'intéressement conditionnés à une faible sinistralité. Le travail illégal, le détachement irrégulier de travailleurs constituent par ailleurs autant de moyens potentiellement mis en œuvre pour dissimuler une accidentologie élevée.

Ces comportements, et plus globalement la politique du « zéro accident » qui serait mise en œuvre par certaines entreprises, peut découler de motivations financières pour les entreprises en tarification individuelle (entreprises d'au moins 150 salariés), mais également pour les entreprises en tarification mixte (au moins 20 salariés), surtout pour les plus grandes d'entre elles, pour lesquelles une partie du taux de cotisation est liée à leur sinistralité propre.

1.2.5.2.2 – Des phénomènes de sous-déclaration spécifiques à certains accidents du travail ou à certains salariés

Les organisations syndicales ont relevé la sous-déclaration plus importante dont faisaient l'objet les accidents sans arrêt ou avec arrêts de travail courts, sans que ce phénomène ne puisse être précisément quantifié.

L'utilisation abusive du registre des accidents du travail bénins, concernant les AT-MP n'ayant entraîné ni soins ni arrêt de travail (cf. infra), a également été soulignée à plusieurs reprises par les organisations syndicales. Certains employeurs procéderaient à l'inscription sur ce registre d'accidents du travail non bénins ou omettraient de

procéder ultérieurement auprès de la CPAM à la déclaration d'un accident du travail, initialement considéré comme bénin mais qui se révélerait a posteriori plus grave.

Par ailleurs, en lien avec l'essor du télétravail dans le cadre de la crise sanitaire, plusieurs organisations syndicales ont déploré que certains employeurs ne déclarent pas les accidents du travail survenus à domicile, considérant qu'il s'agit là d'accidents domestiques. Si la commission n'a pas pu recueillir d'éléments statistiques sur le nombre de déclarations liées à des accidents intervenus pendant une période de télétravail ni, a fortiori, sur les contentieux y afférents, elle souligne que ces accidents doivent être déclarés par l'employeur et bénéficient de la même présomption d'imputabilité au travail que les accidents intervenus dans les locaux de l'entreprise, conformément aux règles du code du travail (l'article L. 1222-9 dispose en effet que « l'accident survenu sur le lieu où est exercé le télétravail pendant l'exercice de l'activité professionnelle du télétravailleur est présumé être un accident de travail au sens de l'article L. 411-1 du code du travail »).

Enfin, les organisations syndicales ont signalé le poids plus fort de la sous-déclaration des accidents du travail s'agissant des salariés intérimaires ou des salariés exerçant dans des entreprises de sous-traitance. A cet égard, les organisations patronales ont rappelé que les obligations déclaratives étaient précisément encadrées par les textes : pour les salariés intérimaires par exemple, l'entreprise utilisatrice doit signaler l'accident dans les 24 heures à l'entreprise de travail temporaire, qui en effectue la déclaration auprès de la CPAM⁹⁹. S'agissant de la sous-traitance, si les organisations syndicales ont mis en avant l'incitation à la sous-déclaration que pouvait constituer la préférence de certaines entreprises pour des sous-traitants qui présentent de faibles niveaux de sinistralité, les organisations patronales ont indiqué que les difficultés éventuelles seraient davantage liées aux phénomènes de sous-traitance en cascade (notamment en matière de détachement) qu'à des comportements spécifiques de sous-déclaration des accidents.

1.2.5.2.3 – Des difficultés dans la traçabilité des expositions aux facteurs de risques professionnels, et dans leur prévention

La question du document unique d'évaluation des risques professionnels a fait l'objet de nombreuses observations : dans un nombre important d'entreprises, celui-ci n'est pas mis en place ou pas actualisé (selon les statistiques de la DARES, seuls 60% des salariés étaient couverts en 2017 par un document unique d'évaluation des risques professionnels) ; par ailleurs, lorsqu'il existe, il est difficilement accessible aux salariés de l'entreprise, alors qu'il leur permettrait d'avoir connaissance des expositions professionnelles et d'être ainsi davantage sensibilisés au caractère potentiellement professionnel de certaines maladies contractées. Pourtant, le document unique doit normalement être facilement accessible et ses modalités d'accès doivent être affichées dans l'entreprise. L'accès à ce document demeure en outre complexe pour les salariés qui ont quitté l'entreprise, alors même qu'il leur permettrait d'objectiver les expositions dans le cas de maladies professionnelles à effet différé. De toute évidence, les salariés ne peuvent aujourd'hui se saisir pleinement de cet outil, qui représente pourtant un levier d'information de premier plan. Les partenaires sociaux interrogés militent ainsi pour une durée de conservation très longue des versions successives du document unique d'évaluation des risques professionnels, certaines pathologies pouvant se manifester jusqu'à 50 ans après l'exposition au risque (s'agissant du sarcome osseux, mentionné au tableau n° 6 du régime général relatif aux affections provoquées par les rayonnements ionisants). Ils soulignent à cet égard l'évolution positive que représente la proposition de loi pour renforcer la prévention en santé au travail, qui, en plus de relever au niveau législatif les dispositions relatives au document unique, prévoit l'archivage par l'employeur des versions successives du document unique, qui doivent être mises à disposition des salariés et anciens travailleurs, pendant une durée minimale, qui sera définie par voie réglementaire, sans pouvoir être inférieure à 40 ans. La proposition de loi consacre également l'obligation de mise en place d'un plan annuel de prévention, sur la base des risques identifiés dans le document unique, qui permettra de renforcer la prévention – et in fine de réduire l'incidence des maladies professionnelles.

1.2.5.2.4 – Les évolutions des instances représentatives du personnel au sein des entreprises

Parmi les évolutions significatives depuis 2017, il faut par ailleurs souligner, même si ce facteur ne tient pas tant au comportement des employeurs qu'à la tenue des instances représentatives du personnel au sein des entreprises, la suppression des comités d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT) au profit des comités sociaux

⁹⁹ Articles L. 412-4 et R. 412-2 du code de la sécurité sociale.

et économiques (CSE) depuis le 1^{er} janvier 2020¹⁰⁰. Si la réforme est encore trop récente pour pouvoir en établir un bilan, les organisations syndicales ont souligné l'implication croissante des CHSCT, depuis les années 1990, sur les sujets de prévention et de réparation des AT-MP – ainsi que le risque que les nouveaux CSE, compte tenu de leur périmètre d'action plus large, ne puissent plus examiner avec autant d'attention ces sujets.

Lors de l'audition des organisations syndicales, la commission a pu relever, comme en 2017, que certaines entreprises ne déclaraient pas systématiquement les accidents du travail portés à leur connaissance (avec des difficultés particulières, relevées par les organisations syndicales, dans les secteurs de la sous-traitance et de l'intérim) – même si l'objectivation de ces phénomènes demeure complexe, et l'intentionnalité de l'employeur difficile à rapporter.

1.2.6. – S'agissant de la prise en charge des soins et actes relevant de la branche AT-MP

1.2.6.1 - La préconisation de 2017 et le bilan de sa mise en œuvre

Au-delà des enjeux relatifs à la détection de l'origine potentiellement professionnelle des maladies et à l'engagement des démarches en vue d'obtenir la reconnaissance de leur caractère professionnel, la commission de 2017 a souligné les difficultés liées à la détection des soins comme étant liés à un AT-MP – qui peut générer une imputation des dépenses correspondantes à la branche maladie plutôt qu'à la branche AT-MP.

Elle a ainsi formulé la préconisation suivante :

- ✓ *Veiller à ce que la mise en place de la facturation individuelle prenne en compte la dimension AT-MP (recommandation déjà formulée en 2014).*

Cette recommandation ne vise pas tant à améliorer la détection des pathologies d'origine professionnelle qu'à s'assurer de la bonne imputation des dépenses (prestations en nature) à la branche AT-MP. Elle n'a pas connu de progrès entre 2014 et 2017 et n'a été que partiellement mise en œuvre depuis 2017, compte tenu du retard pris dans la mise en œuvre de la facturation individuelle des séjours hospitaliers.

Pour rappel du contexte, la loi du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004, mettant en œuvre la tarification à l'activité (T2A), a affirmé le principe de la facturation directe à l'Assurance maladie obligatoire et a instauré, pour les établissements anciennement sous dotation globale (établissements publics de santé et établissements de santé privés d'intérêt collectif) un dispositif transitoire et dérogatoire sous forme de valorisation par les agences régionales de santé (ARS) sur proposition de l'agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH). Aussi, les SI de la branche AT-MP étaient alimentés, s'agissant des frais de séjour hospitaliers, par un flux « budget global » issu des SI de la branche maladie. La suppression de ce dispositif dérogatoire et le déploiement progressif de la tarification individuelle, selon un calendrier plusieurs fois reporté (du 1^{er} mars 2008 initialement au 1^{er} mars 2016 s'agissant des actes et consultations externes et au 1^{er} mars 2022 s'agissant des séjours hospitaliers¹⁰¹), ont conduit la CNAM à faire évoluer ses SI autour d'un nouveau « flux de séjours ». Des développements sont en cours afin que ce flux puisse alimenter, en lieu et place du flux « budget global », les SI de la branche AT-MP. La mise en œuvre de ce dispositif, prévue au 1^{er} janvier 2022, permettra de garantir l'imputation exhaustive des frais de séjour hospitaliers à la branche AT-MP, et ainsi de réduire les dépenses induites prises en charge par la branche maladie.

Concernant l'imputation des dépenses à la branche AT-MP, le retard pris dans la mise en œuvre de la facturation individuelle constitue pour l'heure un frein à l'imputation exhaustive des frais de séjour hospitaliers à la branche AT-MP. Aussi, la mise en œuvre de la facturation individuelle devra être évaluée, en lien avec les évolutions SI prévues par la CNAM au 1^{er} janvier 2022, par la prochaine commission.

1.2.6.2. Les autres facteurs de sous-imputation des prestations à la branche AT-MP

La commission souligne également deux autres difficultés liées à l'imputation des prestations à la branche AT-MP.

¹⁰⁰ Ordonnance n°2017-1386 du 22 septembre 2017 relative à la nouvelle organisation du dialogue social et économique dans l'entreprise et favorisant l'exercice et la valorisation des responsabilités syndicales

¹⁰¹ Article 65 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2018.

D'une part, à l'heure actuelle, en l'absence d'outil de régularisation automatique, les frais de santé imputés provisoirement sur la branche maladie avant la déclaration d'une maladie professionnelle sont traités manuellement pour être réimputés sur la branche AT-MP, ce qui comporte un risque élevé d'absence de régularisation.

D'autre part, s'agissant des indemnités journalières, depuis 2017, les régularisations du montant des indemnités journalières à la suite d'une reconnaissance d'accident ou de maladie professionnelle ainsi que les ré-imputations des dépenses sur les comptes de la branche maladie en cas de rejet sont gérées automatiquement par un outil dédié. Différents cas restent toutefois exclus du traitement automatique.

1.2.7. – S'agissant de l'amélioration de la collecte de l'information

La commission de 2017 a mis en avant une difficulté transversale liée à l'insuffisante sensibilisation des différents acteurs impliqués dans la déclaration des maladies professionnelles.

Elle a formulé la recommandation suivante :

- ✓ *Tirer rapidement le meilleur parti de la cartographie de l'ensemble des bases de données utiles à la prévention des risques professionnels (cette recommandation s'inscrit dans la continuité de celle du rapport de 2014, qui indiquait qu'il serait intéressant que les données existantes (INVS, ANSES, CNAM...) soient analysées et croisées entre elles).*

L'action 3.10 du troisième plan santé au travail (PST3) pour la période 2016-2020 soulignait la nécessité d'établir une cartographie de l'ensemble des bases de données concernant tous les types de risques professionnels. La cartographie a été réalisée, puis publiée en 2017 sur le site data.gouv.fr, par l'ANSES, avec l'appui d'Etalab et en collaboration avec différents partenaires : Santé publique France, la CNAM, l'Institut national de recherche et de sécurité (INRS), la direction de l'animation de la recherche, des études et des statistiques (DARES) et l'Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail (ANACT).

A ce stade, aucune utilisation spécifique de cette cartographie n'a été mise en avant au niveau national, mais elle est citée comme référence dans le guide méthodologique sur la réalisation des diagnostics territoriaux partagés en santé au travail. Certains acteurs locaux semblent également l'avoir exploitée dans le cadre de l'élaboration des plans régionaux de santé au travail (PRST).

Les CARSAT interrogées ont confirmé l'utilisation de certaines des bases de données identifiées (EPICEA, COLCHIC, Evrest...), ainsi que l'intérêt de la cartographie dans le cadre des travaux partenariaux conduits au niveau régional (PRST), visant notamment à l'élaboration de tableaux de bord sur la santé au travail. Les membres de la commission ont néanmoins souligné l'intérêt variable de cet outil en fonction des acteurs de la prévention concernés (CARSAT, SST). En tout état de cause, l'actualisation de cette cartographie, et ses modalités d'utilisation, pourra être examinée dans le cadre de la préparation du PST4.

La cartographie de l'ensemble des bases de données dans le domaine de la santé et de la sécurité au travail a été publiée en 2017 sur le site data.gouv.fr. Si aucune utilisation spécifique de cette cartographie n'a été mise en avant au niveau national, celle-ci représente néanmoins pour les différents acteurs concernés par la prévention et la réparation un point de repère à partir duquel ils peuvent contacter les gestionnaires des bases de données utiles à leurs travaux.

1.3. – Les causes de la sous-reconnaissance des AT-MP et leur évolution depuis 2017

Comme la précédente, la commission s'est attachée à expertiser les facteurs de sous-reconnaissance des AT-MP. D'une part, les difficultés rencontrées dans l'actualisation des tableaux de maladies professionnelles conduisent à un décalage entre l'état des connaissances scientifiques et leur prise en compte dans les tableaux (sachant que cette sous-reconnaissance n'est pas intégrée dans les chiffres de la commission puisque celle-ci, comme rappelé en introduction, évalue la sous-déclaration au regard de la législation et des critères de reconnaissance actuels). D'autre part, les pratiques de reconnaissance entre caisses divergent encore fortement, même si des progrès ont été observés depuis 2017. Il convient, à cet égard, de rappeler que les phénomènes de sous-reconnaissance et de sous-déclaration sont largement imbriqués : les victimes – ou les médecins susceptibles de les orienter dans leurs

démarches – renoncent à déclarer leur pathologie, considérant qu’elles auront peu de chances d’être indemnisées.

1.3.1. – L’actualisation des tableaux de maladies professionnelles

Partant du constat du caractère obsolète et/ou limité de certains tableaux de maladies professionnelles, au regard de l’état des connaissances scientifiques, la commission de 2017 avait formulé les recommandations suivantes :

- ✓ *Mettre en place une expertise indépendante et collective dans le cadre des travaux visant à réexaminer le fonctionnement de la commission spécialisée relative aux pathologies professionnelles (CS4) du Conseil d’orientation sur les conditions de travail (COCT) ;*
- ✓ *Poursuivre l’actualisation des tableaux de maladies professionnelles (recommandation déjà formulée en 2014).*

1.3.1.1. – La mise en place d’une expertise indépendante et collective dans le cadre des travaux visant à réexaminer le fonctionnement de la commission spécialisée relative aux pathologies professionnelles (CS4) du Conseil d’orientation sur les conditions de travail (CS4)

Conformément au quatrième alinéa de l’article L. 461-2 du code de la sécurité sociale, les tableaux de maladies professionnelles du régime général sont créés ou révisés par décret, après avis du conseil d’orientation des conditions de travail (COCT, anciennement conseil supérieur de la prévention des risques professionnels, CSPRP) ; cet avis, simple, n’est pas juridiquement contraignant pour l’administration. Le COCT est également chargé, sans que cela soit prévu par les textes règlementaires, d’élaborer des recommandations à destination des comités régionaux de reconnaissance des maladies professionnelles (CRRMP), s’agissant des critères d’appréciation du lien de causalité pour les demandes n’entrant pas dans le champ de la présomption d’imputabilité des tableaux (soit que les conditions des tableaux ne sont pas remplies soit que la pathologie n’est pas désignée dans les tableaux).

A partir du milieu des années 2000, les pouvoirs publics ont engagé une réflexion sur le processus d’expertise préalable à la création des tableaux de maladies professionnelles. En effet, comme le soulignait notamment le rapport de la Cour des comptes sur l’application des lois de financement de la sécurité sociale (RALFSS) de 2008¹⁰², « l’imbrication des phases d’expertise technique et de décision administrative ou politique » dans le cadre des travaux de la commission des maladies professionnelles du CSPRP, au sein de laquelle les partenaires sociaux étaient majoritaires, conduisait à leur donner un poids prépondérant, y compris dans la phase scientifique, de sorte que « la présomption d’imputabilité y [relevait] de la négociation et non de critères scientifiquement établis » – ce qui freinait l’adoption ou la révision de certains tableaux de maladies professionnelles. L’actualisation des tableaux de maladies professionnelles apparaissait comme trop lente et déconnectée des données épidémiologiques et toxicologiques les plus récentes – même si une cinquantaine de créations et de révisions de tableaux ont eu lieu au cours des années 2000. En 2005, une étude montrait ainsi que dix-sept cancérogènes avérés (correspondant aux cancérogènes du groupe 1 du centre international de recherche sur le cancer, CIRC), utilisés en milieu professionnel, n’entraient dans aucun tableau en France¹⁰³. De même, s’agissant par exemple du tableau de maladie professionnelle n°6 relatif aux affections provoquées par les rayonnements ionisants, une étude récente retrace l’échec des débats engagés au début des années 2000 autour de l’actualisation du tableau – qui n’avait pas été modifié depuis 1984, malgré les évolutions importantes des activités exposantes au cours des décennies précédentes (du fait du développement de la filière électronucléaire) –, les organisations patronales et syndicales membres du CSPRP n’ayant pas réussi à s’entendre, en premier lieu sur la désignation de l’expert du groupe de travail, puis sur les conséquences à tirer de son rapport, qui n’a donc finalement pas conduit à l’actualisation du tableau¹⁰⁴.

La réorganisation de la phase d’expertise avait dans ce contexte fait l’objet d’une expérimentation en 2006, l’InVS (Institut de veille sanitaire) ayant alors été mandaté par l’administration dans le cadre de la révision du tableau n°43

¹⁰² Chapitre « Le suivi des précédentes recommandations – La gestion du risque AT-MP » du rapport sur l’application des lois de financement de la sécurité sociale de 2008.

¹⁰³ « Confrontation des cancérogènes avérés en milieu de travail et des tableaux de maladies professionnelles », Valentine Kasbi-Benassouli et al., 2005.

¹⁰⁴ « La réparation du risque radio-induit en France : De la création précoce du tableau n°6 des maladies professionnelles à son blocage autour de l’enjeu de la mesure des doses », Marie Ghis Malfilatre, in *Cent ans de sous-reconnaissance des maladies professionnelles*, sous la direction de C. Cavalin, E. Henry, J.-N. Jouzeul, J. Pélisse, 2020, Presses des Mines, Collection Sciences sociales.

lié aux expositions au formaldéhyde, après que cette substance a été classée comme cancérigène avéré pour l'humain par le CIRC en 2004. Cette expérimentation, bien qu'elle ait conduit à la création du tableau n°43 bis relatif au carcinome du nasopharynx provoqué par le formaldéhyde¹⁰⁵, avait soulevé à l'époque une forte opposition des partenaires sociaux membres du CSPRP – et n'avait donc pas été renouvelée.

De ce point de vue, la création en 2008 du conseil d'orientation des conditions de travail (COCT) – dont l'une des commissions spécialisées, la CS4, composée majoritairement de partenaires sociaux et associant, comme la commission des maladies professionnelles du CSPRP précédemment, les représentants des organismes nationaux d'expertise et de prévention en santé au travail (ANSES, Santé publique France, INRS), est spécifiquement compétente sur les questions relatives à la connaissance de l'origine professionnelle des maladies et à l'articulation entre la réparation et la prévention des maladies professionnelles¹⁰⁶ – n'a pas substantiellement modifié la place de l'expertise scientifique dans l'élaboration des tableaux de maladies professionnelles.

Entre 2010 et 2018, seules deux créations et cinq révisions de tableaux sont intervenues au régime général. Seule l'une de ces modifications a permis d'inclure dans les tableaux de maladies professionnelles un agent cancérigène avéré qui n'y figurait pas précédemment : le 1.3 butadiène¹⁰⁷. Les facteurs à l'origine de ce ralentissement apparaissent comme multiples, au-delà du fait que le rythme de création/modification a plutôt vocation à décroître à moyen terme, compte tenu de l'intégration dans les tableaux d'un nombre important de pathologies professionnelles : les intérêts parfois divergents des organisations syndicales et patronales (étant rappelé que les employeurs sont les uniques financeurs de la branche AT-MP), l'absence de consensus sur la présomption d'imputabilité, l'imbrication des phases d'expertise et de dialogue social ainsi que le caractère fréquemment plurifactoriel des pathologies considérées.

C'est dans ce contexte que les pouvoirs publics ont décidé en 2018 de séparer la phase d'expertise de la phase de négociation, dans le cadre de la révision de la charte de la CS4. Celle-ci prévoit désormais que l'Etat saisit l'Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (ANSES) – « ou toute autre structure offrant des garanties équivalentes en termes d'expertise scientifique et d'indépendance » – pour conduire les travaux scientifiques préparatoires à la création ou à la modification de tableaux de maladies professionnelles, ainsi qu'à l'élaboration des recommandations destinées aux CRRMP, dans l'optique d'une harmonisation des pratiques de ces comités.

Le groupe de travail maladies professionnelles a ainsi été mis en place en janvier 2019 au sein de l'ANSES pour répondre à ces nouvelles missions. Il est constitué d'experts indépendants, dont des spécialistes en épidémiologie, en médecine, en expologie/ergonomie/hygiène du travail, en sciences humaines et sociales et en droit social.

Ces évolutions de la procédure d'expertise scientifique ont été transposées à la commission supérieure des maladies professionnelles en agriculture (COSMAP), équivalente de la CS4 pour les travailleurs agricoles. Ainsi, les premières saisines de l'ANSES ont été réalisées conjointement pour le régime général et les régimes agricoles (salariés et exploitants).

Comme le souligne le guide méthodologique du groupe de travail maladies professionnelles de l'ANSES, « en prévoyant le recours à une expertise collective scientifique, pluridisciplinaire et indépendante et en la confiant à l'ANSES, les pouvoirs publics améliorent leur capacité à prendre en compte l'évolution des connaissances scientifiques et des pratiques professionnelles et à séparer l'interprétation de ces connaissances des négociations paritaires, puis de la décision publique ». Cette évolution institutionnelle doit contribuer à lutter contre la sous-reconnaissance des maladies professionnelles plus efficacement. En effet, bien que l'accès à une expertise

¹⁰⁵ Décret n°2009-56 du 15 janvier 2009 révisant et complétant les tableaux de maladies professionnelles annexés au livre IV du code de la sécurité sociale (qui procède par ailleurs à une modification mineure du tableau n°43, en remplaçant, dans la désignation de la maladie, le terme de « ulcérations cutanées » par celui de « dermatites irritatives »).

¹⁰⁶ Arrêté du 26 décembre 2008 relatif à la création des commissions spécialisées du conseil d'orientation sur les conditions de travail et décret n° 2016-1834 du 22 décembre 2016 relatif à l'organisation, aux missions, à la composition et au fonctionnement du Conseil d'orientation des conditions de travail et des comités régionaux.

¹⁰⁷ Tableau n°99 relatif aux hémopathies provoquées par le 1.3 butadiène et tous les produits en renfermant, créé par le décret n°2017-812 révisant et complétant les tableaux de maladies professionnelles annexés au livre IV du code de la sécurité sociale. Une autre modification, portée par le même décret, a conduit à inclure dans les tableaux une pathologie cancéreuse liée à un agent cancérigène qui n'était précédemment mentionné dans les tableaux qu'au titre d'autres affections, non cancéreuses : il s'agit du carcinome hépatocellulaire provoqué par l'exposition au chlorure de vinyle monomère (tableau n°52 bis).

scientifique robuste et indépendante ne garantisse pas à lui seul une amélioration de la capacité du système actuel à remplir ses objectifs de reconnaissance, il peut contribuer à nourrir les décisions des partenaires sociaux et des pouvoirs publics avec pertinence.

Encadré 3 : La restitution des expertises de l'ANSES

Dans le cadre de sa nouvelle mission, l'ANSES a reçu en novembre 2018 deux saisines relatives aux pesticides (dont le chlordécone) et à l'amiante. La première saisine portait ainsi plus précisément sur l'« exposition aux pesticides incluant le chlordécone et le cancer de la prostate ». La deuxième saisine était quant à elle relative à l'« exposition à l'amiante et aux cancers de l'ovaire, du larynx, du pharynx, de l'estomac et aux cancers colorectaux ».

L'ANSES a présenté lors de la CS4 du 23 mars 2021 et lors de la COSMAP du 6 avril 2021 son expertise portant sur l'exposition aux pesticides (dont le chlordécone) et le cancer de la prostate. Il revient désormais aux partenaires sociaux de se saisir de l'avis de l'ANSES et de formuler un avis sur la création d'un tableau de maladie professionnelle ou la rédaction de recommandations à destination des CRRMP.

La restitution sur la saisine amiante interviendra tout début 2022. Elle portera dans un premier temps sur l'association entre l'exposition à l'amiante et les cancers des ovaires et du larynx, dont le lien avec l'exposition à l'amiante est le plus élevé. Les autres pathologies (cancers du pharynx, de l'estomac et colorectaux) pourront être étudiées dans un second temps en fonction du niveau de preuves d'association recueillies.

Enfin, il convient de signaler la saisine récente de l'ANSES, en février 2021, sur les travaux exposant à l'aldéhyde formique et les liens éventuels avec la leucémie myéloïde, le cancer des fosses nasales et des sinus de la face, et les pathologies résultant de sensibilisation et d'effets locaux (irritation, corrosion).

Certains des partenaires sociaux membres de la CS4 ont pu émettre des réserves suite au transfert de la phase d'expertise à l'ANSES. Il convient toutefois de rappeler que les membres de la CS4 ne sont pas liés par les résultats des travaux de l'ANSES, qui n'ont ni pour objet ni pour effet de modifier le rôle de la CS4 en matière de création ou de révision de tableaux de maladies professionnelles. En séance, les partenaires sociaux de la CS4 (qui, selon la charte de l'expertise, disposent à cette fin de deux séances maximum pour formuler une position sur la base de la restitution de l'ANSES) gardent la possibilité de dégager ou non un consensus sur un projet de tableau ou de recommandations aux CRRMP.

En tout état de cause, la décision finale de créer, modifier ou supprimer un tableau, relève de la responsabilité de l'Etat. A cet égard, les différentes organisations patronales et syndicales auditionnées par la commission ont dit regretter le délai important entre la définition d'une position de compromis au sein de la CS4 (2017) et la publication du tableau (2021) s'agissant des cancers du rein liés au trichloréthylène¹⁰⁸. Il faut souligner par ailleurs que, si l'Etat publie dans la grande majorité des cas les tableaux tels qu'issus du compromis social en CS4, l'avis de cette dernière est, en droit, obligatoire, mais non contraignant pour les pouvoirs publics – ce qui a conduit, sur la période récente, à la création du tableau n°100 relatif aux affections respiratoires liées au SARS-CoV2¹⁰⁹.

1.3.1.2. – La poursuite de l'actualisation des tableaux de maladies professionnelles depuis 2017, à un rythme toutefois ralenti par rapport à la décennie précédente

L'actualisation des tableaux de maladies professionnelles s'est poursuivie depuis 2017, quoiqu'à un rythme moins soutenu qu'au cours des années 2000.

Ainsi, au régime général, si quatre tableaux de maladies professionnelles ont été, en 2017, créés (le tableau n°52 bis relatif aux carcinomes hépatocellulaires provoqués par l'exposition au chlorure de vinyle monomère et le tableau n°99 relatif aux hémopathies provoquées par le 1.3 butadiène et tous les produits en renfermant) ou révisés (le

¹⁰⁸ Décret n° 2021-636 du 20 mai 2021 révisant et complétant les tableaux des maladies professionnelles annexés au livre IV du code de la sécurité sociale.

¹⁰⁹ Décret n°2020-1131 du 14 septembre 2020 relatif à la reconnaissance en maladies professionnelles des pathologies liées à une infection au SARS-CoV2.

tableau n°57 relatif aux affections périarticulaires provoquées par certains gestes et postures de travail et le tableau n°79 relatif aux lésions chroniques du ménisque à caractère dégénératif¹¹⁰, seuls deux tableaux ont été créés (et aucun révisé) depuis cette date. Il s'agit du tableau n°100, dédié à la reconnaissance des victimes de la Covid-19 et du tableau n°101, relatif au cancer du rein en lien avec une exposition au trichloréthylène (cf. supra). La commission relève également que de nouvelles recommandations aux CRRMP ont été élaborées sur la période récente, à la fois s'agissant des maladies cardiovasculaires liées à certains facteurs de risques psychosociaux, et de l'appréciation du lien entre l'exposition au trichloréthylène et certains lymphomes.

Par ailleurs, deux révisions sont intervenues au régime agricole, s'agissant des tableaux n°58 et n°59 :

- Révision du tableau n°58¹¹¹ (maladie de Parkinson causée par les pesticides), qui a étendu le délai de prise en charge de 1 an à 7 ans ;
- Révision du tableau n°59¹¹² (hémopathies malignes provoquées par les pesticides), qui est venue apporter des précisions sur la désignation de la maladie (en mentionnant la leucémie lymphoïde chronique et le myélome multiple parmi les lymphomes malins non hodgkiniens) et qui a élargi la liste des agents pathogènes susceptibles d'entrer dans la composition des pesticides figurant dans la troisième colonne du tableau à l'ensemble des pesticides, comme c'était déjà précédemment le cas pour le tableau n°58.

Ces révisions, bien que ne concernant que les tableaux du régime agricole, sont susceptibles d'avoir un impact sur certains assurés du régime général, puisque, à l'outre-mer, les salariés travaillant en agriculture relèvent du régime général – tout en se voyant appliquer les tableaux de maladie professionnelle du régime général ou des régimes agricoles, selon ceux qui paraissent le plus adaptés aux travaux exercés.

La commission souligne les travaux en cours à la date de finalisation de son rapport, qui pourraient déboucher sur la création de tableaux ou la formulation de recommandations aux CRRMP. En particulier, la restitution des travaux de l'ANSES pourrait conduire au cours de l'année 2021, en fonction des conclusions des partenaires sociaux membres de la CS4 et de la COSMAP, à la création de tableaux en lien avec les pesticides (dont le chlordécone) et le cancer de la prostate ou à l'élaboration de recommandations à destination des CRRMP – selon des modalités d'ailleurs potentiellement divergentes, en fonction du positionnement respectif de la CS4 et de la COSMAP, entre régime général et régime agricole.

Des travaux sont également en cours, au sein de la CS4, concernant la survenue de cancers broncho-pulmonaires en lien avec l'exposition à la silice, dans la prolongation de l'expertise réalisée par l'ANSES, sur auto-saisine, en 2015. La CS4 a aussi abordé en 2021 la thématique des sclérodermies systémiques en lien avec des travaux exposant aux solvants (dont le trichloréthylène), dans le cadre du dernier volet des travaux d'un groupe de travail mis en place avant la réforme de l'expertise.

1.3.1.3. – Les enjeux de la poursuite de l'actualisation des tableaux de maladies professionnelles, notamment s'agissant des pathologies et facteurs de risques identifiés par les organisations auditionnées par la commission

Plusieurs évolutions souhaitées par les organisations syndicales et associations auditionnées par la commission

Les organisations syndicales et associations auditionnées par la commission ont pointé du doigt la nécessité de créer de nouveaux tableaux de maladies professionnelles, et de réviser certains d'entre eux. Ainsi, plusieurs organisations ont dit regretter l'absence d'un tableau relatif au cancer du sein associé au travail de nuit et au travail posté, alors même que de nombreuses études scientifiques ont établi un excès de risque de cancer du sein en lien avec l'altération des risques circadiens¹¹³. Néanmoins, à la suite d'une présentation effectuée par l'ANSES en 2017 pour nourrir les réflexions sur le programme de travail de la CS4, les partenaires sociaux ne sont pas parvenus à

¹¹⁰ Décret n°2017-812 du 5 mai 2017 révisant et complétant les tableaux de maladies professionnelles annexés au livre IV du code de la sécurité sociale.

¹¹¹ Décret n°2020-1125 du 10 septembre 2020 révisant et complétant les tableaux de maladies professionnelles annexés au livre VII du code rural et de la pêche maritime.

¹¹² Décret n°2019-312 du 11 avril 2019 révisant et complétant les tableaux de maladies professionnelles annexés au livre VII du code rural et de la pêche maritime.

¹¹³ Voir, par exemple : « Night shift work and breast cancer : a pooled analysis of populationbased case-control studies with complete work history », E. Cordina-Duverger et alli., *European Journal of Epidemiology*, 2018.

faire émerger un consensus pour mener une expertise préalable à la création d'un tableau de maladie professionnelle ou de recommandations aux CRRMP.

Par ailleurs, certains tableaux de maladies professionnelles apparaissent inadaptés ou incomplets, s'agissant de la désignation de la maladie ou des travaux associés. Ainsi, concernant le tableau n°98 relatif aux affections chroniques du rachis lombaire provoquées par la manutention manuelle de charges lourdes, certaines organisations syndicales soulignent l'existence d'autres pathologies que la hernie discale, seule mentionnée au tableau à ce jour, liées à de tels travaux – et plaident donc pour l'élargissement de la première colonne du tableau. S'agissant des tableaux n°91 et n°94 relatifs à la broncho-pneumopathie obstructive, respectivement, du mineur de charbon et du mineur de fer, les organisations syndicales notent que ces travaux ont aujourd'hui quasiment disparu, et qu'il conviendrait désormais de tenir compte d'autres activités professionnelles susceptibles de provoquer l'apparition de ces pathologies (par exemple travaux du bâtiment, soudeurs, travaux en fonderie).

Les enjeux de la poursuite de l'actualisation des tableaux de maladies professionnelles

En premier lieu, la commission souligne l'enjeu central de l'inscription dans les tableaux de maladies professionnelles de pathologies plurifactorielles (notamment les cancers et les troubles psycho-sociaux), dont l'étiologie, diverse, ne permet pas avec certitude d'associer la survenue de la maladie à l'activité professionnelle. Ainsi, sur la période récente, l'étiologie des cancers n'a que rarement justifié la création d'une présomption d'origine (s'agissant du cancer broncho-pulmonaire provoqué par l'inhalation de poussières ou fumées renfermant du cadmium en 2007, des affections cancéreuses provoquées par l'aldéhyde formique en 2009, ainsi que du carcinome hépatocellulaire provoqué par l'exposition au chlorure de vinyle monomère et des hémopathies provoquées par le 1.3 butadiène et tous les produits en renfermant en 2017)¹¹⁴ ; dans les autres cas, la création d'un tableau se heurte à l'insuffisante association de la pathologie à l'activité professionnelle, ou à l'état des connaissances scientifiques ne permettant pas d'encadrer la présomption d'origine par un délai de prise en charge ou une liste de travaux. Les mêmes motifs sont invoqués pour la reconnaissance des troubles psycho-sociaux comme maladies professionnelles, pour lesquels la voie privilégiée demeure celle d'un examen individuel de la situation du salarié au titre de la voie complémentaire.

D'un point de vue juridique, l'interprétation stricte du principe de présomption d'imputabilité par le Conseil d'Etat, s'oppose à l'inscription dans les tableaux de pathologies plurifactorielles qui ne seraient reconnues d'origine professionnelle qu'en l'absence de certains éléments susceptibles d'évoquer une cause étrangère au travail. En particulier, le Conseil d'Etat a annulé les tableaux de maladies professionnelles qui, s'agissant des épaissements de la plèvre liés à une exposition à l'amiante (n°30), conditionnaient la reconnaissance de l'origine professionnelle à « l'absence d'antécédents de pleurésie »¹¹⁵ ou qui, concernant les néphropathies glomérulaires et tubulo-interstitielles et les encéphalopathies chroniques liées au plomb (n°1), ne prévoyaient la reconnaissance en maladies professionnelles qu' « après exclusion », respectivement, des « affections acquises susceptibles d'entraîner une macro-albuminurie (complications d'un diabète) » ou des « troubles cognitifs liés à la maladie alcoolique »¹¹⁶.

La jurisprudence autorise toutefois les définitions précises de la pathologie, dans la première colonne du tableau, consistant à associer la maladie à d'autres lésions. Ainsi le tableau n°52 bis relatif au chlorure de vinyle monomère a-t-il été validé s'agissant de la désignation du « carcinome hépatocellulaire histologiquement confirmé et associé à au moins deux des lésions » du foie non tumoral évoquées dans le tableau¹¹⁷. Aussi, dans son rapport dédié à l'exposition des travailleurs aux agents chimiques dangereux, le Professeur Frimat proposait d'introduire dans les tableaux de maladies professionnelles des examens complémentaires permettant de caractériser la pathologie et d'éliminer les causes extra-professionnelles (diagnostic différentiel), le cas échéant après modification des conditions de la présomption d'imputabilité telle que définie par l'article L. 461-1 du code de la sécurité sociale¹¹⁸.

Un autre enjeu majeur de la révision des tableaux de maladies professionnelles concerne la désignation de la

¹¹⁴ Les tableaux n°61 bis, n°43 bis, n°52 bis et n°99 ont ainsi été créés, respectivement, par les décrets n°2007-1754 du 13 décembre 2007, n°2009-56 du 15 janvier 2009 et n°2017-812 du 5 mai 2017 révisant et complétant les tableaux de maladies professionnelles annexés au livre IV du code de la sécurité sociale.

¹¹⁵ Conseil d'Etat, 16 mai 2001, n°222313, n°222505 et n°222506, FNATH.

¹¹⁶ Conseil d'Etat, 10 mars 2010, n°322824, Association des familles victimes du saturnisme.

¹¹⁷ Conseil d'Etat, 18 juillet 2018, n°412153, FNATH.

¹¹⁸ « Mission relative à la prévention et à la prise en charge de l'exposition des travailleurs aux agents chimiques dangereux », Paul Frimat, 2018 (recommandation n°19).

maladie dans la première colonne du tableau, s'agissant en particulier des examens spécifiques et des niveaux de gravité – qui sont considérés par certaines organisations syndicales et associations comme peu adaptés (examens spécifiques) ou trop restrictifs (seuils de gravité) et ainsi susceptibles de contribuer à la sous-reconnaissance des pathologies professionnelles.

Concernant plus particulièrement les modalités de diagnostic prévues par certains tableaux de maladies professionnelles, liés notamment aux troubles musculo-squelettiques, elles sont parfois à l'origine d'une forme d'insécurité juridique, qui freine la reconnaissance de maladie professionnelle. Ainsi, le tableau n°57A relatif aux affections périarticulaires de l'épaule provoquées par certains gestes et postures de travail par exemple subordonne le diagnostic de la pathologie (tendinopathie ou rupture de la coiffe des rotateurs) à la réalisation d'une imagerie par résonance magnétique (IRM) ou, en cas de contre-indication à l'IRM, à la réalisation d'un arthroscanner. Or, les modalités de diagnostic et de traitement de telles pathologies ont évolué. Notamment, les techniques d'arthroscopie, effectuées en ambulatoire et sans ouvrir l'articulation, permettent aujourd'hui de réaliser des explorations qui sont à la fois diagnostiques et thérapeutiques. Pourtant, la Cour de cassation, sur la base du tableau de maladie professionnelle n°57A, a jugé qu'en l'absence de contre-indication à l'IRM, la production d'un arthroscanner ou d'un compte rendu opératoire ne pouvait suppléer le défaut de production d'une IRM¹¹⁹. Dans ce cadre, une réflexion est en cours pour introduire une référence aux « examens complémentaires conformes aux référentiels en vigueur », dans un premier temps au niveau des tableaux n° 57 A, B et D et n°69 A et C. Au regard des modifications qui seront le cas échéant apportées à ces tableaux après avis de la CS4 et des premiers bilans de cette réforme, une revue de l'ensemble des tableaux de maladies professionnelles pourrait être réalisée en vue d'introduire la même disposition en tant que de besoin. Ces travaux ont pour objectif de mettre les tableaux dont les modalités de diagnostics sont devenues obsolètes en conformité avec l'état des connaissances scientifiques et techniques, et ainsi d'éviter aux assurés la réalisation d'examens qui n'auraient, en-dehors de la démarche de reconnaissance de maladie professionnelle, aucun intérêt particulier d'un point de vue diagnostique ou thérapeutique.

Enfin, la commission pointe l'enjeu lié à l'actualisation de la liste des travaux dans certains tableaux de maladies professionnelles. S'agissant en particulier des tableaux relatifs aux troubles musculo-squelettiques, qui concentrent la très grande majorité des pathologies instruites au titre de la procédure prévue par l'alinéa 6 de l'article L. 461-1 du code de la sécurité sociale (environ 95% en 2019)¹²⁰, la commission note qu'ils ne définissent pas toujours de manière suffisamment précise les travaux susceptibles de provoquer l'apparition des pathologies qu'ils mentionnent – ce qui peut faire obstacle à la reconnaissance de maladie professionnelle sur le fondement de la présomption d'imputabilité, et conduire à une saisine du CRRMP.

Les difficultés, selon les organisations syndicales et associations, de la reconnaissance devant les CRRMP pour les pathologies non désignées dans les tableaux de maladies professionnelles

Les organisations syndicales et associations auditionnées par la commission ont souligné la relative complexité pour les victimes de pathologies non désignées dans les tableaux à accéder à la voie complémentaire prévue par l'alinéa 7 de l'article L. 461-1 du code de la sécurité sociale – qui requiert un taux d'incapacité permanente minimum, même si ce taux a été réduit de 2/3 à 25% par le décret du 18 avril 2002¹²¹, puis a fait l'objet d'une appréciation plus souple, puisqu'il ne correspond désormais plus à un taux d'incapacité prévisible, mais au taux d'incapacité au moment de la demande (ce qui s'avère plus favorable, en particulier, pour les affections psychiques, et peut contribuer à expliquer la hausse des reconnaissances au cours des dernières années)¹²². Le constat des organisations est valable pour les pathologies psychiques, mais également pour certains troubles musculo-squelettiques comme les lombalgies chroniques ou les cervicarthroses, ou encore pour des pathologies évolutives telles que les BPCO. Aussi, certaines organisations plaident en faveur d'une baisse du taux minimal d'incapacité permanente, voire d'une suppression, pour certaines pathologies uniquement (affections psychiques) ou pour l'ensemble d'entre elles.

¹¹⁹ Cour de cassation, 2^e chambre civile, 15 décembre 2016, n° 15-26.900.

¹²⁰ Les tableaux concernés sont les n°57 « affections périarticulaires provoquées par certains gestes et postures de travail », n°69 « affections provoquées les vibrations et chocs transmis par certaines machines-outils, outils et objets et par les chocs itératifs du talon de la main sur des éléments fixes », n°79 « lésions chroniques du ménisque à caractère dégénératif », n°97 « affections chroniques du rachis lombaire provoquées par des vibrations de basses et moyennes fréquences transmises au corps entier » et n°98 « affections chroniques du rachis lombaire provoquées par la manutention manuelle de charges lourdes ».

¹²¹ Décret n°2002-543 du 18 avril 2002 relatif à certaines procédures de reconnaissance des maladies professionnelles.

¹²² Cour de cassation, 2^e chambre civile, 19 janvier 2017, n°15-26.655.

La question de la création et de la révision des tableaux de maladies professionnelles reste majeure et constitue un vrai levier pour lutter contre la sous-reconnaissance des maladies professionnelles. A cet égard, la réforme de l'expertise scientifique, qui permet désormais de saisir l'ANSES – ou toute autre structure offrant les mêmes garanties en termes d'indépendance et d'expertise scientifique – pour réaliser une étude préalable à la création d'un tableau de maladie professionnelle, pourrait favoriser l'actualisation des tableaux au regard de l'évolution des connaissances scientifiques. Néanmoins, il conviendra également de s'interroger sur le contenu et les règles d'élaboration des tableaux qui, s'agissant des pathologies plurifactorielles, ne permettent pas toujours de répondre à l'évolution des données scientifiques.

1.3.2. – Les autres facteurs et indicateurs de la sous-reconnaissance des AT-MP, liés à l'hétérogénéité des pratiques des caisses et des CRRMP

Les précédentes commissions, et notamment la commission de 2017, avaient fait le constat d'une disparité importante entre les caisses dans leurs pratiques de reconnaissance. La commission de 2017 avait ainsi examiné l'évolution de l'écart-type, qui mesure la dispersion des taux de reconnaissance (sur l'ensemble des dossiers déclarés, y compris non complets) entre CPAM, sur la période 2007-2013¹²³. S'agissant des accidents du travail, l'écart-type était resté globalement stable entre 2007 (4,3) et 2011 (4,3), puis avait augmenté en 2012 (4,5) et 2013 (4,8). Concernant les maladies professionnelles, et plus précisément les TMS du membre supérieur (qui représentent environ 80% des maladies professionnelles reconnues chaque année), l'écart-type avait diminué entre 2007 (8,8) et 2011 (6,8), puis, comme en matière d'accidents du travail, avait connu une hausse en 2012 (7,5) et 2013 (7,9). La commission de 2017 ne disposait pas de données plus récentes sur la dispersion des taux de reconnaissance (les écarts-types n'ont plus été mesurés après 2013). On peut toutefois relever que, dans le champ des maladies professionnelles, l'hétérogénéité des pratiques des CRRMP, qui peut participer de l'hétérogénéité des taux de reconnaissance entre caisses, s'est accrue entre 2011 et 2013 (l'écart-type entre les taux d'avis favorables en alinéa 6 étant passé de 45,5 en 2011 à 54,8 en 2013) – puis s'est établie en 2017 (les données de 2014, 2015 et 2016 n'étant pas connues) à un niveau inférieur (avec un écart-type, s'agissant des avis favorables en alinéa 6, de 37 en 2017)¹²⁴.

1.3.2.1. – Sur les taux de dispersion entre caisses

1.3.2.1.1. – Des objectifs fixés dans la convention d'objectifs et de gestion de la branche AT-MP pour réduire l'hétérogénéité des taux de reconnaissance entre caisses

La commission a fait en 2021 le constat que la dispersion des taux de reconnaissance entre caisses avait diminué depuis les travaux de la précédente commission, en particulier concernant les accidents du travail. Elle relève, à ce sujet, que la convention d'objectifs et de gestion de la branche AT-MP pour la période 2018-2022 prévoit un objectif de réduction de l'hétérogénéité des taux de reconnaissance, à la fois concernant les accidents du travail et de trajet et les maladies professionnelles. La réalisation de cet objectif est mesurée au regard d'un indicateur, différent de celui suivi par les précédentes commissions sur la sous-déclaration : d'une part, il est resserré sur les taux de reconnaissance des dossiers complets (pour éviter le biais, que comportait le précédent indicateur, lié à l'incomplétude de certaines demandes, qui ne sont pas assorties du certificat médical initial pourtant nécessaire à leur instruction) ; d'autre part, il ne repose plus sur la mesure des écarts-types entre les taux de reconnaissance, mais sur l'évaluation de la part de dossiers qui s'éloignent de la variabilité « naturelle », c'est-à-dire de la dispersion statistique attendue. La convention d'objectifs et de gestion fixe ainsi une cible, d'ici 2022, de 1,10% de dossiers éloignés de cette variabilité naturelle pour les accidents du travail et de trajet, et de 2% s'agissant des maladies professionnelles (contre, respectivement, 1,2% et 2,7% constatés en 2017)¹²⁵.

¹²³ Ces données sont disponibles dans les programmes de qualité et d'efficience (PQE), désormais rapports sur l'évaluation des politiques de sécurité sociale (REPS), de la branche AT-MP, annexés chaque année au projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS, annexe 1).

¹²⁴ Pour les pathologies relevant de l'alinéa 7, l'évolution de l'écart-type sur la période 2011-2017 est plus contrastée, mais potentiellement moins significative compte tenu du nombre limité de dossiers dans certains CRRMP : l'écart-type a augmenté de 39,2 en 2011 à 52,9 en 2013 ; en 2017, il a retrouvé un niveau proche de celui de 2011 (36).

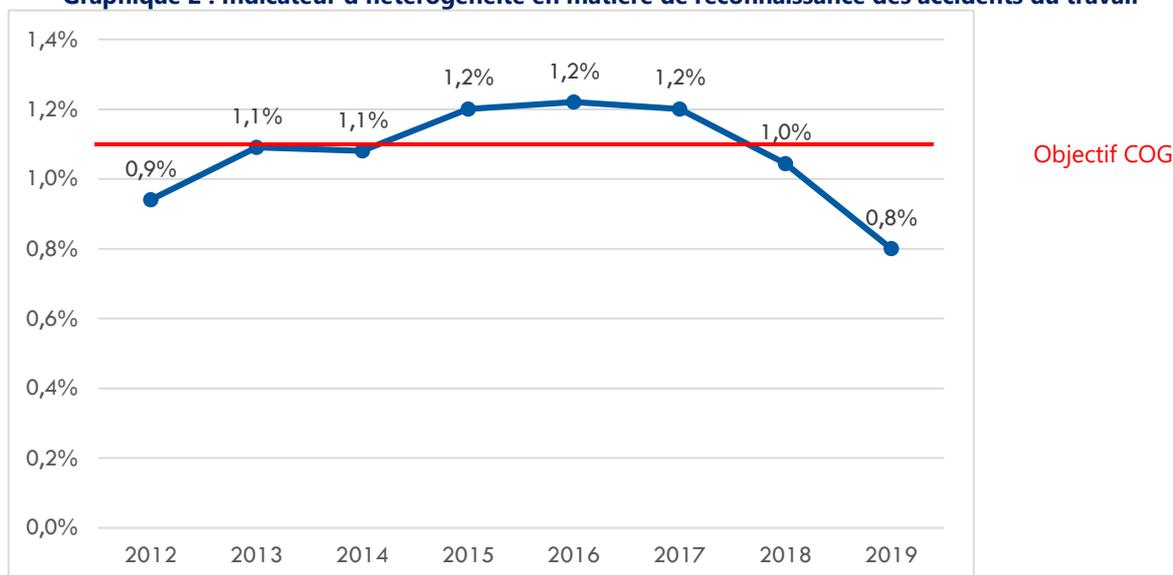
¹²⁵ Par cohérence, c'est aussi cet indicateur qui est désormais suivi dans le cadre des programmes de qualité et d'efficience de la branche AT-MP annexés au PLFSS (renommés en 2020 « rapports d'évaluation des politiques de sécurité sociale »).

Pour atteindre cet objectif, la direction des risques professionnels (DRP) de la CNAM a diffusé trois circulaires portant sur les accidents du travail (2018)¹²⁶, les maladies professionnelles (2019)¹²⁷ et les enquêtes (2019)¹²⁸, destinées à harmoniser les pratiques de reconnaissance et d'enquête (notamment concernant l'interprétation des questionnaires, les cas de recours à l'enquête ou, pour les maladies professionnelles, les observations de poste). Ces circulaires ont été fortement promues, notamment via de nombreuses et importantes actions de formations auprès des caisses et relayées dans le cadre de coordinations régionales. La publication en juillet 2018 de la circulaire sur les accidents du travail semble avoir produit ses effets (observables dès 2018, compte tenu de délais réglementaires d'instruction relativement réduits), puisqu'un important resserrement des pratiques a été observé en 2018 et 2019 ; l'impact des circulaires de 2019 sur les maladies professionnelles et les enquêtes n'a pas encore pu être mesuré pour 2020 (et, en tout état de cause, la crise sanitaire ne permettra probablement pas tirer de conclusions évidentes sur les résultats de cette année), mais fera l'objet d'une attention particulière de la part de la prochaine commission.

1.3.2.1.2. – Une réduction de l'hétérogénéité des taux de reconnaissance en matière d'accidents du travail

En 2019, le taux moyen de reconnaissance des accidents du travail s'est établi à 94% (stable par rapport aux années précédentes, avec un taux de 93% en 2018 et 95% en 2017). Comme le montre le graphique ci-dessous, l'hétérogénéité des taux de reconnaissance des accidents du travail, qui avait augmenté entre 2012 et 2015, puis était restée stable jusqu'en 2017, a diminué à partir de 2018 : la cible définie par la convention d'objectifs et de gestion (1,10%) a ainsi été atteinte en 2018 (1%) et 2019 (0,8%).

Graphique 2 : Indicateur d'hétérogénéité en matière de reconnaissance des accidents du travail



Source : Rapport d'évaluation des politiques de sécurité sociale 2021 d'après des données CNAM-DRP

1.3.2.1.3. – Concernant les maladies professionnelles, une tendance plutôt à la hausse, malgré une baisse de l'hétérogénéité des reconnaissances entre caisses en 2019

S'agissant des maladies professionnelles, le taux de reconnaissance s'est établi à 61% en 2019 (soit au même niveau qu'en 2018 (61%) et 2017 (60%)). Le taux d'hétérogénéité, qui avait tendanciellement augmenté entre 2012 et 2015, puis baissé jusqu'en 2017, a atteint un niveau élevé en 2018 (3,1%), très supérieur au niveau maximum fixé par la convention d'objectifs et de gestion (2%). En 2019, l'indicateur d'hétérogénéité a retrouvé un niveau identique à celui de 2017 (2,7%), mais encore supérieur à la fois à la moyenne observée sur le début de la décennie et à la cible de la convention d'objectifs et de gestion. L'augmentation de l'hétérogénéité entre caisses en 2018 peut s'expliquer par les créations et révisions de tableaux de maladies professionnelles en 2017 – notamment concernant deux tableaux relatifs aux TMS (n°57 et n°79), qui représentent à eux seuls plus de 80% des maladies professionnelles reconnues chaque année – et par le délai nécessaire à la bonne appropriation par les caisses des consignes données

¹²⁶ Circulaire CNAM 14/2018 du 12 juillet 2018.

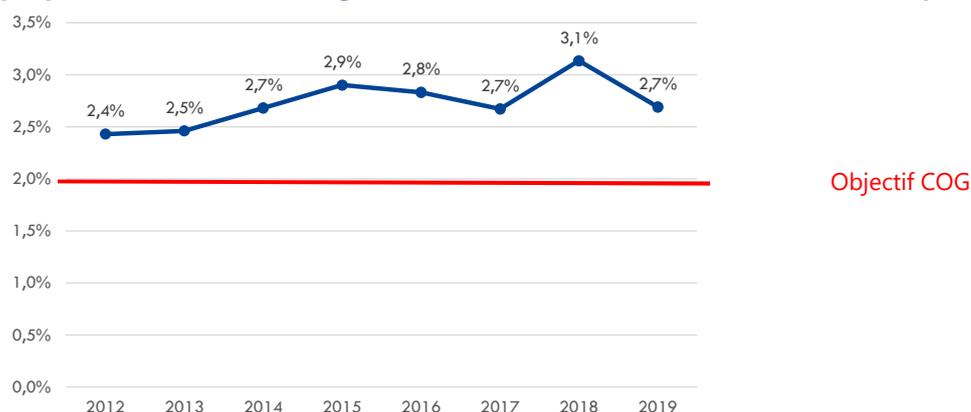
¹²⁷ Circulaire CNAM 22/2019 du 19 juillet 2019.

¹²⁸ Circulaire CNAM 38/2019 du 30 octobre 2019.

pour l'instruction de ces pathologies.

Comme le relève la commission, l'hétérogénéité des taux de reconnaissance peut aussi relever de la diversité des pratiques des CRRMP, pour les pathologies non désignées dans les tableaux ou n'en remplissant pas les conditions, (cf. infra, en partie 1.3.2.2.). A cet égard, concernant plus spécifiquement les pathologies non désignées dans les tableaux, la commission souligne l'hétérogénéité des décisions des médecins-conseil quant à l'appréciation du taux d'incapacité au moment de la demande, et de l'atteinte ou non du seuil de 25% conditionnant le passage en CRRMP – qui reflète, plus globalement, la diversité des pratiques d'évaluation de l'incapacité permanente, à défaut d'actualisation des barèmes AT-MP sur la période récente, et peut contribuer à expliquer l'hétérogénéité des taux de reconnaissance entre caisses.

Graphique 3 : Indicateur d'hétérogénéité en matière de reconnaissance des maladies professionnelles



Source : Rapport d'évaluation des politiques de sécurité sociale 2021 d'après des données CNAM-DRP

La commission a pu constater la réduction de l'hétérogénéité des pratiques entre caisses s'agissant de la reconnaissance des accidents du travail depuis 2017 – et, concernant les maladies professionnelles, une réduction de l'hétérogénéité en 2019, à comparer toutefois au niveau élevé de 2018.

1.3.2.2. – Sur l'hétérogénéité des avis rendus par les CRRMP

Les dossiers de maladies professionnelles faisant l'objet d'un examen par le CRRMP représentent environ 21% de l'ensemble des demandes de maladies professionnelles en 2019. Or, comme l'avait relevé la précédente commission, la dispersion des taux de reconnaissance entre CRRMP est importante – même si, en tout cas au titre des pathologies relevant de l'alinéa 6, les écarts-types ont plutôt diminué entre 2013 (54,8) et 2017 (37). La présente commission note que les écarts-types ont continué à diminuer en 2018 et 2019 au titre de l'alinéa 6 (avec des niveaux respectifs de 35,3 et 28,9), mais ont fortement augmenté concernant les pathologies non désignées dans les tableaux de l'alinéa 7 (36 en 2017, 40,9 en 2018 et 51,6 en 2019), alors même qu'elles représentent une part croissante des avis rendus par les CRRMP (18% en 2019, contre 7% en 2012)¹²⁹. Aussi, au global, pour l'ensemble des pathologies de

¹²⁹ On peut noter, par ailleurs, que les taux d'avis favorables varient fortement entre les pathologies. Ainsi, sur la période 2015-2019, les six tableaux de maladies professionnelles ayant donné lieu au plus grand nombre d'avis favorables au titre de l'alinéa 6 étaient les suivants :

- Tableau n°57 (affections périarticulaires provoquées par certains gestes et postures de travail) : 26 399 avis favorables sur la période (38,4% d'avis favorables en 2019) ;
- Tableau n°98 (affections chroniques du rachis lombaire provoquées par la manutention manuelle de charges lourdes) : 3 935 avis favorables (40,7% d'avis favorables en 2019) ;
- Tableau n°30 (affections professionnelles consécutives à l'inhalation de poussières d'amiante) : 1 388 avis favorables (94% d'avis favorables en 2019, plus précisément 96,1% pour les mésothéliomes, 96% pour les plaques pleurales et 79,2% pour les asbestoses) ;
- Tableau n°30 bis (cancer broncho-pulmonaire primitif) : 1 122 avis favorables (68% d'avis favorables en 2019) ;
- Tableau n°42 (atteinte auditive provoquée par les bruits lésionnels) : 872 avis favorables (26,6% d'avis favorables en 2019) ;
- Tableau n°79 (lésions chroniques du ménisque à caractère dégénératif) : 581 avis favorables (48,1% d'avis favorables en 2019).

l’alinéa 6 et 7, l’écart-type reste élevé en 2020 (34), les taux de reconnaissance variant, selon les CRRMP, entre 27% et 61%, le taux moyen d’avis favorables étant quant à lui de 40%.

Tableau 6 : Les avis des CRRMP rendus en 2020

CRRMP	Avis défavorables	Avis favorables	Nombre d’avis	% d’avis favorables
Auvergne	310	228	538	42%
Bourgogne / Franche Comté	1050	383	1433	27%
Bretagne	611	943	1554	61%
Centre Val de Loire	728	383	1111	34%
Grand Est / Est	648	463	1111	42%
Grand-Est / Nord Est	761	367	1128	33%
Hauts-de-France	1633	1054	2687	39%
IDF	2342	1599	3941	41%
Normandie	945	715	1660	43%
Nouvelle Aquitaine Bordeaux	776	534	1310	41%
Nouvelle Aquitaine -	497	351	848	41%
Occitanie -Languedoc Roussillon	530	198	728	27%
PACA	1054	388	1442	27%
Pays de Loire	1070	1081	2151	50%
Rhône-Alpes	1396	965	2361	41%
Total général	14 351	9 652	24 003	40%
<i>Dont alinéa 6</i>	11 093	7 633	18 729	40,8%
<i>Dont alinéa 7</i>	3 255	2 019	5 274	38,3%

Source : CNAM - DRP, 2020

Plusieurs études se sont attachées à examiner les facteurs de l’hétérogénéité des avis rendus par les CRRMP – en particulier une thèse publiée en 2019¹³⁰, qui a analysé les retours des CRRMP sur les 28 cas cliniques, représentatifs des principales pathologies, qui leur avaient été soumis. Il en ressortait des écarts importants entre régions. En effet, sur les 28 cas cliniques, les CRRMP ont adopté des décisions identiques dans un quart des cas seulement ; les taux de reconnaissance variaient entre 18% et 70% (soit un écart-type de 52), avec des divergences particulièrement marquées sur les TMS et les pathologies liées à l’amiante.

Selon ces études, l’hétérogénéité des avis rendus par les CRRMP peut s’expliquer par plusieurs facteurs :

- Les appréciations médicales peuvent diverger quant au caractère « direct » (alinéa 6) du lien de causalité ou, surtout, quant à son caractère « essentiel et direct » (alinéa 7), l’existence de co-facteurs associés (en particulier le tabagisme s’agissant des maladies pulmonaires) étant prise en compte de manière variable selon les CRRMP¹³¹ ;
- Le travail préalable à la saisine du CRRMP, engagé par les services administratifs et médicaux de l’Assurance maladie, joue un rôle important : il semblerait en effet que la complétude du dossier favorise l’établissement d’un avis favorable par le CRRMP¹³², notamment quand les éléments recueillis auprès de la

¹³⁰ « Inégalités dans la reconnaissance des maladies professionnelles en France », J.-F. Gehanno, S. Letalon, A. Gislard, L. Rollin, Avril 2019, *Revue d’épidémiologie et de santé publique*, 67 (2019) 247-252.

¹³¹ « Analyse descriptive des avis rendus par les comités régionaux de reconnaissance des maladies professionnelles de France sur des dossiers de maladies professionnelles identiques », Solenn Letalon, Thèse Université de Rouen, 2018.

¹³² « Analyse des recours après décision du comité régional de reconnaissance des maladies professionnelles Nord-Pas-de-Calais-Picardie », Jackie Joossen, Thèse Université Lille 2, 2013.

victime et de l'employeur apportent des éléments de preuve de l'exposition au risque (document unique d'évaluation des risques professionnels, enquête du CHSCT, intervention de l'inspection du travail, témoignages...)¹³³ ;

- Enfin, l'avis motivé du médecin du travail peut constituer un élément décisif pour le CRRMP, mais n'est fourni que dans 40% des cas environ.

Ces trois facteurs peuvent contribuer à une hétérogénéité des avis de CRRMP particulièrement forte pour les pathologies plurifactorielles, même si les données statistiques ne permettent pas de l'étayer.

Afin de réduire cette hétérogénéité, des actions ont été engagées depuis plusieurs années par la CNAM. La direction des risques professionnels soutient ainsi l'organisation d'échanges entre les médecins référents des CRRMP, réunis une fois par an. Par ailleurs, les régions ont été invitées à se rapprocher pour organiser des partages de pratiques entre CRRMP. Concernant plus spécifiquement les TMS, la direction des risques professionnels de la CNAM a partagé avec le réseau des caisses les travaux entrepris par le Professeur Alexis Descatha afin de faciliter leur prise de décision et la bonne orientation des dossiers vers les CRRMP. Si ces travaux ont pu contribuer à la réduction de l'hétérogénéité, qui demeure toutefois importante, des avis des CRRMP au titre de l'alinéa 6, ils n'ont pas permis à ce jour de réduire la dispersion des pratiques pour les pathologies instruites sur le fondement de l'alinéa 7.

La commission a pu constater que la disparité des avis rendus entre CRRMP restait élevée, malgré d'importantes actions engagées par la CNAM pour réduire cette hétérogénéité.

1.3.3. – Le problème particulier de la reconnaissance des pathologies psychiques

Enfin, la commission s'est penchée sur la problématique des maladies psychiques. Comme rappelé infra, la France est l'un des quatre pays européens à reconnaître les affections liées aux risques psychosociaux comme maladies professionnelles avec le Danemark, l'Italie et la Suède ; le nombre de reconnaissances a d'ailleurs fortement augmenté sur la période récente (en 2019, 1 051 maladies professionnelles et environ 20 000 accidents du travail ont été reconnus). Néanmoins, compte tenu de l'incidence toujours plus forte de ces pathologies, dont témoignent plusieurs études épidémiologiques, en lien avec des formes d'organisation du travail de plus en plus critiquées, il est vraisemblable que ces pathologies soient encore très fortement sous-déclarées.

Il faut à cet égard rappeler, en premier lieu, que les risques psychosociaux ont été définis par le rapport « Gollac »¹²³ comme « les risques pour la santé mentale, physique et sociale engendrés par les conditions d'emploi et les facteurs organisationnels et relationnels susceptibles d'interagir avec le fonctionnement mental ». Plus précisément, six grandes familles de risques psychosociaux ont été définies par ce rapport : l'intensité du travail et le temps de travail, les exigences émotionnelles, le manque d'autonomie et de marges de manœuvre, la mauvaise qualité des rapports sociaux au travail, la souffrance éthique (conflits de valeurs) ainsi que l'insécurité de la situation de travail.

Ensuite, s'agissant des affections susceptibles d'être provoquées par ces risques psychosociaux, il faut noter que le syndrome d'épuisement professionnel, ou burn out, ne figure pas dans les nosographies d'usage international, à savoir le manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM IV) et la classification internationale des maladies, 10^{ème} révision (CIM-10) – mais apparaît dans la CIM-11, adoptée en 2019, qui entrera en vigueur en 2022. Les manifestations de ce syndrome d'épuisement professionnel sont majoritairement des dépressions graves ou des syndromes anxieux.

1.3.3.1. Les modalités de reconnaissance des affections psychiques et les débats autour de la création d'un tableau de maladie professionnelle dédié

Même si plusieurs tableaux de maladies professionnelles, parfois anciens, concernent des affections psychiques – à l'instar des « dépressions mélancoliques » provoquées par le bromure de méthyle mentionnées au tableau n°26 ou des « troubles psychiques aigus avec confusion mentale, délire onirique » et des « troubles psychiatriques avec état dépressif et impulsions morbides » liés à des expositions au sulfure de carbone mentionnés au tableau n°22 – ces

¹³³ Voir aussi, « Analyse descriptive des demandes de reconnaissance en maladie professionnelle des psychopathologies soumises au comité régional de reconnaissance des maladies professionnelles des régions Haute et Basse-Normandie au cours de l'année 2014 », Benoît Bouteloup, Thèse Université de Caen, 2015.

pathologies sont toutes liées à des intoxications professionnelles, et non à des facteurs de risques psychosociaux. Aussi, une réflexion a été engagée dès les années 1980¹³⁴, au sein de la commission des maladies professionnelles du CSPRP (ancêtre de l'actuelle CS4), sur la création d'un tableau relatif aux syndromes de stress post-traumatique développés suite aux braquages à main armée dans les établissements bancaires : plus précisément, un groupe de travail a été constitué en 1986, sur la base du constat selon lequel les demandes de reconnaissance au titre des accidents du travail, pourtant admises par les circulaires diffusées par la CNAM en 1982¹³⁵, faisaient l'objet d'une proportion très importante de rejets (62%).

L'échec des négociations au sein du CSPRP, et le constat d'un nombre toujours limité de reconnaissances des affections psychiques au titre des accidents du travail, a contribué à justifier la mise en place, en 1993, d'une voie complémentaire de reconnaissance pour les pathologies non désignées dans les tableaux de maladies professionnelles, lorsqu'elles entraînent une incapacité permanente d'au moins 2/3 ou le décès, et que le CRRMP reconnaît le lien « essentiel et direct » avec le travail habituel de la victime. La circulaire CNAM de 1999¹³⁶ a ainsi permis de préciser à l'ensemble du réseau que les affections psychiques pouvaient, lorsqu'elles n'étaient pas susceptibles d'être reconnues en accident du travail à la suite d'un événement soudain et intervenu à une date certaine (agression par exemple), être instruites dans le cadre de la voie complémentaire, « par exemple dans certains secteurs d'activité particulièrement exposés, pour les personnes quotidiennement menacées, insultées : salariés des transports en commun, travailleurs sociaux, personnels des organismes sociaux (CAF, CPAM), agents de l'ANPE, etc. ».

Les modalités de reconnaissance dans le cadre de la voie complémentaire ont été progressivement assouplies, dans l'objectif essentiellement d'une meilleure prise en charge des troubles psychosociaux (sachant que, dans le même temps, aucun compromis social n'a été trouvé au sein du CSPRP dans le cadre des travaux engagés, en 2006, sur la création d'un tableau de maladie professionnelle relatif aux risques psychosociaux, plus large que celui envisagé en 1986 relatif aux seules affections psychiques consécutives à une agression à main armée). D'une part, le taux d'incapacité a été réduit en 2002¹³⁷ de 2/3 à 25% ; d'autre part, le seuil de taux d'incapacité permanente a été interprété comme correspondant à un taux « prévisible », plus favorable aux victimes, et il est désormais évalué, selon la jurisprudence de la Cour de cassation¹³⁸, en fonction de l'état de santé de l'assuré au moment de la demande. S'agissant des affections psychiques, ce taux peut toutefois être évalué de manière hétérogène par les médecins-conseil, du fait du caractère incomplet et imprécis des barèmes AT-MP (qui devaient être actualisés, notamment sur ce point, mais dont les travaux ont été suspendus) : en effet, seuls sont identifiés dans les barèmes les troubles « aigus » ou « chroniques », et ces derniers ne sont assortis, dans certains cas, d'aucune fourchette (dans la mesure où « la consolidation n'est pas envisageable ») ou d'une fourchette parfois très large (de 50% à 100% pour « les états dépressifs avec grande dépression mélancolique ou anxiété pantophobique »).

Par ailleurs, concernant les affections psychiques, la loi du 17 août 2015¹³⁹ a consacré la possibilité de reconnaître leur caractère professionnel. En application de cette disposition, le décret du 7 juin 2016¹⁴⁰ a renforcé l'expertise médicale des CRRMP, d'une part en autorisant le recours à un (PU-)PH spécialisé en psychiatrie en lieu et place du (PU-)PH expert en pathologies professionnelles et, d'autre part, en permettant au médecin-conseil ou au comité de faire appel, chaque fois qu'ils l'estiment utile, à l'avis d'un médecin spécialiste ou compétent en psychiatrie.

L'ensemble de ces évolutions a permis à l'échelle nationale une progression rapide et continue, depuis le début des années 2010, du nombre de reconnaissances (+38% par an en moyenne entre 2014 et 2017, +23% en 2018, +6% en 2019), qui est ainsi passé de 54 en 2010 à 1 051 en 2019 (le taux d'avis favorables des CRRMP restant quant à lui globalement stable sur la période, autour de 50%). Concernant plus spécifiquement l'impact du décret du 7 juin

¹³⁴ Voir, notamment, l'historique rappelé dans l'ouvrage *Cent ans de sous-reconnaissance des maladies professionnelles*, sous la direction de C. Cavalin, E. Henry, J.-N. Jouzeul, J. Pélisse, 2020, Presses des Mines, Collection Sciences sociales.

¹³⁵ Les circulaires DGR n°1329/82 et ENSM n°640/82 du 2 août 1982 relatives à la prise en charge, au titre des accidents du travail, des traumatismes psychologiques des personnels des établissements financiers, commerciaux ou industriels à la suite d'une attaque à main armée pour vol indiquaient que les intéressés pouvaient bénéficier de la présomption d'imputabilité lorsque la maladie apparaissait immédiatement ou quelques jours après les faits, et lorsqu'ils avaient été directement menacés.

¹³⁶ Circulaire CNAM du 10 décembre 1999, « Prise en charge des traumatismes psychologiques au titre du risque professionnel ».

¹³⁷ Décret du 18 avril 2002 relatif à certaines procédures de reconnaissance des maladies professionnelles.

¹³⁸ Cour de cassation, deuxième chambre civile, 19 janvier 2017, 15-26.655.

¹³⁹ Loi n°2015-994 du 17 août 2015 relative au dialogue social et à l'emploi.

¹⁴⁰ Décret n°2016-756 du 7 juin 2016 relatif à l'amélioration de la reconnaissance des pathologies psychiques comme maladies professionnelles et du fonctionnement des comités régionaux de reconnaissance des maladies professionnelles.

2016, les membres de la commission ont souligné le caractère récent, dans certains CRRMP, du remplacement du (PU-)PH expert en pathologies professionnelles par le (PU-)PH spécialisé en psychiatrie, et du recours à l'avis sapiteur d'un médecin psychiatre – qui ne permet pas à ce jour d'en évaluer l'impact. Il reviendra donc à la prochaine commission de faire le bilan de cette réforme, notamment en examinant le nombre de dossiers traités et la proportion d'avis favorables avant et après l'entrée en vigueur du décret, ainsi qu'entre CRRMP ayant adopté à ce sujet des pratiques différentes.

Au-delà des reconnaissances dans le cadre de la voie complémentaire, la création d'un tableau de maladie professionnelle dédié aux risques psychosociaux (ou, à titre alternatif, la baisse voire la suppression du seuil d'incapacité permanente de 25%, a minima pour les affections psychiques) a été évoquée par plusieurs organisations syndicales auditionnées par la commission. Cette question a fait l'objet du rapport de la mission d'information de l'Assemblée nationale, remis en 2017, relatif au « syndrome d'épuisement professionnel (ou burn out) ». La mission d'information, sur la base notamment du rapport de l'Académie nationale de médecine de 2016¹⁴¹ et des recommandations de bonnes pratiques de la HAS, diffusées en 2016 également, sur le repérage et la prise en charge du syndrome d'épuisement professionnel, préconise :

- Le renforcement de la prévention des risques psychosociaux, dans la continuité des actions engagées dans le cadre du troisième plan santé au travail (pour la période 2016-2020) ; la mission recommande, en particulier, des actions plus ciblées destinées à lutter contre des organisations et des méthodes de travail et de management susceptibles d'aboutir à des cas d'épuisement professionnel, une amélioration de la lisibilité et du caractère opérationnel des futurs outils de prévention, développés notamment par Santé publique France, l'INRS et l'ANACT, l'intégration de la prévention des risques psychosociaux dans le champ de la négociation annuelle obligatoire dans l'entreprise et l'inclusion d'un module dédié à la détection, au traitement et à la prévention des risques psychosociaux dans la formation des personnels des services de santé au travail, des professionnels des ressources humaines et des assistants de service social ;
- En matière de réparation, l'expérimentation, pendant une durée limitée, de l'abaissement à 10% voire de la suppression du seuil d'incapacité permanente prévu pour les pathologies non désignées dans les tableaux de maladies professionnelles et, « une fois seulement qu'un travail de définition de l'épuisement professionnel et des conditions dans lesquelles il peut être imputable à l'activité professionnelle aura été mené à son terme », la création d'un tableau de maladie professionnelle correspondant à l'épuisement professionnel ;
- L'évaluation par la commission dédiée à la sous-déclaration des AT-MP du montant de la sous-déclaration des pathologies psychiques liées au travail.

Dans la continuité de cette mission d'information, une réflexion a été engagée au sein de la CS4 sur la reconnaissance des pathologies d'origine plurifactorielle. Une présentation du cadre juridique français (autorisant des désignations précises de la maladie dans le cadre de la première colonne du tableau de maladie professionnelle, mais pas des désignations conduisant à exclure le bénéfice de la présomption d'imputabilité lorsque l'assuré présente certains antécédents médicaux, cf. supra, en partie 1.3.1.3.), ainsi que des modalités de reconnaissance des affections psychiques à l'étranger, a ainsi été effectuée lors de la CS4 de mars 2021. Les partenaires sociaux se sont dit favorables à la poursuite des travaux à ce sujet.

Par ailleurs, peuvent être reconnus en accidents du travail certains troubles psychiques tels que le stress post-traumatique (ex. du guichetier de banque victime d'un vol à main armée, cf. supra) ou encore certains suicides dont le lien avec le travail est déterminant. La Cour de cassation a ainsi progressivement élargi le critère de la lésion corporelle aux troubles d'origine psychique et reconnu en accidents du travail, à titre d'exemples, des troubles psychologiques consécutifs à une agression au travail, une dépression nerveuse soudaine après un entretien d'évaluation ou un suicide commis immédiatement après des remontrances adressées par l'employeur¹⁴².

¹⁴¹ Bull. Acad. Natle Méd., 2016, 200, no 2, 349-365, séance du 23 février 2016. Ce rapport met en avant, en particulier, la difficulté à définir le burn out (qui ne figure pas, d'ailleurs, dans les nosographies médicales) et la diversité de ses facteurs étiologiques, qui peuvent relever du travail (exigences du travail, exigences émotionnelles, manque d'autonomie, manque de soutien social et de reconnaissance, conflits de valeurs, insécurité de l'emploi et du travail) comme de risques inhérents à la personnalité du sujet (neuroticisme, surinvestissement, antécédents psychopathologiques...).

¹⁴² Voir, respectivement, Cour de cassation, deuxième chambre civile, 15 juin 2004, 02-31.194 ; Cour de cassation, deuxième chambre civile, 1^{er} juillet 2003, 02-30.576 ; Cour de cassation, chambre sociale, 20 avril 1988, 86-15.690.

Encadré 4: L'étude Héraclès et le programme MCP, deux tentatives de quantification de la souffrance psychique au travail

L'étude Héraclès, conduite en 2014 dans le Nord-Pas-de-Calais, fournit une estimation en médecine générale de la prévalence des troubles psychiques identifiés comme en lien avec le travail. Cette étude a été menée auprès de 121 médecins généralistes et a inclus un total de 2 036 patients, parmi lesquels 2 027 ont été retenus pour les analyses. Les troubles psychiques étaient soit diagnostiqués par le médecin généraliste, soit ressentis par le patient, soit objectivés par le MINI (Mini International Neuropsychiatric Interview). L'étude montre que les troubles psychiques reliés à l'activité professionnelle concernent un quart de la population active occupée consultant son médecin généraliste et qu'ils sont constitués essentiellement de troubles anxieux et d'épisodes dépressifs majeurs. L'étude montre également le caractère plurifactoriel des pathologies psychiques recensées qui, même lorsqu'elles peuvent être reliées au travail, sont significativement associées à des facteurs de risques personnels (antécédents psychiatriques).

Dans le cadre du programme MCP (maladies à caractère professionnel), piloté par Santé publique France, les données de prévalence sont établies sur la base des remontées des médecins du travail volontaires pour participer au dispositif dans plusieurs régions françaises (9 régions en 2018). Il ressort du premier bilan que, sur la période allant de 2007 à 2012, la prévalence des affections psychiques en lien avec le travail a fortement augmenté chez les hommes (de 1,1% à 1,4%) comme chez les femmes (de 2,3% à 3,1%), ces dernières présentant un taux de prévalence deux fois plus élevés que celui des hommes. Le dernier bilan, réalisé sur la période de 2012 à 2018 (et dans un nombre de régions plus élevé qu'au cours de la période précédente, ce qui ne permet pas strictement les comparaisons entre les chiffres 2007-2012 et 2012-2018), montre que la prévalence a continué à augmenter, chez les hommes comme chez les femmes. La prévalence de la souffrance psychique chez les hommes passe ainsi de 1,8% à 2,7% entre 2012 et 2018. Elle augmente encore plus sensiblement chez les femmes, passant de 3,5% à 6,2% sur la même période. Aussi, les affections psychiques représentent, pour les femmes, les pathologies les plus déclarées dans le cadre du programme MCP (devant les TMS, dont la prévalence est de 4,4% en 2018) ; pour les hommes, le taux de prévalence des affections psychiques n'est que légèrement inférieur à celui des TMS (qui s'établit à 3,2% en 2018). La répartition par âge de la prévalence montre que l'ensemble de la population est concerné. La prévalence est la plus forte chez les cadres, et ce chez les hommes comme chez les femmes (on note ainsi une prévalence supérieure à 11% chez les cadres féminins en 2018). La catégorie socioprofessionnelle qui affiche les taux de prévalence les plus bas est celle des ouvriers.

1.3.3.2. La progression des reconnaissances des affections psychiques, au titre des accidents du travail ou des maladies professionnelles

Les reconnaissances des affections psychiques en accidents du travail ou maladies professionnelles ont fortement augmenté au cours de la dernière décennie, dans la continuité de la progression constatée par la commission en 2017 :

La reconnaissance au titre des accidents du travail

Selon les données consolidées par la CNAM en 2016, le nombre de troubles psychiques reconnus en accidents du travail se situe aux alentours de 10 000 par an. Si l'on y ajoute tous les accidents du travail dont les circonstances s'apparentent à celles de ces 10 000 cas sans pour autant se solder par des troubles psychosociaux, ce sont 10 000 cas supplémentaires dont il faut tenir compte, soit au total environ 20 000 lésions prises en charge annuellement au titre d'un accident du travail. Parmi elles, le nombre de suicides reconnus en accidents du travail se situe entre 10 et 30 par an. A noter, enfin, qu'environ 3 500 accidents de trajet sont chaque année reconnus en lien avec des troubles psychosociaux.

S'agissant plus spécifiquement des troubles psychiques reconnus en accidents du travail, les chiffres (10 000 par an) sont en nette augmentation depuis plusieurs années, malgré un ralentissement en 2016 (+10% par an entre 2011 et 2014, +5% en 2015, +1% en 2016). Compte tenu de la baisse globale, dans le même temps, du nombre d'accidents du travail, la part des affections psychiques a sensiblement augmenté – et atteint 1,6% des accidents du travail avec arrêt en 2016 (contre 1% en 2011).

Il convient néanmoins de souligner que le taux de reconnaissance de ces accidents est plus faible, de l'ordre de 70% contre 94% tous accidents du travail confondus (en 2019). Cette donnée est à mettre en lien avec le caractère

plurifactoriel des pathologies psychiques mais aussi avec la difficulté d'établir un lien de causalité entre celles-ci et un événement soudain et survenu à une date certaine, qui caractérise l'accident du travail. Trois secteurs d'activité concentrent 50% des affections psychiques en lien avec le travail : le secteur des transports (et plus particulièrement le transport des voyageurs), le secteur médico-social et le commerce de détail.

La reconnaissance au titre des maladies professionnelles

Les troubles psychosociaux constituent les affections non inscrites dans un tableau pour lesquelles les comités ont eu à se prononcer le plus souvent en 2019 (2 108 avis rendus, soit 56% du total des avis rendus au titre de l'alinéa 7). Sur la période récente, on observe ainsi à la fois une augmentation du nombre d'avis rendus concernant des affections psychiques (de 118 en 2010 à 2 108 en 2019, avec une augmentation de +34% entre 2016 et 2017, +28% entre 2017 et 2018 et +8% entre 2018 et 2019) et une hausse de leur part parmi l'ensemble des avis rendus par les CRRMP au titre de l'alinéa 7 (16% en 2010, 44% en 2016, 56% en 2019).

Le taux d'avis favorables étant resté quant à lui globalement stable sur la période (autour de 50%), le nombre de reconnaissances a suivi la même évolution que le nombre de demandes depuis 2009, c'est-à-dire une progression continue (de 54 en 2010 à 1 051 en 2019), mais ralentie en 2018 et 2019. Plus précisément concernant le taux de reconnaissance des affections psychiques :

- Le taux d'avis favorables des CRRMP est plus élevé que celui des autres pathologies : le lien direct et essentiel entre la pathologie et l'activité professionnelle a été ainsi reconnu dans la moitié des cas en 2019, alors que ce même taux était de 40,7% en moyenne sur l'ensemble des pathologies ;
- Au total, si l'on rapporte le nombre de dossiers relatifs à des affections psychiques acceptés par les CRRMP à l'ensemble des demandes formulées (y compris celles n'ayant pas fait l'objet d'un examen par le CRRMP, car n'atteignant pas le seuil de 25% d'incapacité permanente), le taux d'acceptation final des dossiers d'affections psychiques est de l'ordre de 29% en 2019 – soit un niveau largement plus élevé que celui des autres pathologies hors tableaux, qui est de 2,6%.

Deux études, réalisées respectivement auprès du CRRMP de Bretagne (sur 91 dossiers)¹⁴³ et du CRRMP de Normandie (sur 37 dossiers)¹⁴⁴ mettent en évidence les caractéristiques des dossiers d'affections psychiques donnant lieu à un avis favorable du CRRMP et, in fine, à la reconnaissance de l'origine professionnelle de la maladie :

- Plusieurs facteurs de risques psychosociaux ont été identifiés (en moyenne 2,3 par dossier dans l'étude réalisée en Bretagne, les principaux facteurs de risques retrouvés étant liés aux changements dans l'organisation et/ou les modalités de management, au dysfonctionnement des prescriptions de la hiérarchie et aux relations de travail vécues comme délétères et/ou au déficit de soutien ressenti) ;
- Aucun état antérieur ou facteur de risque extra-professionnel n'a été détecté (dans 70,3% des avis favorables, dans l'étude réalisée en Bretagne) ;
- Le médecin du travail (qui rend un avis motivé dans un peu moins de la moitié des cas dans le cadre des études), en plus d'avoir fourni des éléments factuels, s'est prononcé sur la probabilité du lien de causalité entre la pathologie et le travail habituel de la victime (situation qui correspond à 70% des avis motivés), en général après avoir identifié un risque collectif au sein de l'entreprise (autres situations de souffrance au travail, révélées notamment dans le cadre du suivi de l'état de santé des salariés, ou au travers d'indicateurs tels que l'absentéisme ou le turnover) et établi la chronologie entre les expositions et la pathologie ; dans ces situations, l'avis du médecin du travail est majoritairement suivi par le CRRMP (dans 85% des cas, selon l'étude réalisée en Bretagne) ;
- Les dossiers comprennent un nombre important de témoignages en faveur de la victime : en effet, selon l'étude réalisée en Normandie, la majorité des dossiers donnant lieu à un avis favorable intègrent des témoignages en faveur de la victime (80%, contre 24% pour les dossiers donnant lieu à un avis défavorable), et le nombre de témoignages y est particulièrement élevé (5 par dossier, contre 2,5 dans les dossiers faisant ensuite l'objet d'un avis défavorable).

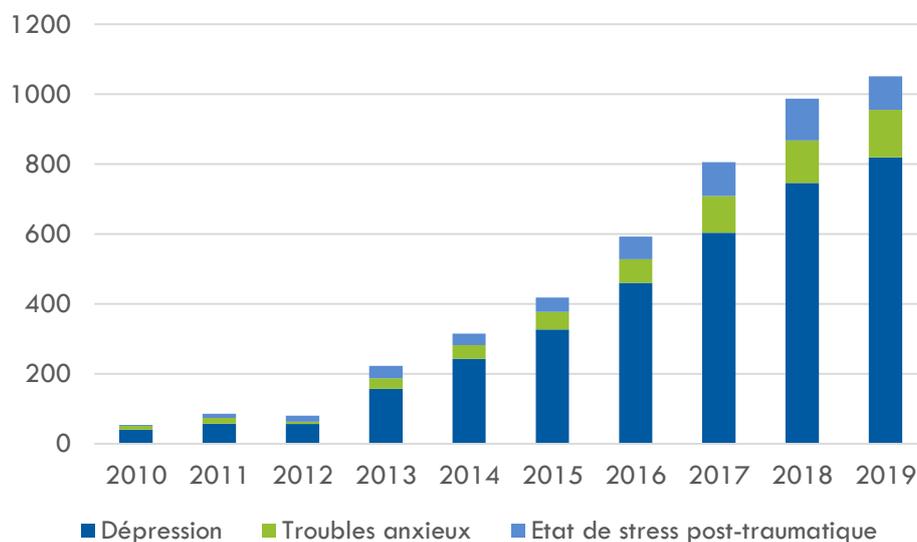
S'agissant enfin des affections reconnues par les CRRMP, il s'agit majoritairement (cf. graphique 4 infra) de

¹⁴³ « Imputabilité professionnelle des pathologies psychiques dans le cadre du comité régional de reconnaissance des maladies professionnelles : analyse de la pratique de médecins du travail bretons », Nadia Fatih, thèse Université de Rennes 1, 2020.

¹⁴⁴ Voir aussi, « Analyse descriptive des demandes de reconnaissance en maladie professionnelle des psychopathologies soumises au comité régional de reconnaissance des maladies professionnelles des régions Haute et Basse-Normandie au cours de l'année 2014 », Benoît Bouteloup, Thèse Université de Caen, 2015.

dépansions (819 cas sur les 1 051 pathologies psychiques reconnues, soit 76%), de syndromes anxieux (136 cas) et d'états de stress sévère et troubles d'adaptation (96 cas).

Graphique 4 : Répartition des reconnaissances d'affections psychiques via la procédure prévue par l'alinéa 7 selon le syndrome en 2019



Source : CNAM-DRP – Rapport de gestion 2019

Néanmoins, cette augmentation de la reconnaissance des affections psychiques au titre, selon le cas, des accidents du travail ou des maladies professionnelles ne résout pas les phénomènes de sous-déclaration de ces pathologies, qui ont été mis en avant par les membres de la commission et les organisations qu'elle a auditionnées. Ceux-ci peuvent être liés, en particulier, à la crainte de ne pas voir la procédure aboutir, en l'absence de tableau de maladie professionnelle dédié, ou à celle d'une dégradation des relations de travail, aussi bien d'ailleurs du côté des victimes que des médecins, en particulier des médecins du travail qui sont parfois réticents à établir un certificat médical initial, perçu comme étant susceptible de déboucher sur une situation conflictuelle avec l'employeur¹⁴⁵.

1.3.3.3. La prévention des risques psychosociaux

La branche AT-MP a conduit au fil des dernières années plusieurs actions visant à prévenir les risques psychosociaux.

Des supports de sensibilisation et d'information ont ainsi été créés pour outiller les entreprises afin qu'elles déploient une démarche de prévention des RPS. Une démarche d'objectivation et d'évaluation des RPS a ainsi été engagée afin de permettre aux entreprises d'intégrer ces risques dans le document unique d'évaluation des risques professionnels (DUERP) des entreprises, pour qu'elles puissent notamment piloter leur politique de prévention. La publication en 2018 de la brochure « Enjeux et actions » dédiée aux affections psychiques liées au travail a également contribué à la sensibilisation des entreprises à ce sujet.

De plus, dans l'ensemble des régions, les caisses régionales, conformément à l'objectif de la convention d'objectifs et de gestion pour la période 2018-2022, se coordonnent avec les autres acteurs de la prévention (ANACT/ARACT, DIRECCTE et services de santé au travail) pour faciliter l'accès des entreprises à l'offre de prévention des RPS existante. En particulier, la prévention des RPS figure dans un nombre important de contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens signés entre les caisses régionales, les DIRECCTE et les services de santé au travail (environ 35% d'entre eux à fin 2019) – même si la priorisation des actions dans le cadre de la nouvelle génération des contrats, conclus sur le fondement de l'instruction DGT/DRP du 31 juillet 2019, a pu faire diminuer le nombre de contrats intégrant

¹⁴⁵ « La difficile reconnaissance du caractère professionnel des atteintes à la santé mentale. Retour sur une action d'accompagnement des salariés dans les démarches de déclaration d'accidents du travail et de maladies professionnelles », Jean-Yves Blum Le Coat et Marie Pascual, *Perspectives interdisciplinaires sur le travail et la santé*, 2017 ; « Les arrêts de travail : enjeux d'interactions situées entre médecins et assurés », Gabrielle Lecomte Ménahès et Jorge Munoz, 2019.

cette thématique.

1.4. – Les autres développements récents de la lutte contre les grands risques professionnels, susceptibles de contribuer à la réduction de la sinistralité et à la limitation du phénomène de sous-déclaration des AT-MP

En-dehors de la mise en œuvre des préconisations de la commission, l'action des pouvoirs publics et des partenaires sociaux dans le domaine de la santé au travail fait évidemment partie des éléments de contexte qui peuvent influencer, directement ou non, sur le nombre des déclarations. Par exemple, elle peut conduire, via le renforcement de la prévention, à une réduction des risques professionnels et donc des pathologies à déclarer ; elle peut aussi entraîner la hausse des déclarations du fait d'une politique de sensibilisation des victimes et des acteurs (notamment professionnels de santé) susceptibles de les accompagner dans leurs démarches.

La commission a ainsi souhaité souligner, dans les développements infra, les évolutions engagées depuis 2017 susceptibles d'avoir un impact sur la (sous-)déclaration des AT-MP. Elle a par ailleurs noté, concernant le registre des accidents du travail bénins dont les organisations syndicales ont souligné les utilisations détournées dans certaines entreprises (cf. supra, dans la partie 1.2.5.2.2.), que des simplifications y avaient récemment été apportées¹⁴⁶. Pour rappel, les entreprises remplissant certaines conditions (présence permanente d'un médecin par exemple) peuvent, au lieu d'effectuer la déclaration d'accident du travail de droit commun auprès de la CPAM, consigner les accidents du travail n'entraînant ni soins ni arrêt de travail dans ce registre des accidents du travail bénins. Depuis le 1^{er} janvier 2021, les entreprises ne sont plus tenues de demander une autorisation préalable de tenue du registre à la CARSAT, ni de lui transmettre le registre à chaque fin d'année civile, pour archivage ; elles doivent toutefois informer la CARSAT de la tenue de ce registre, et le tenir à disposition des contrôleurs de sécurité, comme de l'inspection du travail et du CSE, les accidents qui y sont consignés étant susceptibles de constituer un signal faible des risques au sein de l'entreprise. Le caractère récent de cette réforme ne permet toutefois pas d'en dresser le bilan sur la déclaration des accidents du travail bénins – qui, en tout état de cause, n'entrent pas dans le champ du chiffrage sur la sous-déclaration, puisque ces accidents n'entraînent de dépenses ni pour la branche AT-MP ni, en l'absence d'arrêt de travail ou de soins, pour la branche maladie.

1.4.1. – La convention d'objectifs et de gestion (COG) de la branche AT-MP pour la période 2018-2022

La COG 2018-2022 vient approfondir les priorités d'action des deux précédentes COG, en particulier autour des trois programmes de prévention nationaux (TMS, chutes de hauteur, risque chimique), tout en tenant compte du troisième plan santé au travail 2016-2020. Plusieurs des engagements pris dans ce cadre par l'Etat et la branche sont susceptibles de contribuer à la réduction du phénomène de sous-déclaration des AT-MP. En premier lieu, les actions de prévention des risques professionnels participent de la réduction des expositions et donc, potentiellement, du nombre d'accidents et de pathologies à déclarer (en particulier s'agissant des risques qui font l'objet des trois programmes nationaux de prévention, ainsi que des risques psychosociaux). Aussi, le renforcement de la coordination avec les services de santé au travail, même s'il concerne essentiellement la prévention de la désinsertion professionnelle, devrait permettre plus globalement d'améliorer l'appropriation par les médecins du travail des sujets AT-MP. Ensuite, les engagements liés à la réforme de la procédure d'instruction des demandes de reconnaissance d'AT-MP (détaillée supra, en partie 1.2.4.1.1.) ou à l'amélioration de l'accompagnement des assurés peuvent renforcer la lisibilité globale des dispositifs AT-MP et leur connaissance par les victimes – et ainsi contribuer à réduire la sous-déclaration des AT-MP. Enfin, les objectifs relatifs à la réduction de la dispersion des pratiques entre les caisses et à l'harmonisation des modalités d'appréciation de l'incapacité permanente (notamment en vue du passage en CRRMP) dans le cadre des travaux d'actualisation des barèmes contribueront à harmoniser les modalités de reconnaissance – et à limiter d'éventuels phénomènes de sur- ou sous-déclaration par rapport à la moyenne observés dans certains territoires.

1.4.2. – La mise en place du fonds d'indemnisation des victimes de pesticides et la poursuite des plans chlordécone

¹⁴⁶ Décret n°2021-526 du 29 avril 2021 relatif aux modalités de déclaration des accidents du travail n'entraînant ni arrêt de travail ni soins médicaux.

1.4.2.1. – La mise en place du fonds d'indemnisation des victimes de pesticides

La France est le premier pays consommateur de produits phytosanitaires en Europe depuis plusieurs années. Ces produits chimiques, largement utilisés en agriculture pour protéger les cultures des parasites, de certains insectes, de champignons ou de mauvaises herbes, présentent un risque pour la santé des travailleurs agricoles utilisateurs de ces produits, mais également pour certains salariés du régime général, travaillant notamment dans la fabrication de ces produits. Dans ce contexte, la création au 1^{er} janvier 2020 du fonds d'indemnisation des victimes de pesticides¹⁴⁷ permet, pour les assurés du régime général et des régimes agricoles, de centraliser l'instruction des demandes de reconnaissance de maladies professionnelles auprès d'un dispositif unique. En particulier, le fonds, sans personnalité juridique, et adossé à la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole (CCMSA), comporte en son sein un comité de reconnaissance des maladies professionnelles unique, dédié aux pesticides, compétent en lieu et place des CRRMP de droit commun, et par conséquent de nature à homogénéiser l'appréciation des demandes quant à l'existence d'un lien de causalité, direct ou essentiel et direct selon que la pathologie est ou non désignée dans un tableau de maladie professionnelle, entre la maladie et le travail habituel de la victime¹⁴⁸.

La mise en place d'un dispositif unique dédié aux pesticides participe aussi du renforcement de la lisibilité et de la connaissance par les victimes des possibilités d'indemnisation de leurs maladies professionnelles liées aux pesticides. Un site Internet a de plus été mis en ligne pour informer les victimes sur leurs démarches¹⁴⁹, et une plateforme téléphonique ouverte pour accompagner les assurés et améliorer ainsi leur recours aux droits.

Le premier bilan d'activité du fonds pesticides témoigne de l'amélioration de l'accès aux droits des victimes de pesticides, en particulier aux régimes agricoles, 215 demandes ayant été déposées par des salariés et non-salariés agricoles au cours de l'année 2020, contre 67 en moyenne annuelle sur la période 2007-2016, selon les données d'un rapport IGAS/IGF/CGAAER de janvier 2018¹²⁵; en 2021, 133 demandes ont été déposées entre le 1^{er} janvier et le 22 juin. S'agissant des salariés du régime général, 11 demandes ont été formées en cours d'année 2020 et 13 entre le 1^{er} janvier et le 22 juin 2021, niveau qu'il est difficile de comparer avec la période précédente, faute de statistiques à ce sujet mais qui pourrait suivre la même tendance que celle observée aux régimes agricoles.

1.4.2.2. – La poursuite des plans chlordécone

Le chlordécone est un insecticide organochloré qui a été utilisé en Guadeloupe et en Martinique pour lutter contre le charançon du bananier de 1972 à 1993. Toujours présent dans les sols, le chlordécone pollue durablement les écosystèmes via un transfert par l'eau et les plantes. Cette molécule, classée cancérigène possible en 1979 (catégorie IIB selon le centre international de recherche sur le cancer, CIRC), est considérée comme perturbateur endocrinien.

Depuis le premier plan chlordécone lancé en 2008, l'Etat a mis en œuvre des actions concrètes pour lutter contre la pollution durable de la terre et des eaux et contre les risques qui en découlent pour la santé et l'environnement. Toutefois, dans le cadre d'un rapport d'audit publié en février 2020, l'IGAS a fait un bilan relativement sévère de la mise en œuvre du troisième plan chlordécone (2014-2020), s'agissant à la fois de la prévention des expositions (du fait des retards pris dans la finalisation de la cartographie des sols et des eaux) et de la détection et de la réparation des maladies qu'elles sont susceptibles d'avoir provoquées (surveillance médicale insuffisante des travailleurs de la banane, absence d'inscription du cancer de la prostate dans les tableaux de maladies professionnelles).

Le plan chlordécone IV (pour la période 2021-2027), publié en mars 2021 et doté d'un budget prévisionnel global de 92 M€, s'inscrit dans le prolongement des observations formulées par la mission IGAS. Il comprend notamment une stratégie santé-travail, qui fait l'objet de propositions ambitieuses, telles que la création d'un CRPPE Antilles-Guyane, chargé d'appuyer les services de santé au travail dans leurs actions de surveillance de l'état de santé des travailleurs exposés au chlordécone, et le déploiement d'actions d'information et d'accompagnement des

¹⁴⁷ Article 60 de la loi n°2019-1446 du 24 décembre 2019 de financement de la sécurité sociale pour 2020.

¹⁴⁸ Le fonds d'indemnisation des victimes de pesticides instruit les demandes, le cas échéant, sur la base des tableaux de maladies professionnelles – en particulier, pour les travailleurs agricoles (dont les salariés du secteur agricole à l'outre-mer, même s'ils y relèvent du régime général), sur la base des tableaux n°58 (maladie de Parkinson) et n°59 (hémopathies malignes) dédiés aux pesticides. A défaut, le fonds instruit les demandes dans le cadre de la voie complémentaire de reconnaissance, prévue pour les pathologies non désignées dans les tableaux.

¹⁴⁹ <https://fonds-indemnisation-pesticides.fr/>.

professionnels de santé et des assurés sur les procédures de reconnaissance de maladies professionnelles, en particulier dans le contexte de la mise en place du fonds d'indemnisation des victimes de pesticides (cf. supra, en partie 1.2.4.1.2.). Le plan prévoit également le déploiement d'un suivi médical et post-professionnel des travailleurs exposés au chlordécone, sur la base des recommandations de l'INMA (Institut national de médecine agricole), qui avait été saisi dès 2018 et dont les conclusions seront rendues en 2021. Ce dispositif est de nature à favoriser le dépistage précoce des maladies liées au chlordécone ou à d'autres pesticides, ainsi qu'à sensibiliser les personnes concernées à leur origine potentiellement professionnelle. Enfin, les mesures de prévention doivent être renforcées dans les entreprises, qui ont par ailleurs une obligation, rappelée par les directions de l'économie, de l'emploi, du travail et des solidarités (DEETS), d'évaluation du risque chimique – ce qui pourrait permettre à la fois de réduire les expositions, et donc les pathologies liées aux pesticides, et d'assurer leur traçabilité, de nature à faciliter les reconnaissances de maladies professionnelles y afférentes.

La mise en œuvre de ces différentes actions pourrait conduire à réduire la sous-déclaration des maladies professionnelles à l'outre-mer, où les salariés travaillant en agriculture relèvent du régime général.

1.4.3. – Les actions destinées à favoriser la détection de l'origine professionnelle de certaines pathologies

1.4.3.1. – Les expérimentations de l'Assurance maladie, ciblées sur certaines pathologies

La précédente commission a mis en avant les résultats positifs de l'expérimentation conduite par la CNAM à partir de 2008, généralisée à la France entière en 2015, sur les cancers de la vessie. Cette expérimentation consistait à identifier les personnes admises en affection de longue durée (ALD) au titre d'une tumeur de la vessie, et à leur soumettre un questionnaire (faisant l'objet d'un échange téléphonique conduit par un agent du service médical) afin de rechercher dans leur *curriculum vitae* d'éventuelles expositions aux facteurs de risques professionnels à l'origine de tumeurs de la vessie. Lorsqu'une origine professionnelle était possible, le médecin-conseil en informait à la fois l'assuré et le médecin traitant, en leur expliquant les démarches à suivre dans le cadre d'une demande de reconnaissance de maladie professionnelle. Cette expérimentation a conduit à une augmentation importante du nombre de reconnaissances dans le cadre de la présomption d'imputabilité des tableaux n°15 ter (« lésions prolifératives de la vessie provoquées par les amines aromatiques ») et n°16 bis C (« tumeurs primitives de l'épithélium urinaire provoquées par les goudrons de houille, les huiles de houille, les braies de houille et les suies de combustion du charbon ») ou par la voie complémentaire : le nombre annuel de reconnaissances est ainsi passé de 40 en 2008 à 107 en 2011, 182 en 2015, 310 en 2017 et 368 en 2018. Le nombre de reconnaissances, même s'il reste sensiblement plus élevé que celui observé avant le lancement de l'expérimentation, a reflué en 2019 (179 reconnaissances). L'expérimentation est achevée depuis 2018, ce type d'action n'ayant pas vocation à se substituer de manière pérenne à la sensibilisation des victimes par leur médecin quant à l'origine potentiellement professionnelle de leur maladie, et les effets positifs qu'elle a générés conduisant à privilégier un redéploiement des moyens, l'expérimentation représentant une charge de gestion importante, vers d'autres pathologies faisant l'objet d'une sous-déclaration. Aussi, concernant les cancers de la vessie, une sensibilisation des urologues a pris le relais de l'expérimentation, via une action de communication ciblée en 2019.

S'agissant des autres pathologies potentiellement sous-déclarées, une démarche analogue à celle de l'expérimentation sur le cancer de la vessie sera mise en place à partir de 2021 pour 3 pathologies : le cancer nasosinusien, l'asthme et la surdité¹⁵⁰. Ces pathologies ont en effet en commun, au-delà de leur prévalence assez élevée, de pouvoir donner lieu à une reconnaissance dans le cadre de la présomption d'imputabilité des tableaux, de faire l'objet d'une sous-déclaration, au regard des données de Santé Publique France quant au nombre de ces maladies potentiellement d'origine professionnelle (cf. infra, respectivement en parties 3.2.5., 3.2.2. et 3.2.4.), et d'être assorties de soins médicaux identifiables dans les bases de données de l'Assurance maladie (notamment pour les ALD). Trois échelons locaux du service médical (Nord, Bas-Rhin et Alpes-Maritimes) sont impliqués dans cette nouvelle expérimentation, qui démarre en juin 2021.

¹⁵⁰ Cette démarche s'inscrit dans le cadre de l'objectif, porté par la convention d'objectifs et de gestion pour la période 2018-2022, consistant à « déployer une action d'information sur l'origine potentiellement professionnelle des pathologies constatées par le médecin-conseil à l'occasion du contrôle médical des assurés » - mais s'effectuera selon des modalités un peu différentes de celles initialement envisagées, le repérage des assurés concernés n'étant pas réalisé à l'occasion du contrôle médical, mais sur la base d'un requêtage dans les données de l'Assurance maladie relatives aux affections de longue durée (ALD).

Une fois les assurés repérés, sur la base des données relatives aux ALD et en fonction de plusieurs critères généraux (âge supérieur à 18 ans, affiliation au régime général, présence d'un médecin traitant déclaré), l'Assurance maladie adresse des courriers respectivement aux assurés et à leur médecin traitant. C'est le dialogue entre assuré et médecin traitant qui constitue le vecteur essentiel de l'expérimentation puisque c'est au médecin d'évaluer si son patient présente bien la pathologie ciblée et si son activité professionnelle était exposante et, dans ce cas, de lui conseiller de faire une demande de reconnaissance de maladie professionnelle. Dans le cadre de l'instruction de cette dernière, le médecin-conseil pourra, pour les expositions complexes ou les poly-expositions, solliciter l'expertise du CRPPE concerné.

A la fin de cette expérimentation, dont une évaluation est prévue fin 2021, une extension à la France entière et/ou à d'autres pathologies pourrait être envisagée.

1.4.3.2 – Les initiatives engagées par certains établissements hospitaliers

Comme mentionné supra (en partie 1.2.3.2), des actions spécifiques ont été engagées par certains établissements hospitaliers et centres de lutte contre le cancer (CLCC), en lien avec les CRPPE, pour améliorer la détection de certains cancers d'origine professionnelle. En particulier, le CLCC Léon Bérard de Lyon a mis en place à partir de 2014, grâce au financement de l'Institut national du cancer (Inca), un dispositif de repérage systématique des cancers broncho-pulmonaires, dénommé Propoumon, qui repose sur un auto-questionnaire de repérage des expositions professionnelles. En fonction des réponses au questionnaire, une consultation « cancers professionnelles » est proposée au patient, afin d'approfondir les circonstances d'une éventuelle exposition professionnelle ; le cas échéant, il lui est proposé d'engager les démarches de reconnaissance de maladie professionnelle, un certificat médical initial est alors établi. Une évaluation médico-économique a été réalisée, permettant d'estimer le coût du dispositif à 62 euros par patient. Compte tenu de son premier bilan positif, le dispositif a été étendu à partir de 2017 à d'autres CLCC (Caen, Lille, Clermont-Ferrand) ainsi qu'à l'institut Sainte-Catherine d'Avignon.

Sur la période 2014-2019, le déploiement du dispositif Propoumon a permis à un nombre significatif de patients de formuler une demande de reconnaissance de maladie professionnelle, et de voir in fine leur pathologie reconnue d'origine professionnelle – même si les coordonnateurs de la phase pilote à Lyon ont souligné les taux d'abandon non négligeables à chacune des étapes de la procédure. Plus précisément, 1 251 personnes ont été suivies dans le cadre du dispositif ; parmi elles, 462 (soit 37%) ont répondu au questionnaire qui leur a été adressé. Après analyse de ces questionnaires, 174 consultations « cancers professionnels » ont été proposées – et 150 effectivement réalisées. 88 de ces consultations, soit 59% d'entre elles, ont débouché sur la rédaction d'un certificat médical initial – qui a ainsi concerné 19% des personnes ayant répondu au questionnaire. Sur les 65 demandes effectivement déposées par les victimes auprès des CPAM (soit 74% des certificats médicaux initiaux), le taux de reconnaissance de la maladie professionnelle est de 75% (soit 38 reconnaissances, sur les 51 décisions rendues à la date de l'étude) – ce qui tend à montrer l'efficacité du ciblage des démarches de reconnaissance sur les pathologies effectivement susceptibles d'être reconnues et indemnisées au titre de la législation sur les AT-MP.

Au global, ces résultats montrent que des dispositifs tels que Propoumon contribuent à améliorer la déclaration des affections, en l'occurrence cancéreuses, d'origine professionnelle. Il convient de souligner l'accompagnement important dont ont pu bénéficier les patients dans le cadre de ce dispositif, en particulier de la part des assistantes sociales qui ont été mobilisées pour les aider à constituer le dossier de demande de reconnaissance en maladie professionnelle – accompagnement qui s'avère indispensable pour expliquer aux victimes les démarches, et leur permettre de les réaliser effectivement.

1.4.3.3. – Les études de cohorte, et la sensibilisation des professionnels de santé mobilisés dans ce cadre

La direction des risques professionnels de la CNAM finance également des études de cohorte permettant à la fois d'améliorer les connaissances sur l'incidence et la mortalité de certaines pathologies pour des personnes ayant été exposées dans un contexte professionnel, et de sensibiliser les praticiens participant à ces études aux modalités de détection de l'origine potentiellement professionnelle des maladies. Sont ainsi concernées les études Ardco, pour les personnes à la retraite ayant été exposées professionnellement à l'amiante (Paris), et Lucso, relative aux cancers du poumon d'origine professionnelle, cette dernière étude permettant, en plus du suivi de cohorte, l'expérimentation d'un dispositif de dépistage des maladies d'origine professionnelle (Bordeaux).

1.4.4. – La surveillance médicale post-professionnelle

Les salariés exposés au cours de leur carrière à certains facteurs de risques professionnels (agents cancérigènes, rayonnements ionisants) peuvent bénéficier du dispositif de suivi post-professionnel mis en place par la branche AT-MP. Il leur ouvre droit, lorsqu'ils sont inactifs, demandeurs d'emploi ou retraités, à une prise en charge à 100% des tarifs de la sécurité sociale de consultations et examens médicaux, dont le contenu et la fréquence sont définis, selon le facteur de risque considéré, soit par le médecin-conseil soit par arrêté (lequel prévoit par exemple une consultation médicale et un examen tomodensitométrique tous les 5 ans pour les salariés exposés à l'amiante). Le dispositif favorise ainsi la détection et le traitement précoces des maladies à effet différé, ainsi que l'information des salariés sur leur origine potentiellement professionnelle – et leur déclaration.

Le taux de recours au dispositif reste néanmoins limité, y compris pour les personnes exposées à l'amiante (anciens bénéficiaires de l'allocation de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante) ayant fait l'objet d'une campagne de communication ciblée de la CNAM en 2017 et 2018 (moins de 1 000 examens par an pour les près de 80 000 destinataires du courrier d'information de la CNAM, le nombre global de bénéficiaires du dispositif n'étant quant à lui pas connu par la CNAM). Plusieurs facteurs d'explications ont été mis en évidence par la commission, au-delà des aspects psychologiques liés au caractère potentiellement anxiogène du suivi post-professionnel : la relative complexité du dispositif, qui repose, comme mentionné supra, sur deux mécanismes distincts selon le facteur de risque professionnel considéré ; le manque d'évolutivité de l'arrêté définissant, pour certains facteurs de risques, les modalités de suivi (qui date de 1995 et n'a été modifié qu'une fois, en 2011) ; en conséquence, l'insuffisante prise en compte de l'état des connaissances scientifiques et médicales ; la difficulté pour certains salariés à apporter la preuve de leur exposition (qui doit faire l'objet d'une attestation de l'employeur et du médecin du travail), compte tenu notamment de la suppression en 2015 de la fiche d'exposition aux agents chimiques dangereux et, plus globalement, de la traçabilité souvent insuffisante du risque chimique au sein des entreprises.

Par ailleurs, le dispositif reste trop peu connu des assurés, au-delà des anciens bénéficiaires de l'allocation de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante mentionnés supra, et des professionnels de santé. L'ANDEVA a souligné à cet égard, lors de son audition par la commission, l'importance de démarches locales partenariales pour informer les assurés concernés de leurs droits – sur le modèle des actions menées conjointement depuis le milieu des années 2000, en Seine-Saint-Denis, par l'association départementale de défense des victimes de l'amiante (ADDEVA), les organisations syndicales et la CPAM (tables rondes, communications écrites, courriers ciblés auprès des anciens salariés de certaines entreprises), qui ont permis d'améliorer le recours au dispositif.

La commission relève deux évolutions susceptibles d'améliorer le suivi post-professionnel et le taux de recours, et donc la détection et la déclaration des maladies d'origine professionnelle – dont il reviendra à la prochaine commission de dresser le bilan. D'une part, le dispositif de suivi post-professionnel devrait être simplifié par un prochain décret, qui a d'ores et déjà été présenté aux instances (CAT-MP et CS4) mais n'a pas été publié à la date de finalisation du présent rapport : ce décret unifiera le suivi post-professionnel au sein d'un seul mécanisme, et confiera au médecin-conseil le soin de définir les modalités du suivi, pour permettre leur évolution en fonction de l'état des connaissances médicales et scientifiques. Dans ce cadre, et pour garantir une application homogène du dispositif sur le territoire, le médecin-conseil devra s'appuyer sur les référentiels médicaux de la Haute Autorité de Santé (qui existent par exemple pour l'amiante¹⁵¹) ou, à défaut, solliciter un médecin-expert – sachant qu'une base de données compilant les réponses de ces derniers sera constituée par la CNAM au niveau national, et l'ensemble des informations par ailleurs rendues disponibles sur Ameli. Le dispositif sera, de plus, étendu à l'ensemble des agents mutagènes et reprotoxiques, au-delà des seuls cancérigènes, pour favoriser leur détection et, le cas échéant, la demande de maladie professionnelle.

D'autre part, la visite médicale de fin de carrière, intégrée dans les dispositions législatives du code du travail en 2018¹⁵², sera prochainement mise en œuvre du fait de l'adoption du décret d'application, également en cours de finalisation. La visite médicale de fin de carrière, effectuée par le médecin du travail et destinée aux salariés ayant été exposés à au moins l'un des facteurs de risques professionnels donnant lieu au suivi individuel renforcé (agents cancérigènes, mutagènes et reprotoxiques, rayonnements ionisants, risques biologiques...), leur permettra de bénéficier d'un état des lieux de leurs expositions, que le médecin du travail pourra, s'il l'estime utile, transmettre

¹⁵¹ « Suivi post-professionnel des personnes exposées à l'amiante – Mise à jour du protocole et de la grille de lecture d'imagerie », Haute Autorité de Santé, 2019.

¹⁵² Loi n°2018-217 du 29 mars 2018 ratifiant diverses ordonnances prises sur le fondement de la loi n°2017-1340 du 15 septembre 2017 d'habilitation à prendre par ordonnances les mesures pour le renforcement du dialogue social.

au médecin traitant, assorti de toutes les préconisations nécessaires, en vue de la mise en place par ce dernier d'une surveillance post-professionnelle. Dans le cadre de la visite, le médecin du travail pourra aussi informer les salariés sur le suivi post-professionnel de la branche AT-MP, s'ils en remplissent les conditions ; d'ailleurs, comme le prévoit le décret relatif au suivi post-professionnel, l'état des lieux des expositions réalisé pendant la visite médicale de fin de carrière pourra servir de justificatif d'exposition ouvrant droit au suivi post-professionnel de la branche AT-MP.

La commission estime que ces évolutions devraient conduire à une augmentation du nombre de bénéficiaires du suivi post-professionnel – et relève par ailleurs le renforcement récent de l'information des professionnels de santé sur le dispositif, au travers de sites Internet tels que celui mis en place par le CRPPE de Brest, en partenariat avec la société française de médecine du travail (« Post Pro », cf. supra en partie 1.2.1.1.2.)¹⁵³ ou par le Système d'information en santé, travail et environnement de Provence-Alpes-Côte-D'Azur (SISTE PACA)¹⁵⁴. Aussi, la commission préconise la mise en place par la CNAM d'un suivi du taux de recours au dispositif, qui permettra, en particulier, à la prochaine commission d'en évaluer l'évolution au cours de la période à venir.

1.4.5. – Le compte professionnel de prévention (C2P)

Le compte personnel de prévention de la pénibilité (C3P) a été instauré par la loi du 20 janvier 2014 garantissant l'avenir et la justice du système de retraite. Son fonctionnement repose sur le cumul de points par les salariés relevant des régimes général et agricole en fonction de leur exposition à une liste de facteurs de risques professionnels (à hauteur de 4 points par an en cas d'exposition à un facteur de risque professionnel, et de 8 points par an en cas de poly-exposition). Les points acquis par le salarié au cours de sa carrière, dans la limite de 100 points, peuvent être utilisés pour un départ anticipé à la retraite, dans la limite de 8 trimestres (sachant que 10 points ouvrent droit à un trimestre de majoration de durée d'assurance), un passage à temps partiel sans perte de rémunération (par exemple, 10 points permettent de financer un mi-temps pendant 90 jours) et/ou une formation professionnelle (1 point permettant d'abonder le compte personnel de formation de 375 €).

L'ordonnance du 22 septembre 2017¹⁵⁵ a remanié le dispositif, qui est devenu à partir du 1^{er} octobre 2017 le compte professionnel de prévention (C2P), ainsi que ses modalités de gestion et de financement. Aussi, le périmètre du dispositif a été recentré sur six facteurs de risques professionnels (contre dix initialement), déclarés de manière dématérialisée par l'employeur dans le cadre de la déclaration sociale nominative (DSN) : travail de nuit, travail répétitif, travail en équipes successives alternantes, travail en milieu hyperbare, températures extrêmes et bruit. En parallèle, le dispositif de départ en retraite anticipée pour incapacité permanente, qui avait été mis en place par la loi du 9 novembre 2010¹⁵⁶, a été assoupli pour les quatre facteurs de risques sortis du périmètre du C2P : manutention manuelle de charges lourdes, vibrations mécaniques, postures pénibles, agents chimiques dangereux. Ainsi, les conditions d'accès au dispositif pour les personnes dont le taux d'incapacité permanente est compris entre 10 et 19% (durée d'exposition au risque de 17 ans au moins, examen par une commission pluridisciplinaire du lien entre l'exposition et la maladie) ont été supprimées pour les maladies professionnelles liées à l'un de ces quatre facteurs de risques.

Par ailleurs, la gestion du C2P a été confiée à la branche AT-MP du régime général (pour les salariés du régime général et du régime agricole sauf, pour ces derniers, en matière de contrôle des déclarations d'expositions). Quant au financement, il est désormais assuré, comme celui du dispositif de retraite anticipée pour incapacité permanente, par les employeurs via la « majoration pénibilité » (M4) entrant dans le calcul du taux de cotisations AT-MP. Cette majoration forfaitaire, commune à l'ensemble des entreprises (et donc indépendante du nombre de leurs salariés déclarés exposés), est calculée en fonction des dépenses prévisionnelles, inscrites en LFSS, liées au C2P et au dispositif de retraite anticipée pour incapacité permanente.

¹⁵³ <https://www.suivipostprofessionnel.fr/index.php/accueil/recherche>.

¹⁵⁴ <http://www.sistepaca.org/Conduite%20%C3%A0%20tenir/le-suivi-m%C3%A9dical-post-professionnel>. Le SISTE PACA est un dispositif, animé par l'Observatoire régional de santé, impliquant un large panel d'acteurs mobilisés sur la santé au travail (DREETS, Agefiph, CARSAT, médecins généralistes, médecins du travail, CRPPE...). Il vise en particulier à sensibiliser les professionnels de santé à la détection des maladies professionnelles et à renforcer, de manière coordonnée entre les différentes parties prenantes, les actions de prévention de la désinsertion professionnelle et de maintien en emploi.

¹⁵⁵ Ordonnance n°2017-1389 du 22 septembre 2017 relative à la prévention et à la prise en compte des effets de l'exposition à certains facteurs de risques professionnels et au compte professionnel de prévention.

¹⁵⁶ Loi n°2010-1330 du 9 novembre 2010 portant réforme des retraites.

Même si la montée en charge du C2P reste plus progressive que celle qui avait été anticipée par les pouvoirs publics, le nombre de comptes ouverts a régulièrement augmenté – et atteint 1,6 million fin 2019 (contre 580 000 fin 2015), principalement au titre d'expositions au travail de nuit ou au travail en équipes successives alternantes. Le nombre d'utilisation des points acquis dans le cadre du C2P a également progressé, pour atteindre 4 600 à fin 2019, en cumulé depuis le début du dispositif. Le déploiement du C2P contribue à la traçabilité des expositions aux six facteurs de risques professionnels mentionnés supra, et peut ainsi favoriser la détection et la reconnaissance d'éventuelles maladies professionnelles y afférentes – et donc contribuer à la réduction de la sous-déclaration des AT-MP.

Le dispositif permet aussi aux salariés exposés à l'un ou plusieurs de ces facteurs de risques professionnels de réduire leur durée d'exposition, soit via un temps partiel ou un départ anticipé à la retraite soit, de manière plus structurante, après réalisation d'une formation en vue d'exercer un emploi moins exposé, ou pas exposé, à la pénibilité. Il est ainsi susceptible de réduire le risque d'apparition d'une maladie professionnelle, pour l'assuré concerné. Sur ce point, il faut toutefois noter que, de manière globale à l'échelle d'une entreprise, le C2P ne conduit pas nécessairement à réduire les expositions, mais plutôt à les redéployer entre les salariés. Aussi, selon la commission, il est primordial que, au-delà des déclarations d'exposition dans le cadre du C2P, les entreprises s'engagent dans des démarches de prévention des expositions, notamment dans le cadre des accords en faveur de la prévention des effets de l'exposition à certains facteurs de risques professionnels qu'elles doivent conclure, en application du code du travail¹⁵⁷, lorsqu'elles comptent au moins 50 salariés et que au moins 25% d'entre eux sont exposés à des facteurs de pénibilité (ou que l'indice de sinistralité, correspondant au nombre d'AT-MP sur 3 ans divisé par les effectifs de l'année, est au moins égal à 0,25).

1.4.6. – La réforme de la santé au travail

En 2018, le rapport de Charlotte Lecocq, Bruno Dupuis et Henri Forest relatif à la santé au travail soulignait la nécessité de renforcer la prévention, notamment des risques professionnels : à cet effet, et partant du constat d'une multitude d'acteurs et d'un paysage globalement complexe pour les entreprises et les salariés (services de santé au travail, services prévention des CARSAT, ANACT et réseau local des ARACT, INRS...), le rapport préconisait en particulier une rationalisation du système, autour d'une offre de services aux employeurs harmonisée sur le territoire. Il recommandait également une simplification de la gouvernance de la santé au travail (notamment autour du conseil d'orientation des conditions de travail (COCT) et des comités régionaux (CROCT)) ainsi qu'un renforcement du rôle des partenaires sociaux.

S'agissant plus spécifiquement des SST, en particulier des SST interentreprises (SSTI), un rapport IGAS de février 2020¹⁵⁸ a mis en exergue les principales difficultés rencontrées dans l'accomplissement de leurs missions :

- Le rapport insistait sur les difficultés de certains SSTI à assumer leurs missions, compte tenu des tensions observées sur les effectifs médicaux. Par ailleurs, tout en tirant un bilan positif des réformes successives de la médecine du travail et de la pluridisciplinarité qu'elles induisent, la mission préconisait de renforcer celle-ci en adoptant des protocoles types de délégation, en diffusant les bonnes pratiques et en élargissant le périmètre d'intervention des infirmiers en santé au travail, le cas échéant via l'assouplissement de certaines exigences réglementaires ;
- En conséquence du manque d'effectifs médicaux et de la mise en œuvre parfois insuffisante de la pluridisciplinarité, la mission faisait le constat que les visites et examens obligatoires de suivi de l'état de santé des salariés n'étaient pas systématiquement réalisés dans les délais par les SSTI. Par ailleurs, le développement des actions en milieu de travail, centrées sur la prévention, était marqué par de fortes disparités entre services. La mission préconisait dans cette optique la mise en place d'un socle de prestations de base assuré par tous les SSTI, l'adoption d'un référentiel de certification commun et la mise en place d'indicateurs de satisfaction ; la mission plaidait également pour la création d'une cellule de prévention de la désinsertion professionnelle au sein des SSTI ;
- En termes de financement, la mission reprenait à son compte le constat exprimé en 2012 par la Cour des comptes¹⁵⁹ d'une forme « d'aisance financière » des SSTI et proposait ainsi de renforcer et d'encadrer la fixation des cotisations ;
- En termes de pilotage global des SSTI et de coordination avec les autres acteurs de la santé au travail, la

¹⁵⁷ Articles L. 4162-1 à L. 4162-4 du code du travail.

¹⁵⁸ « Evaluation des services de santé au travail interentreprises », IGAS, février 2020.

¹⁵⁹ « Les services de santé au travail interentreprises : une réforme en devenir », Cour des comptes, 2012.

mission pointait l'absence d'une tête de réseau, et le manque de pilotage par les DIRECCTE, malgré la mise en place des CPOM conclus avec les CARSAT et les SSTI, compte tenu notamment de ressources humaines en nombre décroissant au sein des DIRECCTE et de l'existence de SSTI de taille disparate, le mouvement de fusions de services étant resté inabouti ;

- La mission soulignait également l'absence de systèmes d'information interopérables et, par conséquent, de consolidation des données recueillies par les SSTI – contribuant à affaiblir leur pilotage global. Sur ce point, la mission préconisait d'autoriser les médecins du travail à consulter le dossier médical partagé (DMP).

Un certain nombre de ces préconisations ont été reprises, suite notamment à l'ANI du 9 décembre 2020, par la proposition de loi pour renforcer la prévention en santé au travail, portée par les députées Charlotte Lecocq-Parmentier et Carole Grandjean, et en cours d'examen parlementaire au moment de la rédaction du présent rapport. En particulier, comme mentionné supra, cette proposition de loi permettrait d'améliorer les conditions d'exercice des services de santé au travail (renommés services de prévention et de santé au travail), qui s'appuieraient davantage sur la pluridisciplinarité et la coopération entre les différents professionnels, à la fois au sein des services (infirmiers en santé au travail, voire infirmiers en pratique avancée) et en-dehors (nouveaux médecins correspondants) ; l'offre de services des SSTI devrait par ailleurs être harmonisée grâce à la mise en place d'une offre socle, et à l'introduction de mécanismes d'agrément et de certification. La proposition de loi contribuerait également à renforcer la coordination entre les services de santé au travail et l'Assurance maladie : certes, cette coopération est envisagée sous l'angle de la prévention de la désinsertion professionnelle – mais elle pourrait, plus globalement, contribuer à la meilleure sensibilisation des médecins du travail à la détection des maladies d'origine professionnelle et à l'accompagnement des victimes dans leurs démarches. Enfin, la proposition de loi prévoit la mise en place d'une visite de mi-carrière (réalisée aux 45 ans de l'assuré, sauf si un âge différent est défini par accord de branche), qui, comme la visite médicale de fin de carrière mentionné supra, renforcerait la traçabilité des expositions aux risques professionnels – et pourrait ainsi participer de la réduction de la sous-déclaration des AT-MP.

Plusieurs mesures, découlant notamment de la convention d'objectifs et de gestion 2018-2022 et de l'ANI du 9 décembre 2020, devraient permettre d'améliorer la prévention des risques professionnels, ainsi que la mise en œuvre effective de leurs missions par les services de santé au travail, et leur coordination avec l'Assurance maladie. Les réformes envisagées concernant le suivi post-professionnel devraient participer d'une meilleure détection des maladies d'origine professionnelle, et ainsi contribuer à la réduction de la sous-déclaration des AT-MP. Enfin, la mise en place du fonds d'indemnisation des victimes de pesticides et la poursuite des plans chlordécone devraient permettre un meilleur accompagnement et une meilleure réparation des victimes, y compris relevant du régime général, exposées aux pesticides.

2. – Éléments de comparaison européens

La commission, comme les précédentes, s'est attachée à comparer les niveaux de déclaration et de reconnaissance d'un certain nombre de pays européens.

Malgré les limites de l'exercice, compte tenu des différences importantes entre les dispositifs, plusieurs conclusions s'en dégagent : au global, parmi les quatre pays de l'échantillon (France, Allemagne, Italie, Danemark), le nombre de reconnaissances pour 100 000 habitants est plus élevé en France que dans les autres pays étudiés ; dans le détail par pathologies, si la France présente un nombre de reconnaissances de TMS et d'affections psychiques dans le secteur privé plus important que les autres pays, elle ne reconnaît pas dans le cadre du système des tableaux de maladies professionnelles les cancers de la peau liés aux rayons ultraviolets naturels, alors qu'ils représentent une part significative des maladies professionnelles reconnues dans d'autres pays (Allemagne). En matière d'accidents du travail, la France présente un nombre d'accidents avec arrêts non mortels, pour 100 000 habitants, supérieur à la moyenne européenne.

2.1. – Les maladies professionnelles

2.1.1. – Observations préliminaires

La commission réitère les constats des précédentes commissions quant aux limites que présentent les comparaisons infra quant au nombre de déclarations et de reconnaissances dans différents pays européens. En effet, les dispositifs étudiés sont fondamentalement différents, et induisent donc des comportements différents de la part des acteurs impliqués (victimes, employeurs, professionnels de santé). Il faut noter, à ce sujet, que les Etats conservent toute latitude pour définir leur système de reconnaissance et d'indemnisation des AT-MP, le droit européen ou international ne prévoyant pas de règle juridiquement contraignante en la matière. Ainsi, concernant plus particulièrement les maladies professionnelles, la recommandation 2003/670/CE de la Commission européenne du 19 septembre 2003 établit une liste européenne de maladies professionnelles, qu'elle recommande aux Etats membres d'introduire dans leur droit national (en distinguant les maladies reconnues scientifiquement d'origine professionnelle des maladies dont l'origine professionnelle est susceptible d'être établie), qui ne prime toutefois pas sur les modalités d'élaboration des tableaux ou listes de maladies professionnelles prévues dans chaque Etat membre. De même, la liste des maladies professionnelles de l'Organisation internationale du travail (OIT), révisée pour la dernière fois en 2010, sert simplement de référence, non contraignante, pour l'établissement des tableaux ou listes de maladies professionnelles au niveau national.

Parmi les quatre pays étudiés infra, l'Italie a un dispositif assez proche du système français avec une liste de maladies professionnelles relativement précise, des critères de reconnaissance mentionnés dans la liste et une présomption d'origine attachée à ces critères ; une voie complémentaire de reconnaissance y existe également, comme en France, pour les pathologies non désignées dans la liste ou n'en respectant pas l'un ou plusieurs des critères.

En revanche, en Allemagne, le lien de causalité, jamais présumé, doit être établi au cas par cas, même pour les maladies professionnelles inscrites sur la liste (non assortie de critères précis comme c'est le cas en France ou en Italie), ce qui n'encourage pas les déclarations. Les règles de réparation sont par ailleurs plus restrictives qu'en France, même si elles ont été assouplies au 1^{er} janvier 2021. Avant cette date en effet, le dispositif de réparation reposait, pour neuf pathologies dont certaines comptaient parmi les principales maladies professionnelles reconnues (certains TMS, discopathies de la colonne lombaire et de la colonne cervicale, BPCO causées par des substances allergisantes ou des substances chimiques irritantes ou toxiques, maladies de la peau), sur une distinction entre les reconnaissances formelles et informelles : ainsi, seules les reconnaissances formelles, c'est-à-dire impliquant un arrêt de l'activité professionnelle de la victime, ouvraient droit à une indemnisation, versée sous forme de rente (à condition que l'incapacité permanente soit au moins égale à 20%) ; les reconnaissances informelles ne donnaient lieu qu'à des prestations de prévention de type aménagement de poste. Désormais, toutes les reconnaissances, qu'elles portent ou non sur ces 9 pathologies et qu'elles impliquent ou non un arrêt de travail, ouvrent droit au versement d'une rente, lorsque, comme précédemment, l'incapacité permanente est au moins égale à 20%. Cet assouplissement est susceptible d'avoir un effet sur le nombre de déclarations, qui pourrait être observé par la prochaine commission.

Le Danemark se caractérise par des critères de reconnaissance très précis contenus dans un guide public annexé à la liste, avec une présomption toutefois moins forte qu'en France ou en Italie puisque les expositions extraprofessionnelles sont prises en compte lors de l'instruction quand elles sont significatives, et peuvent, le cas échéant, remettre en cause la reconnaissance de la maladie professionnelle. Ce pays se caractérise aussi par un niveau de déclaration très élevé, conséquence d'une bonne connaissance du système par les médecins (qui sont à l'origine de la plupart des demandes de maladies professionnelles) et d'un dispositif d'incitation financière lorsqu'ils déclarent une maladie professionnelle.

A ces disparités nationales sur le plan juridique, qui se traduisent par de sérieuses différences d'attractivité, s'ajoutent des pratiques différentes – qui contribuent par exemple à expliquer, au-delà de la différence des secteurs d'activité et des conditions de travail, les écarts entre la France et l'Allemagne s'agissant du nombre de déclarations et de reconnaissances des dermatoses et hypoacusies (cf. infra, en partie 2.1.2.2.).

Il faut souligner par ailleurs que le champ couvert par les statistiques connues, présentées infra, n'est pas identique selon les pays. En Allemagne, l'assurance publique AT-MP (Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung, DGUV) couvre la quasi-totalité de la population ; de même au Danemark, les statistiques incluent d'autres assurés que les salariés du secteur privé, en particulier les agents publics. En France en revanche, la branche AT-MP gérée par la CNAM exclut les professionnels de l'agriculture (au sens large) couverts par la Mutualité sociale agricole (MSA), les travailleurs indépendants, les étudiants et les assurés relevant de régimes spéciaux, dont les fonctionnaires.

Enfin, on peut noter que, si l'Allemagne considère la sous-déclaration comme marginale, l'Italie et le Danemark s'y sont intéressés dans le cadre de plusieurs rapports, dont certains cherchent à quantifier le phénomène. Ainsi, trois rapports dédiés plus particulièrement aux cancers (mésothéliome et cancer des sinus et des fosses nasales) ont été publiés au Danemark (en 1990, 1996 et 2007). Une étude plus complète, publiée en 2012, estimait entre 1 000 et 2 000 le nombre de maladies professionnelles non déclarées chaque année – à comparer aux 18 000 demandes de reconnaissance annuelles formées dans ce pays (en 2011). En Italie, aucun rapport n'est dédié spécifiquement à la sous-déclaration, mais les rapports de la commission d'enquête parlementaire sur les AT-MP ont pointé du doigt ce phénomène (en 1997, 2006 et 2013) – que des études scientifiques ont tenté d'évaluer en comparant les données épidémiologiques aux statistiques de reconnaissance de l'Assurance maladie (Istituto nazionale per l'assicurazione contro gli infortuni sul lavoro, INAIL). Il en ressortait que plus de 90% des cancers professionnels (hors mésothéliome et cancer des sinus et des fosses nasales, qui font l'objet de dispositifs de surveillance spécifiques) seraient sous-déclarés.

2.1.2. – Déclarations et reconnaissances

Le tableau ci-dessous résume les informations recueillies pour 2018¹⁶⁰.

¹⁶⁰ Contrairement à la méthode qui avait été retenue par la commission en 2017 (comptabilisation du nombre d'assurés en ETP), la présente commission a fait le choix de comptabiliser le nombre d'assurés par tête. En effet, les maladies professionnelles sont souvent le résultat d'une exposition longue, si bien que le facteur intensité du travail (temps partiel ou temps complet) – qui aurait pu justifier le choix d'une comptabilisation par ETP – influe en réalité peu sur le risque de contracter une pathologie.

Tableau 7 : Taux de déclaration et taux de reconnaissance pour diverses pathologies en Allemagne, Danemark, France et Italie¹⁶¹

	Allemagne	Danemark	France	Italie
Population assurée	47 266 870	2 850 000	19 172 462	17 000 000
Déclarations de MP	77 877	16 283	106 768	47 335
Taux de déclarations (pour 100 000 assurés)	165	561	557	278
<i>D^t hypoacusies (p. 100 000 assurés)</i>	29	89	<i>nd</i>	25
<i>D^t dermatoses (p. 100 000 assurés)</i>	45	73	<i>nd</i>	2
<i>D^t cancers (p. 100 000 assurés)</i>	37	21	14	15
<i>D^t TMS * (p. 100 000 assurés)</i>	23	184	<i>nd</i>	210
<i>D^t troubles psy. (p. 100 000 assurés)</i>	<i>N/A**</i>	132	10	3
Reconnaisances de MP	19 748	3 778	49 538	18 096
formelles	19 748	3 778	49 538	18 096
informelles	18 257	3 778	49 538	18 096
Taux de reconnaissance**** (p. 100 déclar.)	49%	23%	46%	38%
<i>D^t hypoacusies (p. 100 déclarations)</i>	50%	28%	<i>nd</i>	40%
<i>D^t dermatoses (p. 100 déclarations)</i>	87%	58%	<i>nd</i>	52%
<i>D^t cancers (p. 100 déclarations) - données 2016</i>	37%	29%	79%	39%
<i>D^t TMS ** (p. 100 déclarations)</i>	13,5%	16%	<i>nd</i>	40%
<i>D^t troubles psy. (p. 100 déclarations)</i>	<i>N/A</i>	9%	51%	5%
Nombre de maladies reconnues*** (p. 100 000 assurés)	81	130	258	106
<i>D^t hypoacusies (p. 100 000 assurés)</i>	14	25	3	10
<i>D^t dermatoses (p. 100 000 assurés)</i>	39	42	<i>nd</i>	1
<i>D^t cancers (p. 100 000 assurés)</i>	13	6	10	6
<i>D^t TMS (p. 100 000 assurés)</i>	3	53	227	84
<i>D^t troubles psy. (pour 100 000 assurés)</i>	<i>N/A</i>	12	5	0,1

* Y compris les lombalgies.

** Non susceptibles d'être reconnus comme MP en Allemagne

*** En Allemagne, la statistique inclut à la fois les reconnaissances formelles et informelles (distinction qui a disparu au 1^{er} janvier 2021).

Source : Eurogip, Rapport 155/F, page 4¹⁶²

2.1.2.1. – Des disparités entre pays

On observe des taux de déclaration et de reconnaissance extrêmement variables selon les pays. Si la France et le Danemark se caractérisent par un niveau de déclaration élevé (avec, respectivement, 557 et 561 déclarations de maladies professionnelles pour 100 000 assurés), le taux de reconnaissance est plus élevé en France qu'au Danemark (46% des maladies déclarées, contre 23% au Danemark) ; par conséquent, le nombre de reconnaissances est deux fois supérieur en France qu'au Danemark. En Allemagne, le taux de reconnaissance légèrement supérieur à celui de la France (49% contre 46%) ne compense pas un niveau de déclaration sensiblement inférieur (165 maladies déclarées pour 100 000 assurés, contre 557) ; en conséquence, le nombre de reconnaissances y reste très inférieur à celui de la France (81, contre 258, pour 100 000 assurés). En Italie, et malgré un système assez comparable à celui de la France, à la fois le taux de déclaration (278 pour 100 000 assurés) et le taux de reconnaissance (38% contre 46%) sont moins élevés que ceux de la France, ce qui explique que le nombre de maladies professionnelles reconnues y soit au final plus de deux fois plus faible qu'en France (106, contre 258, pour 100 000 assurés).

De telles disparités reflètent essentiellement des différences de système ainsi que de pratiques.

¹⁶¹ Il convient de souligner les différences de périmètre opérées par rapport aux données présentées par la précédente commission. S'agissant du cas allemand, comme rappelé précédemment, la population retenue correspond au nombre total d'assurés par tête, là où la commission réunie en 2017 avait fait le choix de retenir le nombre d'ETP. Il en résulte une diminution apparente du taux de déclarations pour 100 000 assurés en Allemagne. En réalité, cette diminution tient principalement à ce changement de périmètre, le nombre de déclarations augmentant même légèrement en valeur absolue. S'agissant du cas français, il a été fait le choix de retenir le nombre de maladies reconnues en premier règlement (ayant occasionné un arrêt de travail), ce qui fait mécaniquement chuter le nombre de maladies reconnues et le taux de reconnaissance.

¹⁶² https://eurogip.fr/wp-content/uploads/2020/07/Eurogip-155F_Etablir-l-origine-professionnelle-d-une-maladie.pdf

Concernant la connaissance par les professionnels de santé des modalités de déclaration des maladies professionnelles et leur implication dans les démarches, il faut noter que, si la déclaration peut reposer sur un large panel d'acteurs en Allemagne et au Danemark (et non uniquement sur les victimes), les médecins qui, dans ces deux pays, déclarent une maladie professionnelle sont gratifiés pour chacune d'elles (autour de 25 € et ce quelle que soit l'issue de l'instruction) ; par ailleurs, au Danemark, tous les praticiens soupçonnant l'origine professionnelle d'une pathologie sont tenus de la déclarer, sous peine d'amende. En conséquence, les déclarations de maladies professionnelles sont dans la grande majorité des cas effectuées par le corps médical (à 70% environ en Allemagne, et près de 90% au Danemark). Au Danemark, le patient ne peut s'opposer à l'envoi de la déclaration de maladie professionnelle par le médecin, mais peut signaler son opposition à la caisse, qui interrompt alors l'instruction de la demande (5% des cas environ, concernant essentiellement des pathologies psychiques, des maladies de la peau et des hypoacusies).

S'agissant du rôle de l'employeur et du salarié dans la déclaration de maladie professionnelle, l'Italie a mis en place un dispositif original, dans lequel, même si les maladies d'origine potentiellement professionnelle doivent être signalées par le médecin à l'agence sanitaire locale et aux services de l'inspection du travail, c'est formellement l'employeur qui effectue la déclaration de maladie professionnelle, accompagnée d'un certificat médical, auprès de la caisse. S'agissant des salariés, ils bénéficient fréquemment d'un accompagnement par les syndicats, notamment pour les maladies non inscrites sur les listes, via les « patronati », mis en place au sein de chaque confédération syndicale afin d'accompagner gratuitement les travailleurs dans leurs démarches en matière de sécurité sociale.

S'agissant de l'intérêt pour un assuré de voir sa pathologie reconnue comme d'origine professionnelle :

- L'Allemagne indemnise beaucoup un petit nombre de pathologies lourdes (même si ce constat est atténué par la suppression, au 1^{er} janvier 2021, de la distinction entre reconnaissances formelles et informelles, cf. supra), alors que la France indemnise modérément beaucoup de pathologies d'un niveau d'inégalité gravité, ce qui induit évidemment des comportements très différents chez les assurés ;
- La propension d'un assuré à déclarer une maladie professionnelle, et à s'engager dans des démarches dont on sait que la complexité constitue l'une des principales causes de sous-déclaration, peut être influencée par la connaissance de la probabilité de reconnaissance ; à cet égard, le système français incite davantage à la déclaration que le système danois, compte tenu de leurs taux de reconnaissance respectifs (46% contre 23%).

Par ailleurs, l'exposition aux différents facteurs de risques professionnels et les actions de prévention et de sensibilisation à leurs effets sur la santé engagées peuvent expliquer à la fois la prévalence plus ou moins forte de certaines maladies professionnelles dans les différents pays et leur déclaration.

Enfin, certains pays ont mis en place des démarches proactives visant à détecter l'origine professionnelle des pathologies, qui peuvent favoriser leur déclaration en tant que maladies professionnelles :

- Certains dispositifs interviennent en amont, pour améliorer la détection des maladies, notamment des cancers qui présentent souvent un long délai de latence, et dont l'origine professionnelle n'est pas toujours aisée à démontrer. Ainsi en Allemagne, un dispositif spécifique de suivi post-professionnel des travailleurs ayant été exposés au cours de leur carrière à des agents cancérigènes est mis en place par l'employeur ou, lorsque la relation de travail cesse, par la DGUV. Ce suivi concerne notamment l'exposition à des poussières d'amiante, des poussières de silice, des poussières minérales synthétiques ou d'autres substances ou mélanges cancérigènes ou mutagènes, ainsi qu'à des rayonnements ionisants. De manière analogue dans d'autres pays que ceux mentionnés supra, en Belgique, un dispositif gratuit de suivi post-professionnel a été mis en place par la sécurité sociale pour les anciens travailleurs du bois d'au moins 55 ans, afin de faciliter la détection précoce des cancers du nez et des sinus ;
- Dans d'autres pays, les initiatives ciblent les personnes déjà malades. Il s'agit alors, grâce notamment à des recoupements de données, de déceler si la maladie est susceptible d'avoir une origine professionnelle – à l'instar de l'expérimentation française sur l'origine potentiellement professionnelle des cancers de la vessie. En Italie, une initiative menée dans la province de Brescia a permis de renforcer le repérage des cancers pulmonaires : au sein de l'établissement hospitalier, l'unité chargée du suivi médical réalise une première anamnèse professionnelle pour ses patients atteints de cancers pulmonaires et la transmet, le cas échéant, au service de médecine du travail de l'hôpital, qui effectue une expertise plus approfondie ; s'il suspecte l'origine professionnelle de la maladie, il en informe l'unité chargée du suivi du patient et lui explique les démarches à suivre pour déclarer une maladie professionnelle. Au Danemark, un mécanisme de signalement automatique entre le registre des cancers et l'assurance AT-MP permet de favoriser la

détection des mésothéliomes et cancers des fosses nasales d'origine potentiellement professionnelle. En-dehors des pays du panel mentionnés supra, en Espagne, et plus spécifiquement dans la région de Valence (même si la démarche a ensuite été dupliquée dans d'autres communautés autonomes), des systèmes d'information permettent de faciliter la déclaration des maladies professionnelles : en effet, lorsque le médecin renseigne dans le dossier médical du patient le diagnostic de la maladie, il reçoit une alerte, le cas échéant, sur son origine professionnelle et les facteurs de risques professionnels à investiguer ; le médecin peut ensuite, selon le cas, déclarer la maladie professionnelle ou recueillir l'expertise de l'unité de santé au travail du centre de santé publique local (qui constitue l'équivalent des CRPPE français).

2.1.2.2. – Des disparités spécifiques à certaines pathologies

Les dermatoses et hypoacusies font au Danemark et en Allemagne l'objet de nombreuses demandes (pour les hypoacusies, 29 pour 100 000 assurés en Allemagne, et 89 au Danemark, et pour les dermatoses, 45 en Allemagne et 73 au Danemark) alors qu'en France (et en Italie), ces pathologies représentent une très faible quotité. Les décisions de reconnaissance accentuent encore cette disparité : pour les dermatoses, le nombre de reconnaissances pour 100 000 assurés est de 42 au Danemark et de 39 en Allemagne, et il est, pour les hypoacusies, de 25 au Danemark et de 14 en Allemagne ; en France, il se situerait (selon des estimations) autour de 2 pour les dermatoses (soit un niveau proche de celui de l'Italie), et 1 pour les hypoacusies. Certes, ces écarts peuvent partiellement s'expliquer par les caractéristiques du tissu économique des différents pays (par exemple par le poids plus fort de l'industrie chimique en Allemagne, qui totalise, à elle seule, près de 30% du chiffres d'affaires total de l'Union européenne) ou à des disparités en matière de prévention, mais ils semblent aussi relever de différences de pratiques en termes de déclaration de ces maladies professionnelles.

On notera aussi la différence de traitement des troubles psychiques selon les pays¹³¹ : si on comptabilise 10 déclarations pour 100 000 assurés en France contre 132 au Danemark (soit un nombre de déclarations 13 fois supérieur au Danemark, où les pathologies psychiques arrivent au 2^{ème} rang des demandes de reconnaissance), le taux de reconnaissance est de 51% en France contre 9% au Danemark ; au total, le nombre de reconnaissances pour 100 000 assurés n'est donc que deux fois plus élevé au Danemark (12) qu'en France (5). Pour ces pathologies, les différences en termes de déclaration et de reconnaissance s'expliquent en grande partie par la diversité des systèmes de reconnaissance. En particulier, et comme rappelé supra (en partie 1.3.3), le Danemark et l'Italie (ainsi que, en-dehors du panel des pays ici examinés, la Suède) sont, avec la France, les seuls pays européens à reconnaître des pathologies psychiques en affections professionnelles. Parmi eux, seul le Danemark a inscrit certaines d'entre elles sur sa liste des maladies professionnelles : le syndrome de stress post-traumatique avec exposition longue (en cas d'exposition de moins de 5 jours, le syndrome est reconnu comme un accident du travail) et la dépression causée par la participation à un conflit armé ; la plupart des cas reconnus le sont toutefois hors liste. A noter par ailleurs qu'une majorité d'affections psychiques reconnues en maladies professionnelles au Danemark concernent des agents publics (personnel pénitentiaire, personnel soignant, enseignants) – ce qui complique les comparaisons avec la France, dont les statistiques sont ciblées sur les salariés du secteur privé. En-dehors du Danemark, les affections psychiques ne peuvent être reconnues d'origine professionnelle que dans le cadre de la voie complémentaire (en Italie, en Suède et en France). En Italie, l'INAIL, qui a entériné en 2003 une pratique de reconnaissance initiée au milieu des années 1990, ne retient toutefois qu'une acceptation restrictive du risque psychosocial. En effet, les cas de pathologies psychiques ne peuvent être reconnus que si le travailleur a été exposé à des incohérences dans le processus d'organisation du travail. Sont ainsi exclus du risque couvert les facteurs d'organisation liés au déroulement normal du rapport du travail comme les licenciements ou les réaffectations. Sont en revanche couverts, à titre d'exemple, l'interdiction systématique ou structurelle à l'accès à l'information ou l'exclusion répétée du salarié des initiatives de formation, de requalification ou de mise à jour professionnelles. En-dehors de ces quatre pays, et notamment en Allemagne, il n'existe pas de voie complémentaire de reconnaissance dans le cadre de laquelle les affections psychiques pourraient être reconnues en maladies professionnelles.

Concernant les TMS, la France se caractérise par un niveau élevé tant en termes de déclaration (463 pour 100 000 assurés, soit 2,2 fois plus qu'en Italie, 2,5 fois plus qu'au Danemark et 20 fois plus qu'en Allemagne) que de reconnaissance (le taux de reconnaissance y étant de 69%, contre 40% en Italie, 16% au Danemark et 13,5% en Allemagne). Aussi, si les TMS représentent une proportion à peu près équivalente des maladies professionnelles reconnues en France (87,5%) et en Italie (78,9%), leur poids est largement inférieur au Danemark (22,2%) et, surtout, en Allemagne (3,9%). Ces disparités ne semblent pas s'expliquer par des différences de prévalence (les campagnes de prévention des TMS sont déployées dans tous les pays), ni par la sensibilisation potentiellement plus ou moins forte des assurés à l'origine professionnelle de ces pathologies (car le lien entre l'activité professionnelle et les TMS

est de ceux qui sont les plus évidents aux yeux des patients), mais essentiellement par la diversité des systèmes de réparation. En particulier, comme mentionné infra, les TMS ne sont pas systématiquement indemnisés en Allemagne (en tout cas ne l'étaient pas à la date à laquelle les statistiques ont été établies) – alors qu'ils entraînent une réparation en France. De plus, comme mentionné supra, la probabilité plus ou moins forte de voir la demande de reconnaissance aboutir peut influencer le nombre de déclarations – ce qui contribuerait, là aussi, à expliquer le niveau élevé des demandes en France.

Tableau 8 : Nombre de reconnaissances de TMS dans divers pays européens

		Nombre de demandes	Nombre de demandes pour 100 000 assurés	Nombre de cas reconnus	Taux de reconnaissance (en %)	Total des MP reconnues (toutes pathologies confondues)	Proportion des TMS parmi les MP reconnues (en %)
Dans le panel	Allemagne (2018)	10 871	23	1 467	13,5%	38 005	3,9%
	Danemark (2018)	5 244	184	839	16%	3 778	22,2%
	Italie (2018)	35 700	210	14 280	40%	18 096	78,9%
	France (2013)	86 382	463	60 018	69%	68 556	87,5%
Hors panel	Autriche (2014)	n.d.	n.d.	40	n.d.	1 129	3,5%
	Belgique (2014)	8 062	n.d.	2 498	31%	3 609	69,2%
	Espagne (2014)	n.d.	n.d.	12 860	n.d.	17 260	74,5%
	Suède (2014)	710	n.d.	344	48%	1 089	31,6%
	Suisse (2014)	505	n.d.	221	44%	2 152	10,3%

Source : Eurogip, Rapport 155/F et 120/F¹⁶³

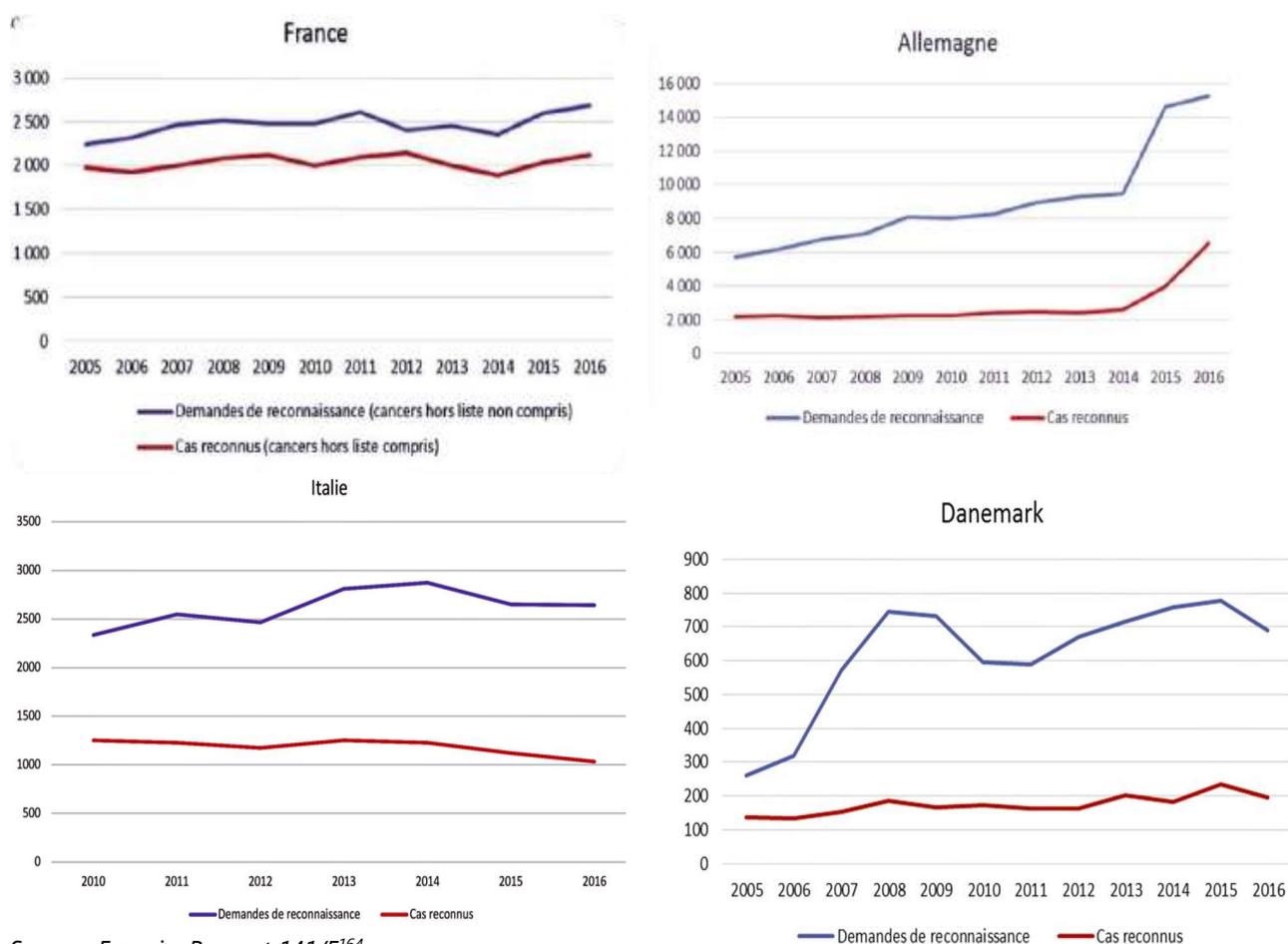
Concernant les cancers, les disparités entre pays sont moins fortes que celles observées pour les dermatoses, hypoacusies, affections psychiques et TMS – même si elles demeurent importantes, notamment entre la France et l'Allemagne. S'agissant ainsi des déclarations, leur nombre va de 14 pour 100 000 assurés en France, 15 en Italie, 21 au Danemark, à 37 en Allemagne (soit 2,6 fois plus qu'en France). Concernant les reconnaissances, le taux est, inversement, plus élevé en France (79%) qu'en Italie (39%), en Allemagne (37%) et au Danemark (28%). Ainsi, au total, l'Allemagne et la France reconnaissent un nombre assez similaire de cancers professionnels (14 pour 100 000 assurés en Allemagne contre 11 en France) – assez nettement supérieur à celui du Danemark et de l'Italie. Ces deux pays reconnaissent en effet le même nombre de cancers professionnels (6 pour 100 000 assurés) : le Danemark se caractérise par un niveau de déclaration un peu plus élevé que celui de l'Italie (21 pour 100 000 assurés, contre 15), mais l'Italie présente un taux de reconnaissance plus élevé (39%, contre 29%). La partie infra détaille les évolutions du nombre de cancers au cours des dix dernières années, ainsi que leur répartition par pathologie.

2.1.3. – Les cancers professionnels

Une étude publiée par Eurogip en 2018 fournit les données suivantes pour l'année 2016.

¹⁶³ <https://eurogip.fr/wp-content/uploads/2020/07/Eurogip-155F-Etablir-l-origine-professionnelle-d-une-maladie.pdf> ; <https://eurogip.fr/wp-content/uploads/2019/11/EUROGIP-120F-RecoTMS-Europe.pdf>

Graphique 5 : Evolution du nombre de cancers d'origine professionnelle reconnus entre 2005 et 2016



Source : Eurogip, Rapport 141/F¹⁶⁴

Si le nombre de cancers professionnels (déclarés et reconnus) est resté relativement stable en France entre 2005 et 2015 – et, dans une moindre mesure, en Italie entre 2010 et 2015 (même si on constate à partir de 2014 un léger infléchissement du nombre de cas reconnus), la situation est plus contrastée en Allemagne et au Danemark. En Allemagne en effet, le nombre de demandes de reconnaissance augmente tendanciellement depuis 2005, et a connu un pic à partir de 2015 – tout comme le nombre de reconnaissances, en lien avec l’inscription sur la liste des maladies professionnelles du cancer de la peau lié aux UV naturels (voir tableau 9 ci-dessous). Au Danemark, le nombre de demandes a fortement augmenté entre 2005 et 2015, ce qui pourrait s’expliquer, d’une part, par la refonte de la liste de maladies professionnelles en 2005 (avec l’inscription de nouvelles formes de cancers, et facteurs de risques susceptibles de provoquer des cancers) et, d’autre part, par le lancement en 2007 d’un dispositif visant à améliorer la détection des mésothéliomes et cancers des fosses nasales d’origine potentiellement professionnelle (cf. supra., en partie 2.1.2.1.)¹⁶⁵. Le nombre de reconnaissances n’a toutefois pas connu d’évolution significative sur la période ; s’agissant des mésothéliomes en particulier, il semblerait que les signalements effectués dans le cadre du dispositif reposent parfois sur des diagnostics erronés – et, plus globalement, que certaines victimes ou leurs ayants droit refusent l’instruction de leur demande (puisque, comme rappelé supra en partie 2.1.2.1, la déclaration n’est pas faite au Danemark par la victime, mais celle-ci peut s’opposer à son instruction par l’assurance AT-MP).

¹⁶⁴ https://eurogip.fr/wp-content/uploads/2019/11/Eurogip-141F-Sinistralite-Reperage_cancers_professionnels_Europe.pdf

¹⁶⁵ Ce dispositif a conduit à une hausse importante du nombre de déclarations, concernant à la fois les mésothéliomes (141 déclarations en 2007 et 155 en 2009, contre 92 en 2006) et les cancers des fosses nasales (84 déclarations en 2007 et 151 en 2008, contre 6 en 2006).

Tableau 9 : Nombre de cancers de la peau liés aux UV reconnus en Allemagne entre 2015 et 2018

	2015	2017	2018
Déclarations	5 531	6 375	7 467
Cas reconnus	1 485	3 887	4 255

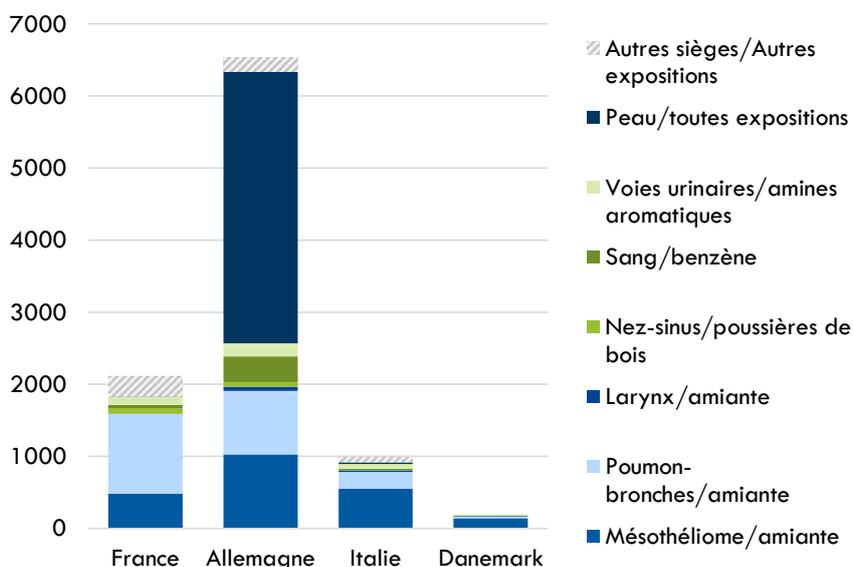
Source : Eurogip, Rapport 155/F¹⁶⁶

Dans la plupart des pays (cf. graphique 6 infra), les cancers provoqués par les poussières d’amiante constituent l’écrasante majorité des cancers reconnus (75% en France, 79% en Italie et 89% au Danemark). L’Allemagne fait, à cet égard, figure d’exception, puisque les cancers liés à l’amiante n’y représentent que 29% des cancers reconnus, les cancers de la peau constituant, depuis 2015, la majorité des cancers reconnus (58%). Parmi les pathologies cancéreuses liées à l’amiante (hors plaques pleurales et asbestoses), la France se caractérise par une forte proportion de cancers broncho-pulmonaires (70% des cancers liés à l’amiante), là où les mésothéliomes (cancers de la plèvre, du péritoine et du péricarde) dominant ailleurs, notamment en Italie (70%), au Danemark (84%) et, dans une moindre mesure, en Allemagne (54%).

En-dehors des cancers liés à l’amiante, les autres cancers reconnus en maladies professionnelles sont, en particulier, les suivants :

- Le cancer naso-sinusal causé par les poussières de bois (Autriche 15%, Belgique 7%, France 4%, Allemagne 1%, Suisse 1%) ;
- Le cancer des voies urinaires causé par les amines aromatiques (Italie 7%, Danemark 6% toutes expositions confondues, France 6%, Allemagne 4%, Suisse 2%) ;
- La leucémie causée par le benzène (Allemagne 8%, France 2%, Italie 2%, Belgique 1%, Suisse 1%).

Graphique 6 : Répartition des cancers d’origine professionnelle dans 4 pays européens en 2016



Source : Eurogip, Rapport 141/F¹⁶⁷

2.2. – Les accidents du travail

Les comparaisons entre pays sont également délicates pour les accidents du travail. En effet, si la plupart des pays européens partagent la définition de l’accident du travail – considéré comme un événement ponctuel et soudain survenant au cours de l’activité professionnelle – le seuil de déclaration peut varier. Ainsi, tous les accidents du travail doivent être déclarés par l’employeur en France (y compris les accidents bénins, n’ayant entraîné ni soins ni

¹⁶⁶ https://eurogip.fr/wp-content/uploads/2020/07/Eurogip-155F_Etablir-l-origine-professionnelle-d-une-maladie.pdf

¹⁶⁷ https://eurogip.fr/wp-content/uploads/2019/11/Eurogip-141F-Sinistralite-Reperage_cancers_professionnels_Europe.pdf

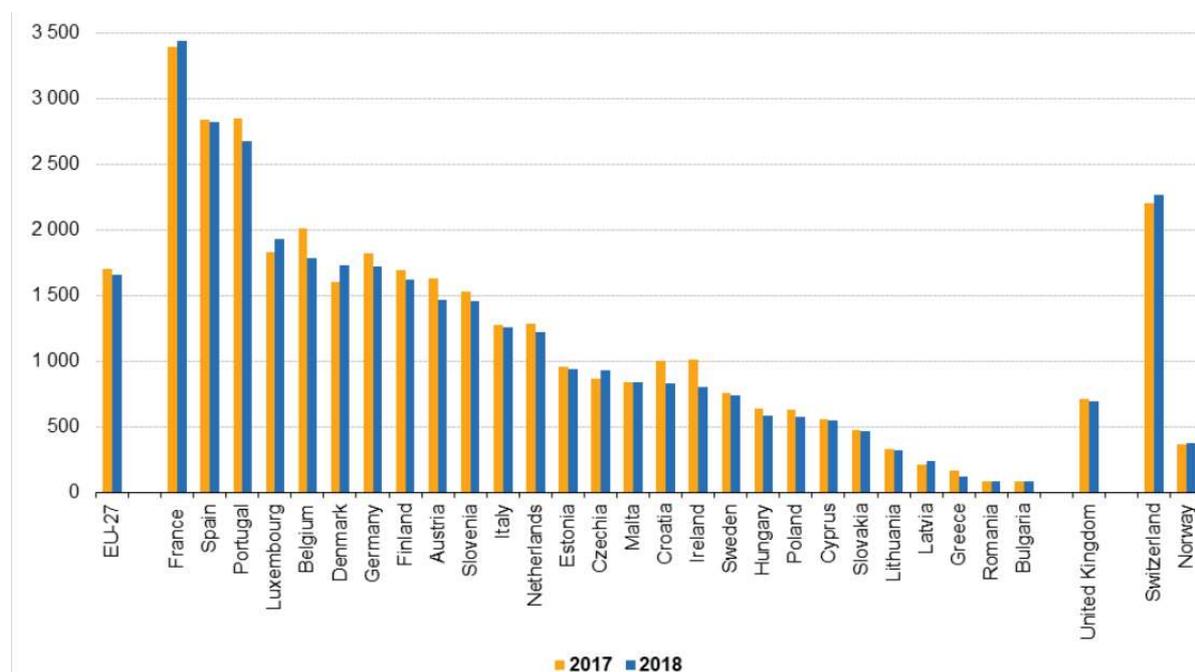
arrêt de travail, même s'ils peuvent faire l'objet d'une inscription dans le registre des accidents du travail bénins plutôt que d'une déclaration de droit commun). En Allemagne, en Belgique et en Espagne en revanche, la déclaration par l'employeur n'est obligatoire qu'au-delà d'une certaine durée d'arrêt de travail : un jour en Belgique et en Espagne, trois jours en Allemagne. Par ailleurs, les critères de reconnaissance de l'origine professionnelle peuvent différer entre les pays : par exemple, la mort « naturelle » sur le lieu de travail – sans lien apparent avec l'activité professionnelle – est présumée, en France, résulter d'un accident du travail, ce qui n'est pas le cas en Allemagne ou en Belgique.

Il s'ensuit que les comparaisons ne sont possibles entre pays qu'à condition de neutraliser les principales spécificités de chaque système et de ne cibler que les accidents du travail qui obéissent à des règles communes (en particulier les arrêts d'au moins quatre jours d'arrêt de travail, cf. infra).

2.2.1. – Les accidents du travail non mortels

Les données d'Eurostat montrent, d'une part, que la France est le pays européen où les accidents du travail non mortels avec arrêt d'au moins quatre jours sont les plus nombreux et, d'autre part, que les écarts entre pays sont très importants (entre 100 et 3 400 accidents pour 100 000 salariés) – ce qui peut traduire, dans certains pays, une plus faible sinistralité ou, plus probablement et comme le note Eurostat, une importante sous-déclaration. Eurostat souligne par ailleurs que les pays à plus faible taux d'incidence coïncident souvent avec ceux qui n'offrent pas de réparation spécifique des AT-MP, indemnisés dans le cadre de l'assurance maladie de droit commun : c'est le cas, en particulier, de la Grèce, de la Hongrie, de la Croatie et de l'Estonie et, dans une moindre mesure, de la Slovénie et des Pays-Bas.

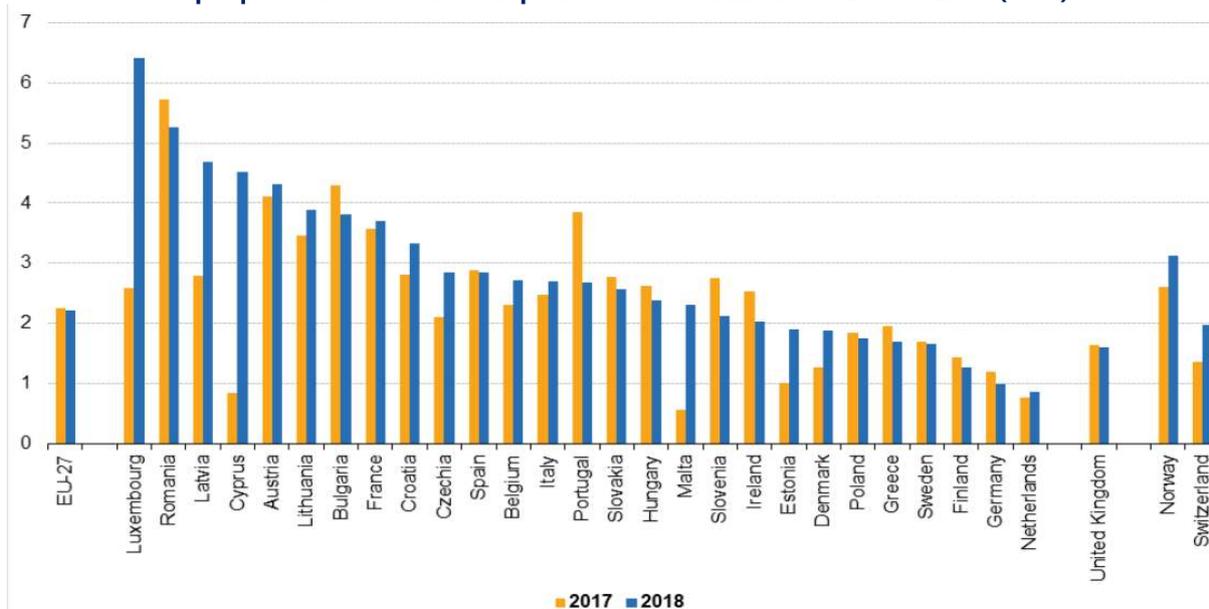
Graphique 7 : accidents non mortels ayant entraîné au moins quatre jours d'arrêt pour 100 000 travailleurs en 2017 et 2018 (ratio)



Source : Eurostat, Accidents at work statistics, https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Accidents_at_work_statistics

2.2.2. – Les accidents du travail mortels

Graphique 8 : accidents mortels pour 100 000 travailleurs en 2017 et 2018 (ratio)



Source : Eurostat, Accidents at work statistics, https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Accidents_at_work_statistics

Les disparités entre pays européens sont également importantes s'agissant des accidents du travail mortels, même si les écarts sont moindres que pour les autres accidents du travail (de moins de 1 à plus de 6 pour 100 000 travailleurs). Par ailleurs, la France, même si elle présente un niveau plus élevé que la moyenne européenne, n'est pas le pays connaissant le plus fort nombre d'accidents du travail mortels. L'explication de ces disparités ne devrait pas tenir au facteur sous-déclaration, qui ne devrait plus être opérant (il est en effet difficile de dissimuler un accident mortel au travail) ; en revanche, le facteur lié à l'application ou non du principe de présomption d'imputabilité pour les morts « naturelles » pourrait jouer un rôle.

La France se singularise par un taux de reconnaissance élevé des troubles musculo-squelettiques et des affections psychiques, qu'elle est l'un des seuls pays européens à reconnaître avec le Danemark, l'Italie et la Suède. S'agissant des cancers, toujours en France, les pathologies malignes broncho-pulmonaires liées à l'amiante sont les cancers qui font l'objet du plus grand nombre de reconnaissances, alors que les cancers les plus reconnus sont, en Italie et au Danemark, les mésothéliomes et, en Allemagne, les cancers de la peau.

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

La commission a procédé à l'évaluation du coût subi par la branche maladie résultant de la sous-déclaration des sinistres d'origine professionnelle.

La méthodologie d'évaluation de la sous-déclaration consiste, par pathologie ou groupe de pathologies, à estimer un nombre de cas dans la population générale à partir de résultats d'études épidémiologiques. Dans un second temps, les cas reconnus et pris en charge au titre de la branche AT-MP sont soustraits, permettant d'estimer un nombre de cas sous-déclarés. Hypothèse est faite que ces personnes, prises en charge par la branche maladie, ont nécessité une prise en charge équivalente – cf. méthodologie détaillée infra – à celle en moyenne constatée pour les assurés touchés par la même pathologie et pris en charge par la branche AT-MP. C'est pourquoi les rentes perçues au titre des AT-MP, qui n'ont pas d'équivalent pour la branche maladie, sont exclues du champ.

Le parti pris d'ensemble de la commission, comme lors des exercices précédents, consiste à se limiter au champ des pathologies dont le caractère professionnel pourrait être reconnu dans le cadre du dispositif juridique actuel. Par conséquent, elle aboutit nécessairement à des résultats inférieurs à ce qu'est probablement l'ampleur effective des maladies d'origine professionnelle qui reste, en tout état de cause, mal connue¹⁶⁸.

Cette partie s'articule autour de quatre points. Le premier présente un panorama des éléments quantitatifs relatifs aux accidents du travail, de trajet et aux maladies professionnelles dont le suivi est assuré par la direction des risques professionnels (DRP) de la CNAM (3.1.). Le deuxième point présente les études épidémiologiques sur lesquelles se fonde l'évaluation du nombre de sinistres sous-déclarés. La commission réunie en 2021 a ainsi fait le choix d'élargir le champ de son estimation aux pathologies non cancéreuses liées à l'amiante, dans la mesure où elles représentent une proportion importante des maladies professionnelles reconnues en lien avec l'amiante, et s'est attachée à fournir une estimation de la sous-déclaration des pathologies psychiques liées au travail les plus sévères, même si les difficultés méthodologiques qu'elle soulève conduisent à ne pas l'intégrer au chiffrage global de la sous-déclaration (3.2.). Le troisième point fait état de l'évaluation des coûts moyens des accidents et maladies étudiés par la commission (3.3.). Enfin, la dernière partie synthétise ces éléments pour déduire une évaluation du coût supporté par la branche maladie en lien avec la sous-déclaration des AT-MP (3.4.).

Le précédent rapport avait évalué le coût de la sous-déclaration pour la branche maladie du régime général de sécurité sociale à un montant compris entre 813 et 1 528 M€. Cela correspondait à une hausse significative relativement au rapport de 2014, qui évaluait le coût entre 695 et 1 323 M€. Cette évolution à la hausse s'expliquait notamment par l'augmentation des coûts de prise en charge et des effectifs, en particulier sur les affections péri-articulaires. Le montant relatif aux accidents du travail n'avait pas sensiblement évolué entre 2014 et 2017, sous l'effet divergent d'une hausse importante du nombre de cas sous-déclarés et d'une forte baisse du coût moyen des pathologies y afférentes.

Le présent rapport évalue entre 1,230 et 2,112 Md€ le coût de la sous-déclaration pour la branche maladie du régime général. L'augmentation relativement au précédent rapport s'explique cependant davantage par la disponibilité et la pertinence d'études épidémiologiques plus nombreuses et récentes que par une hausse des effectifs ou des coûts.

La borne inférieure de coût de sous-déclaration augmente de 417 M€, ce qui s'explique pour près des deux tiers par l'actualisation d'études scientifiques ; plus précisément, de nouvelles données sont disponibles, notamment relatives à l'asthme, aux BPCO et aux dermatoses (ce qui explique 19% de la hausse), et les dernières tendances épidémiologiques conduisent à supprimer les abattements de prudence retenus par la dernière commission (45% de la hausse).

L'actualisation des coûts et des effectifs reconnus par la branche (17%), et de la méthode employée pour évaluer la sous-déclaration afférente aux cancers et aux accidents du travail (20%), explique le reste de la hausse.

¹⁶⁸ Voir notamment *Cent ans de sous-reconnaissance des maladies professionnelles*, sous la direction de C. Cavalin, E. Henry, J.-N. Jouzeul, J. Pélisse, 2020, Presses des Mines, Collection Sciences sociales.

Tableau 10 : Variation 2017-2021 des montants associés à la sous-déclaration par pathologie

Pathologies professionnelles		Cas sous-déclarés 2021	Cas sous-déclarés 2017	Coût moyen annuel 2021	Coût moyen annuel 2017	Coût de la sous-déclaration 2021 (en M€)	Coût de la sous-déclaration 2017 (en M€)
Principales affections périarticulaires	Canal carpien	4 100 à 15 600	11 500	3 280	2 950	13 à 51	34
	Tendinopathies de l'épaule	14 100 à 32 400	5 800	11 030	10 100	155 à 357	59
	Tendinopathies du coude	8 300 à 24 000	8 400	5 550	4 390	46 à 133	37
	Tendinopathies de la main et des doigts	5 000 à 7 600	2 900	3 950	3 290	20 à 30	10
Affections du rachis lombaire		1 300 à 5 700	2 000 à 6 700	12 270	10 950	15 à 70	22 à 73
Cancers professionnels		50 700 à 80 400	2,3% à 6%	7 670	3 290	384 à 612	319 à 830
Surdité		25 500	12 300	390	390	10	5
Dermatoses allergiques et irritatives		24 100	8 500 à 12 100	3 520	2 540	85	22 à 31
Asthme		152 100 à 205 000	107 100 à 161 200	2 130	1 830	323 à 436	196 à 295
BPCO		44 000 à 142 100	9 000 à 26 900	1 530	1 780	67 à 217	16 à 48
Asbestoses et plaques pleurales		500 à 1 100	Hors champ	1 340	Hors champ	1 à 2	Hors champ
Accidents du travail		750 400	337 700 à 384 800	83/293	280	110	93 à 106
Ensemble						1 230 à 2 112	813 à 1 528

NB : les bornes basses et hautes des estimations correspondent aux intervalles de confiance qui permettent de définir une marge d'erreur entre les résultats des études menées sur échantillon et la situation exhaustive en France métropolitaine.

3.1. – Le nombre de sinistres reconnus par la branche AT-MP a diminué de 10% entre 2010 et 2019¹⁶⁹

3.1.1. – Les accidents du travail : 4 sinistres reconnus sur 5 en 2018

Sur près de 1,1 million de sinistres constatés et reconnus en 2018, 81% concernent des accidents du travail, 13% des accidents de trajet et 6% des maladies professionnelles, ces proportions évoluant peu depuis 2010 (respectivement 82%, 11% et 6%, cf. tableau 11).

Le nombre d'accidents du travail est en baisse de 12% sur la période 2010-2019, soit - 1,3% en moyenne par an (cf. tableau 11 et graphique 9). Cette diminution est concentrée sur le début de la période et en particulier sur les années 2012 et 2013 (respectivement - 5,8% et - 4,1%). A l'inverse, il est en légère hausse sur la période 2015-2019 (+0,6%).

¹⁶⁹ Les éléments présentés mobilisent en grande partie le rapport d'évaluation des politiques de sécurité sociale (REPSS) AT-MP figurant en annexe du projet de loi de financement de la sécurité sociale et les rapports d'activité annuels de la branche AT-MP

Le nombre de maladies professionnelles évolue peu en longue période (- 3,4% entre 2010 et 2019). S'il a connu un pic en 2011, le nombre de nouveaux cas par an diminue jusqu'en 2016 et augmente depuis. Le nombre d'accidents de trajet a diminué jusqu'en 2015, avant de retrouver en 2019 le niveau de 2010.

Tableau 11 : Evolution 2010-2019 du nombre d'AT, d'accidents de trajet et de MP reconnus

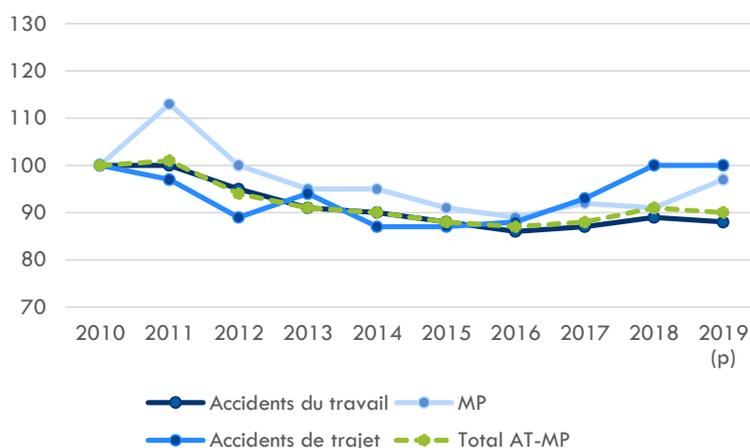
Catégorie de sinistre	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019 (e)	Part de sinistres (2019)
Accidents du travail <i>évolution annuelle</i>	996 900	1 001 500 0,5%	943 000 -5,8%	904 200 -4,1%	895 600 -1,0%	875 900 -2,2%	861 200 -1,7%	866 200 0,6%	892 000 3,0%	880 900 -1,2%	81%
Accidents de trajet <i>évolution annuelle</i>	137 600	133 400 -3,1%	123 000 -7,8%	129 700 5,4%	119 400 -7,9%	119 400 0%	121 400 1,7%	127 300 4,9%	137 800 8,2%	137 800 0%	13%
Maladies professionnelles <i>évolution annuelle</i>	71 400	80 400 12,6%	71 600 -10,9%	68 100 -4,9%	67 700 -0,6%	64 900 -4,1%	63 600 -2,0%	65 800 3,5%	65 100 -1,1%	69 000 6,0%	6%
Total AT-MP <i>évolution annuelle</i>	1 205 900	1 215 300 0,8%	1 137 600 -6,4%	1 102 000 -3,1%	1 082 700 -1,8%	1 060 200 -2,1%	1 046 200 -1,3%	1 059 300 1,3%	1 094 900 3,4%	1 087 700 -0,7%	/

Champ : régime général.

Source : rapport d'évaluation des politiques de sécurité sociale (REPS) AT-MP, fiche 1.2, à partir de données CNAM

Les accidents du travail étant les plus nombreux, ils influencent l'évolution globale du nombre de sinistres, qui est donc orientée à la baisse : - 10% sur la période 2010-2019 (cf. tableau 11 et graphique 9). Il est néanmoins en hausse pour les dernières années : +2,6% entre 2015 et 2019.

Graphique 9 : Evolution du nombre d'accidents du travail, d'accidents de trajet et de MP du régime général, de 2004 à 2015 (base 100 en 2004)



Champ : régime général

Source : rapport d'évaluation des politiques de sécurité sociale (REPS) AT-MP, fiche 1.2, à partir de données CNAM, calculs DSS

Trois quart des sinistres survenus en 2019 ont donné lieu à un arrêt, en hausse de 7 points de pourcentage comparativement à 2010 (74% vs 67%, cf. tableau 9). La part des sinistres avec arrêt est la plus dynamique pour les accidents du travail, en hausse de 8 points (74 vs 66% en 2010). L'effet est moins net pour les accidents de trajet (+ 1 point) ou les maladies professionnelles (+ 2 points).

La hausse de la part des sinistres avec arrêt, combinée à une baisse globale du nombre de sinistres, induit une stabilité du nombre de sinistres avec arrêt sur la période 2010-2019 (- 0,2%). Plus précisément, l'évolution est de

- 0,7% pour les accidents du travail, - 0,6% pour les maladies professionnelles, et +1,6% pour les accidents de trajet.

Tableau 12 : Evolution de la part des AT, d'accidents de trajet et MP avec arrêt de 2010 à 2019 (champ régime général)

Catégorie de sinistre	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019 (e)
Accidents du travail avec arrêt (*)	66,2%	67,0%	68,1%	68,4%	69,4%	71,4%	72,8%	73,1%	73,0%	74,4%
Accidents de trajet avec arrêt (**)	71,5%	75,0%	73,3%	72,0%	72,6%	73,5%	73,2%	72,8%	72,0%	72,6%
Maladies professionnelles avec arrêt (***)	71,0%	68,5%	75,4%	75,6%	76,2%	78,6%	76,7%	73,7%	76,0%	73,0%
Total AT-MP	67,0%	67,9%	69,0%	69,2%	70,1%	72,0%	73,0%	73,1%	73,1%	74,1%

Champ : régime général

Source : rapport d'évaluation des politiques de sécurité sociale (REPS) AT-MP, fiche 1.2, à partir de données CNAM, calculs DSS

(e) : estimé

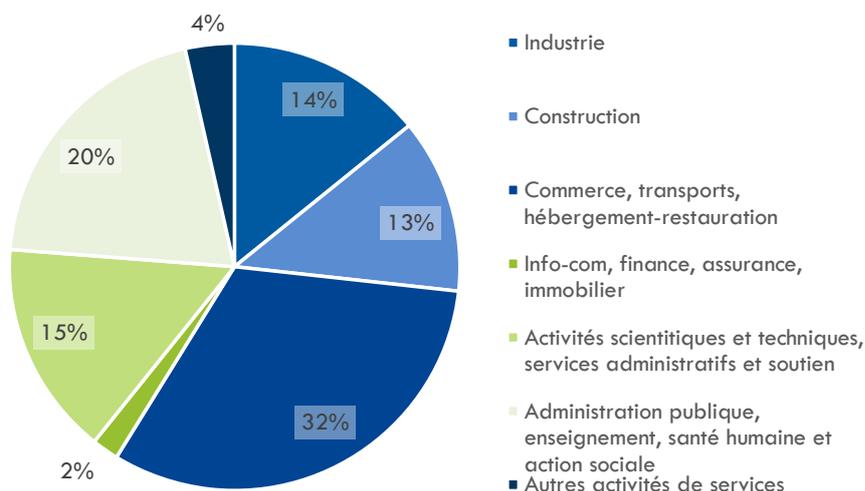
Note de lecture : en 2010, 66,2% des accidents du travail ont donné lieu à un arrêt ; c'est le cas de 74,4% de ceux de 2019.

3.1.2. – Le secteur de la construction est le plus « accidentogène »

3.1.2.1 – Au regard du nombre d'accidents du travail, une sinistralité particulièrement élevée dans le secteur de la construction

L'étude par secteur d'activité ou comités techniques nationaux (CTN) peut être réalisée en nombre de sinistres, c'est alors le secteur « commerce – transport – hébergement – restauration » qui regroupe le plus grand nombre d'accidents du travail, près du tiers (cf. graphique 10). Cependant, une telle analyse ne permet pas rigoureusement d'analyser le caractère « accidentogène », le nombre total de salariés variant selon le secteur.

Graphique 10 : Répartition des accidents du travail avec arrêt par secteur d'activité en 2019



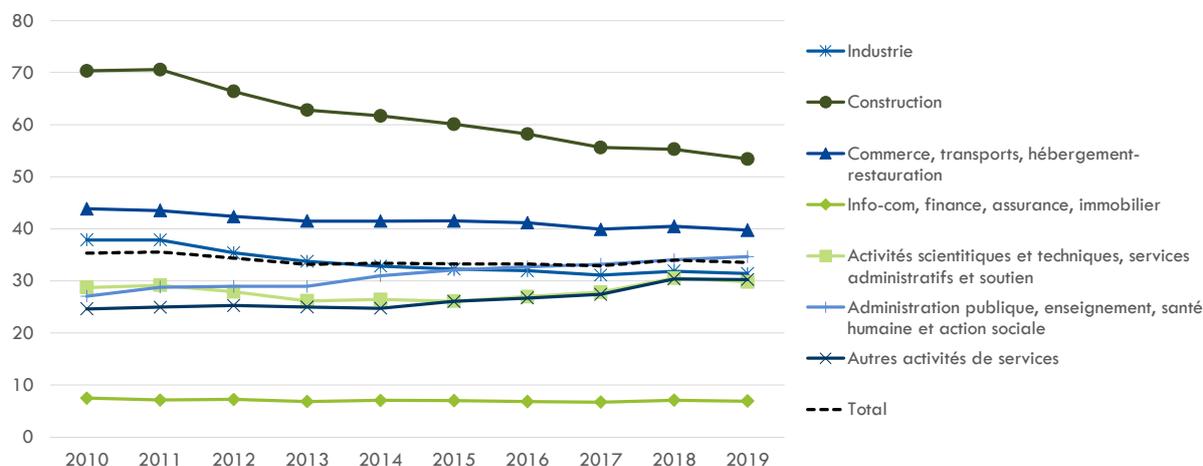
Source : CNAM – 2019

3.1.2.2. – En termes de fréquence, une sinistralité particulièrement élevée dans les secteurs de la construction (en accidents du travail et maladies professionnelles) et de l'industrie (en maladies professionnelles)

Compte tenu des biais qu'emporte une comparaison entre les secteurs en fonction du nombre d'accidents (cf.

supra), une approche par fréquence, mettant en regard les accidents du travail avec le nombre de salariés, est privilégiée. Le secteur le plus « accidentogène » est la construction, avec 53 accidents de travail avec arrêt pour 1 000 salariés en 2019, en diminution depuis 2010 : la fréquence était alors de 70 (cf. graphique 11 et tableau 13).

Graphique 11 : Fréquence des accidents du travail avec arrêt pour 1 000 employés, selon le secteur d'activité (CTN) de 2000 à 2015



Source : CNAM – 2019

Tableau 13 : Répartition des sinistres 2019, fréquence 2019 et évolution de la fréquence entre 2010 et 2019 par CTN pour 1 000 salariés pour les AT, accidents de trajet et MP avec arrêt (champ régime général)

	Répartition des sinistres par secteur			Fréquence (‰)			Evolution de la fréquence 2010 / 2019		
	AT	Accident de trajet	MP	AT	Accident de trajet	MP	AT	Accident de trajet	MP
Industrie	14%	11%	29%	31,4	3,6	4,7	-17%	-9,1%	-5,1%
Construction	13%	5%	15%	53,4	2,9	4,6	-24,1%	-33,6%	24,5%
Commerce, transports, hébergement-restauration	32%	30%	27%	39,8	5,7	2,3	-9,3%	-6,2%	7,1%
Info-com, finance, assurance, immobilier	2%	8%	2%	6,9	4,5	0,4	-7,3%	0,6%	3,1%
Activités scientifiques et techniques, services administratifs et soutien	15%	19%	10%	29,8	5,6	1,3	3,7%	2,6%	8,1%
Administration publique, enseignement, santé humaine et action sociale	20%	23%	14%	34,6	5,8	1,7	28%	8,1%	27,1%
Autres activités de services	4%	4%	3%	30,3	5,1	2,1	22,9%	6,7%	32%
Total	100,0%	100,0%	100,0%	33,5	5,1	2,6	-5,1%	-2,8%	-3,7%

Source : CNAM (statistiques nationales technologiques AT-MP) - 2019

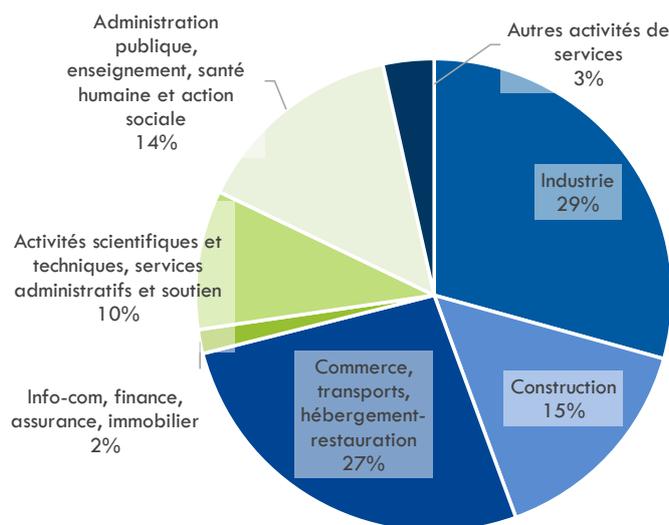
Dans le détail, la fréquence des **accidents du travail** avec arrêt, tous secteurs confondus, diminue de 5% entre 2010 et 2019. La baisse est la plus marquée dans les secteurs de la construction (- 24%) et de l'industrie (- 17%). A l'inverse, les secteurs administration publique-enseignement-santé humaine-action sociale et autres activités de service connaissent une forte augmentation de leur sinistralité avec respectivement + 28% et + 23% sur la période.

Avec 5,1‰, les accidents de trajet avec arrêt sont, tous secteurs confondus, six fois moins fréquents que les accidents du travail (33,5‰). C'est dans les secteurs administration publique-enseignement-santé humaine-action sociale et commerce-transport-hébergement-restauration que la fréquence des accidents de trajet est la plus élevée (~6‰). La fréquence des accidents de trajet a fortement diminué sur la période 2010-2019 dans les secteurs de la construction (- 34%) et de l'industrie (- 9%) mais a fortement augmenté dans le secteur administration publique-enseignement-santé humaine-action sociale (+ 8%) et les autres activités de service (+ 7%).

La ventilation par secteur des **maladies professionnelles** avec arrêt montre que les secteurs les plus accidentogènes sont ceux de l'industrie (29%), du commerce-transportshébergement-restauration (27%) et de la construction (15%) (cf. tableau 13 et graphique 12). Ces secteurs présentent des indices de fréquence, respectivement, de 4,7‰, 2,3‰ et 4,6‰ (cf. tableau 13 et graphique 13).

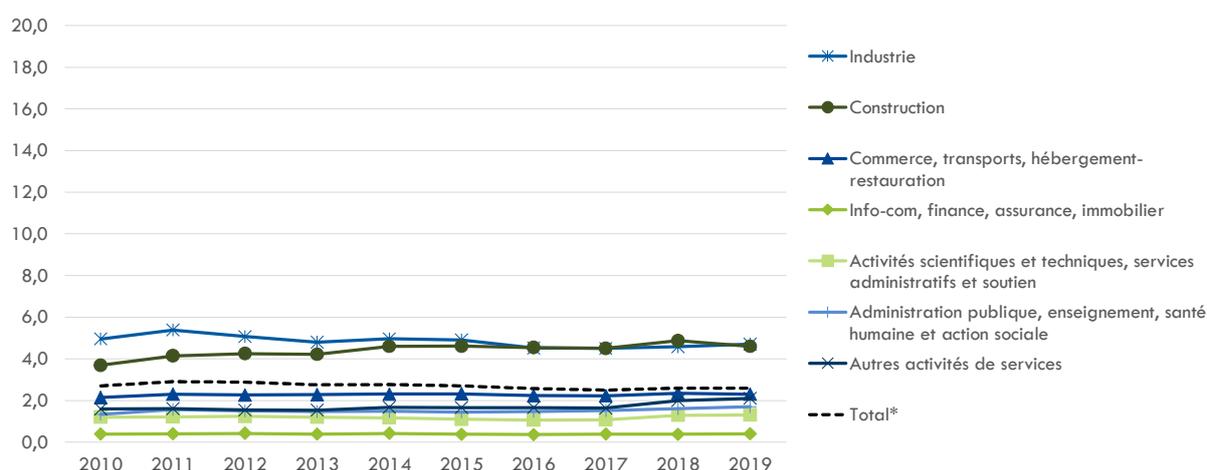
La fréquence des maladies professionnelles, tous secteurs confondus, est en baisse (-3,7%) sur la période 2010-2019. Les secteurs des autres activités de services, de l'administration publique, de l'enseignement, de la santé humaine et de l'action sociale et de la construction connaissent les augmentations de fréquence les plus importantes.

Graphique 12 : Répartition des maladies professionnelles avec arrêt par secteur d'activité en 2019



Source : CNAM - 2019

Graphique 13 : Fréquence des maladies professionnelles avec arrêt pour 1 000 employés, selon le secteur d'activité (CTN) de 2010 à 2019



*y compris secteur agricole et secteurs non identifiés

Note de lecture : afin de permettre une meilleure lisibilité, l'échelle diffère du graphique présenté sur les accidents du travail.

Source : CNAM – 2019

3.1.3. – Une baisse de la fréquence des accidents du travail et une augmentation de celle des maladies professionnelles en fonction de l'âge

La fréquence des accidents du travail et des accidents de trajet diminue en fonction de l'âge (cf. graphique 14). Ainsi, près du tiers des accidents du travail touchent des victimes de moins de 30 ans. Rapportée à l'effectif des actifs occupés, la fréquence des accidents du travail dans cette catégorie est de 39%. Cette sinistralité s'explique notamment par la part des activités intérimaires, fortement « accidentogènes », dans cette classe d'âge. La fréquence des accidents du travail avec arrêt décroît ensuite avec l'âge.

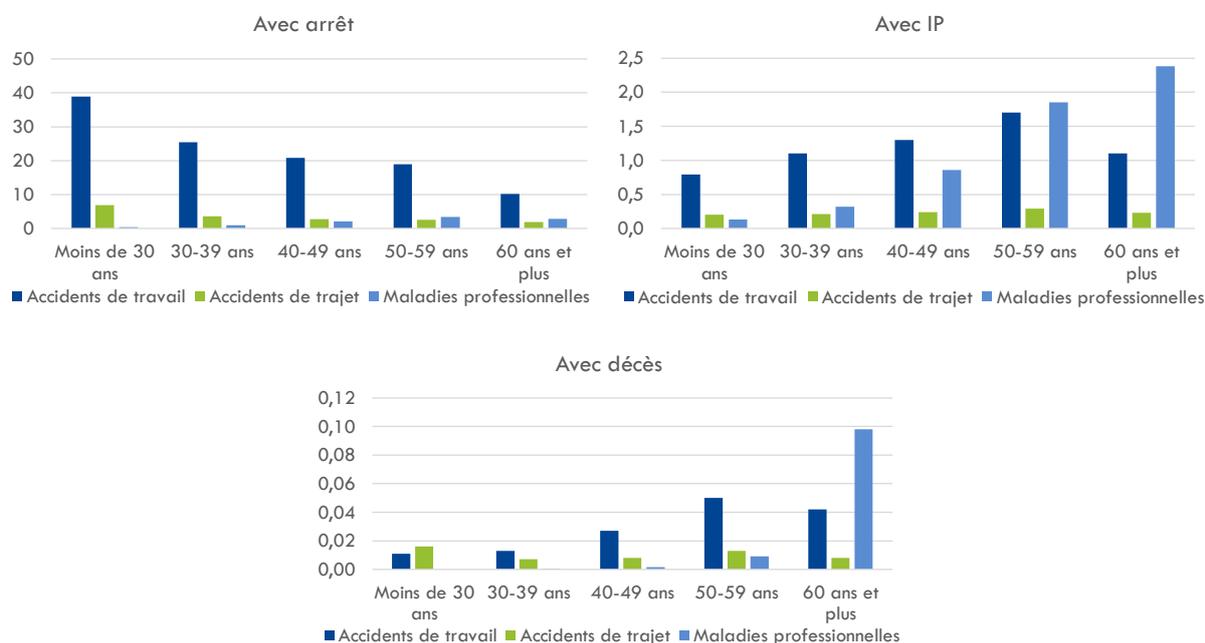
Comme pour les accidents de travail, un tiers des accidents de trajet avec arrêt concerne des personnes de moins de 30 ans, soit une fréquence, parmi les actifs occupés, de 7%. Celle-ci diminue régulièrement avec l'âge.

A l'inverse, la fréquence des maladies professionnelles avec arrêt augmente régulièrement avec l'âge. Cela peut s'expliquer par le délai de latence qui peut, pour certaines maladies, atteindre plusieurs dizaines d'années après l'exposition. C'est le cas en particulier des maladies de l'amiante, qui, en 2019, représentent 11% du flux des maladies professionnelles avec incapacité permanente nouvellement indemnisées par la branche AT-MP.

Pour les maladies professionnelles et, dans une moindre mesure, les accidents du travail et les accidents de trajet, la gravité augmente avec l'âge. Ainsi, le nombre d'accidents du travail ayant entraîné une incapacité permanente ou un décès, nettement moins nombreux, tend à augmenter légèrement avec l'âge jusqu'à la classe 50-59 ans. La fréquence des maladies professionnelles ayant entraîné une incapacité permanente ou un décès augmente fortement avec l'âge.

En moyenne, compte tenu des effets différenciés de l'âge sur la fréquence et la gravité des sinistres, au titre des accidents du travail, des accidents de trajet et des maladies professionnelles, les victimes de maladies professionnelles ayant perçu une rente pour la première fois au cours de l'année étaient âgées de 52 ans en 2015¹⁷⁰, contre 45 ans pour les victimes d'accident du travail ou d'accident de trajet.

Graphique 14 : Taux d'accidents du travail, de trajet et de maladies professionnelles pour 1 000 actifs occupés, selon l'âge, en 2019



Source : Calculs DSS sur la base de données CNAM 2019

¹⁷⁰ Il s'agit donc des victimes dont le taux d'incapacité permanente (IP, ci-après) est supérieur à 10%.

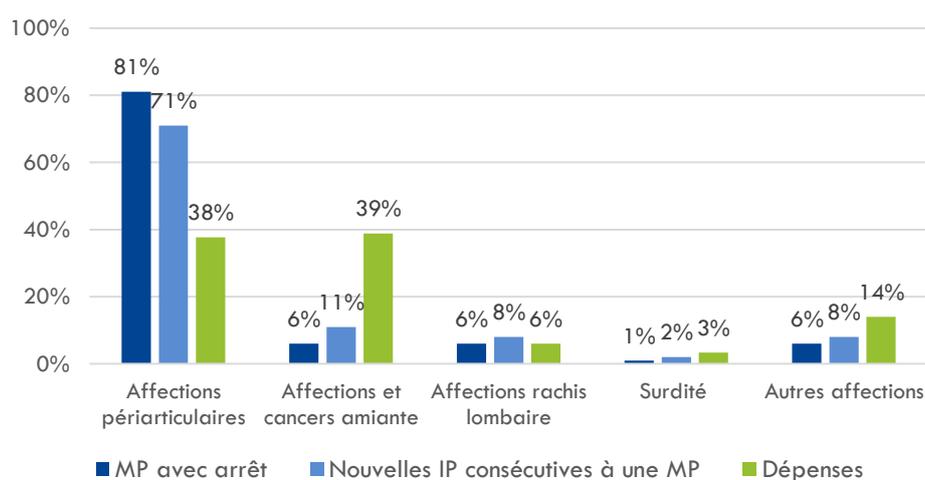
3.1.4. – Une large majorité (81%) d'affections péri-articulaires parmi les maladies professionnelles reconnues

Un petit nombre de pathologies concentre la plupart des maladies professionnelles reconnues. Sur les 50 400 maladies professionnelles avec arrêt dénombrées en 2019 par la CNAM, 81% correspondent à des affections péri-articulaires (visées au tableau n°57), 6% à des maladies dues à l'amiante (tableaux 30 et 30 bis), 6% à des affections chroniques du rachis lombaire (tableaux n°97 et n°98), 1% à des affections en lien avec la surdité (tableau n°42) (cf. graphique 15).

Parmi les maladies professionnelles avec arrêt, la moitié induisent une incapacité permanente et moins de 300 un décès. La répartition par pathologie des maladies professionnelles avec incapacité permanente diffère de la répartition par pathologie, car certaines maladies donnent plus souvent lieu à l'attribution d'un taux d'incapacité permanente : c'est le cas en particulier des maladies de l'amiante, en raison de leur gravité. Ainsi, 93% des maladies de l'amiante avec arrêt de travail recensées aux tableaux n°30 et n°30 bis ont donné lieu en 2019 à l'attribution d'une incapacité permanente contre la moitié pour l'ensemble des maladies professionnelles. Dès lors, les maladies dues à l'amiante occupent structurellement une part plus importante dans le total des maladies avec incapacité permanente : elle atteint 11% (contre 6% pour les maladies avec arrêt) alors qu'à l'inverse, la part des affections péri-articulaires est ramenée à environ 71% du total.

Les montants versés reflètent, quant à eux, directement la gravité de la pathologie. A titre d'illustration, les affections et cancers liés à l'amiante (dont la part dans l'ensemble des maladies professionnelles n'est que de 6%), représentent 39% des dépenses, soit légèrement plus que les affections péri-articulaires pourtant nettement plus nombreuses.

Graphique 15 : Répartition des effectifs et dépenses par pathologie



Source : CNAM (statistiques nationales technologiques AT-MP) – 2019 – calculs DSS

3.2 – Données épidémiologiques et de reconnaissance permettant d'apprécier la sous-déclaration des pathologies professionnelles et des accidents du travail

3.2.1. – Les troubles musculo-squelettiques

3.2.1.1. – Une augmentation des reconnaissances au titre des maladies professionnelles sur la période récente

En 2019, 41 000 assurés ont bénéficié d'un premier règlement de prestation par le régime général au titre de la reconnaissance d'une affection périarticulaire, dans le cadre du tableau n°57 (cf. encadré 5). Au total, pour l'ensemble des tableaux relatifs aux TMS (n°57, 69, 79, 97 et 98), le nombre de reconnaissances en premier règlement s'est établi à 44 500 – soit une hausse de 2% entre 2018 et 2019 (cf. graphique 16).

Encadré 5 : Les troubles musculo-squelettiques

Les troubles musculo-squelettiques (TMS) sont des pathologies qui affectent les tissus (tendons, gains 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). Elles se développent dans les secteurs d'activité où le travail est physique, répétitif et cyclique : commerce de détail (hypermarchés), BTP et industries alimentaires notamment. Certains contextes psychosociaux les favorisent (stress, précarité de l'emploi...).

Ces pathologies sont indemnisées, pour les assurés du régime général, au titre du :

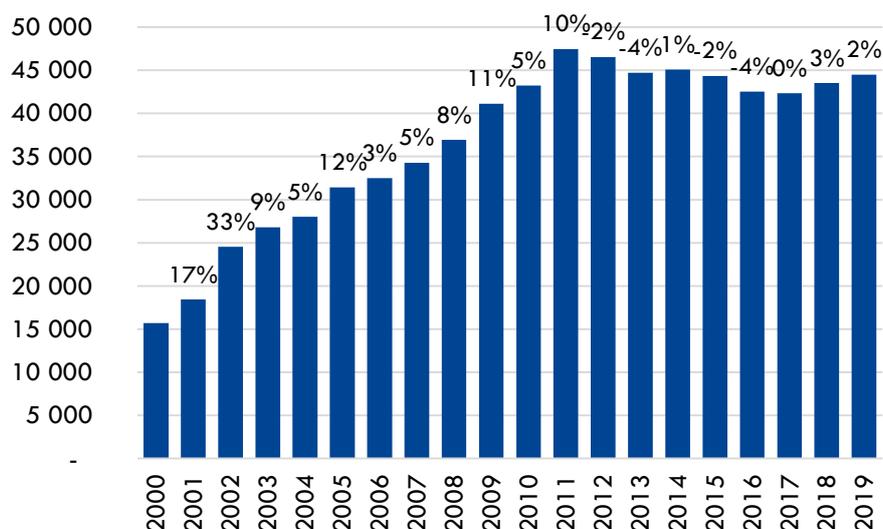
- Tableau n°57 (affections périarticulaires provoquées par certains gestes et postures de travail) : le tableau n°57 A permet ainsi la reconnaissance des affections périarticulaires de l'épaule, le tableau n°57 B celles du code, le tableau n°57 C celles du poignet (syndrome du canal carpien), le tableau n°57 D celles du genou et le tableau n°57 E celles de la cheville et du pied. Il faut noter que les affections des tableaux n°57 A, B et C concentrent la quasi-totalité des pathologies reconnues au titre du tableau n°57 (40 555 sur 40 771 en 2019)¹⁷¹ ;
- Tableau n°79 (lésions chroniques du ménisque) ;
- Tableau n°69 (affections provoquées par les vibrations et chocs transmis par certaines machines-outils, outils et objets et par les chocs itératifs du talon de la main sur les éléments fixes) ;
- Tableau n°97 (affections chroniques du rachis lombaire provoquées par des vibrations de basses et moyennes fréquences transmises au corps entier) ;
- Tableau n°98 (affections chroniques du rachis lombaire provoquées par la manutention manuelle de charges lourdes).

Les tableaux n°97 et n°98, créés en 1999, sont arrivés dès 2000 au deuxième rang des maladies professionnelles indemnisées en France, derrière les pathologies listées par le tableau n°57 mais juste devant les pathologies liées à l'amiante (2 928 pathologies reconnues au titre des tableaux n°97 et n°98 en 2019, contre 2 881 pour les pathologies liées à l'amiante). Toutefois, cette définition médico-légale ne recoupe pas le vocable « lombalgie/dorsalgie », certaines des pathologies de cette catégorie pouvant par conséquent être reconnues au titre de la procédure hors tableaux.

Le profil de l'évolution annuelle du nombre de nouvelles victimes reconnues (baisse en 2015 et 2016, stabilisation en 2017 avant une nette augmentation en 2018 et 2019) semble indiquer une tendance haussière après une période de baisse prononcée (cf. graphique 16). Cette tendance est cohérente avec les données de prévalence des TMS identifiées via le programme MCP (cf. encadré 6 infra). Ainsi, malgré les efforts de la branche AT-MP pour renforcer la prévention des TMS, le nombre de troubles musculo-squelettiques reconnus est reparti à la hausse au cours des dernières années.

¹⁷¹ Données CNAM/DRP.

Graphique 16 : Nombre et évolution annuelle du nombre de nouvelles victimes reconnues atteintes d'affections périarticulaires



Champ : MP en 1^{er} règlement au titre des tableaux n°57, 69, 79, 97 et 98.

Source : CNAM (statistiques nationales technologiques AT-MP) – 2019

Note de lecture : en 2001, 18 400 assurés ont été pris en charge en MP en 1^{er} règlement au titre des TMS par la CNAM-DRP. Cela représentait une hausse de 17% comparativement à l'année précédente.

3.2.1.2. – D'après les études épidémiologiques, une hausse de la prévalence des TMS

La principale source épidémiologique relative aux TMS est l'enquête MCP coordonnée par Santé publique France. Cet organisme calcule régulièrement, sur la base de cette enquête, des estimations des prévalences des principaux TMS.

Encadré 6 : L'enquête Maladies à Caractère Professionnel (MCP)

L'enjeu majeur en terme de santé publique des maladies à caractère professionnel (MCP) a conduit Santé publique France à mettre en place une surveillance épidémiologique de qualité pour identifier les priorités, quantifier et suivre les expositions professionnelles, les maladies en lien avec le travail et leurs conséquences sur l'emploi et la sous-reconnaissance des maladies professionnelles. Le programme a été lancé en 2003 sous forme expérimentale, dans la région des Pays-de-la-Loire, et couvre désormais 9 régions.

Santé publique France produit ainsi des indicateurs fiables et reproductibles adaptés aux enjeux actuels du monde du travail, portant à la fois sur les expositions professionnelles et sur les principales pathologies en lien avec le travail, sur lesquels les deux précédentes commissions s'appuyaient déjà.

Le dispositif MCP s'appuie un réseau de médecins du travail volontaires et leurs équipes qui signalent durant des périodes de 2 semaines prédéfinies 2 fois par an, les « Quinzaine MCP », l'ensemble des MCP qu'ils rencontrent au cours de leurs visites médicales. La fiche de signalement, anonyme, comporte des informations sur la (ou les) pathologie(s) et les agents d'exposition professionnelle en lien avec la pathologie signalée, sur l'emploi et le type de contrat du salarié concerné, et sur le secteur d'activité de l'entreprise ; l'année de naissance et le sexe du salarié sont également enregistrés. Les données sont analysées et compilées afin de fournir des indicateurs nationaux.

De plus, une étude de Santé publique France¹⁷² établit, à partir à la fois des données de l'enquête MCP sur la prévalence des pathologies et des effectifs reconnus à ce titre, une estimation des taux de sous-déclaration des

¹⁷² S. Rivière, J. Alvès, S. Smaili, Y. Roquelaure, J. Chatelot, « Estimation de la sous-déclaration des TMS en France : évolution entre 2009 et 2015 », *Bulletin épidémiologique hebdomadaire* 3, Santé publique France, 16 février 2021. Pour les tendinites de la main ou des doigts, les données utilisées sont celles de 2009.

principaux TMS entre 2009 et 2015 (cf. tableau 14).

Les femmes sont plus concernées par les TMS d'origine professionnelle. D'après les résultats de prévalence du programme MCP de Santé publique France, 4,4 TMS sont signalés pour 100 femmes salariées vues en consultation de médecine du travail en 2018, contre 3,2 TMS pour 100 hommes salariés vus en consultation la même année, soit plus 40 % de femmes par rapport aux hommes.

En 2015, les taux de sous-déclaration sont les plus faibles pour le canal carpien (43%) et les plus élevés pour les TMS du coude et les pathologies de l'épaule (respectivement 60% et 59%). Le taux de sous-déclaration des pathologies du rachis lombaire est évalué à 52%.

En complément des taux globaux de sous-déclaration, Santé publique France fournit des intervalles de confiance, permettant de définir une marge d'erreur entre les résultats issus de l'enquête, réalisée sur un échantillon de la population, et la situation exhaustive en France métropolitaine. C'est cette plage d'incertitude, associée à l'estimation des taux de sous-déclaration, qui est mobilisée pour quantifier le nombre de cas sous-déclarés. Par exemple, en 2015, le taux de sous-déclaration estimé pour les syndromes du canal carpien est compris entre 25% et 56%. Les données relatives aux tendinites de la main ou des doigts n'ont pas été actualisées dans le cadre du programme de surveillance MCP. Les taux de sous-déclaration correspondants, comme lors de la dernière commission, sont évalués à 63% à 72%¹⁷³.

Concernant les affections du rachis lombaire, l'étude de Santé publique France fait état d'une sous-déclaration estimée à 52%. Afin de tenir compte de l'incertitude inhérente à toute étude statistique, la commission retient l'intervalle de confiance de la sous-déclaration fourni, soit entre 30% et 66%.

Entre 2009 et 2015, les taux de sous-déclaration sont en baisse, quelle que soit la pathologie. Les taux relatifs aux pathologies de l'épaule ou du rachis lombaire sont cependant en hausse sur la période disponible la plus récente (2013-2015), de respectivement + 11 et + 3 points.

Tableau 14 : Taux global estimé de sous-déclaration en 2009, 2011, 2013 et 2015 (%)

	Fourchette de variation			
	2009	2011	2013	2015
Syndrome du canal carpien	55 [49-63]	58 [51-65]	60 [49-69]	43 [25-56]
Coude	70 [64-77]	74 [68-80]	61 [50-72]	60 [47-72]
Epaule	65 [58-71]	62 [56-68]	48 [38-57]	59 [48-68]
Rachis lombaire	60 [44-73]	50 [33-65]	49 [23-67]	52 [30-66]
Tendinite de la main et des doigts	68 [63-72]	ND	ND	ND

Source : Santé publique France, Surveillance des MCP, données 2009-2015

3.2.1.3. – Evaluation de la sous-déclaration

En appliquant les taux de sous-déclaration aux effectifs de MP en 1^{er} règlement, le nombre de cas sous-déclarés est compris entre 4 100 et 15 600 pour le syndrome du canal carpien, entre 14 100 et 32 400 pour les pathologies de l'épaule, entre 8 300 et 24 000 pour le coude et entre 5 000 et 7 600 pour les tendinites de la main et des doigts.

S'agissant des affections du rachis lombaire, le nombre de cas sous-déclarés serait compris entre 1 300 et 5 700.

Ainsi, le nombre de cas sous-déclarés issu des données épidémiologiques est en baisse pour l'ensemble des TMS (cf. graphique 17). Cependant, les deux précédentes commissions avaient fait le choix de ne pas retenir les taux de sous-déclaration issus de Santé publique France, ceux-ci semblant trop élevés. En 2014, ce choix s'expliquait par la croissance très dynamique des reconnaissances des années 2000, conduisant à faire l'hypothèse d'une sous-déclaration en baisse. Lors des travaux de la commission de 2017, le nombre de reconnaissances par an se stabilisait,

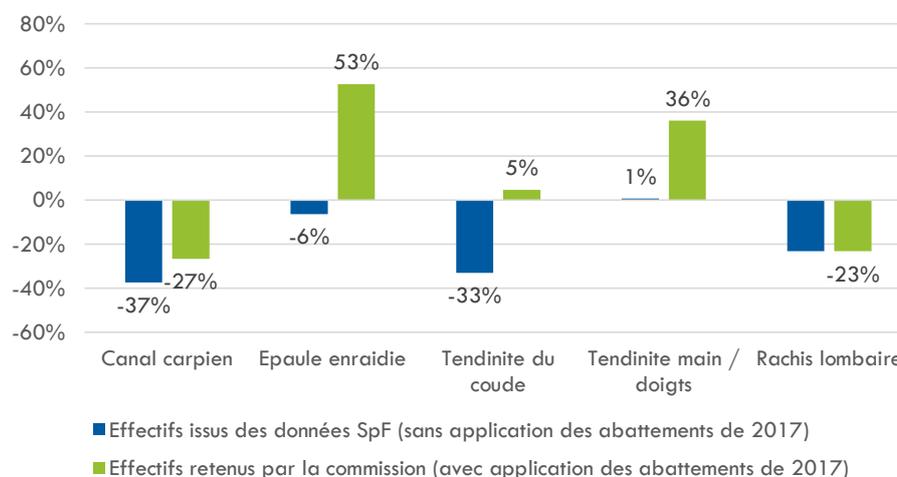
¹⁷³ Pour cette pathologie la donnée utilisée est issue de la vague 2007 du même programme « surveillance des MCP ».

mais, afin de tenir compte d'une part des efforts de la branche AT-MP en termes de prévention, et d'autre part de l'ancienneté des données disponibles, il était de nouveau procédé à un abattement sur les taux de sous-déclaration.

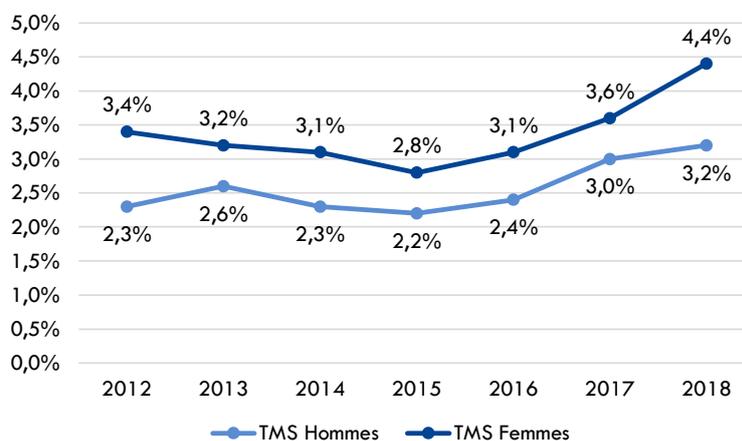
La commission fait le choix en 2021 de retenir les données épidémiologiques présentées par Santé publique France, sans minorer les taux de sous-déclaration établis par les épidémiologistes. Ce choix est motivé par la disponibilité de données actualisées par Santé publique France, et par la prise en considération de travaux sur l'évolution de la prévalence des TMS entre 2015 et 2018, montrant une nette augmentation de la prévalence depuis 2015 (cf. graphique 18).

La suppression des abattements conduit ainsi la commission à retenir des effectifs plus élevés que lors de la commission précédente, en particulier sur le champ des TMS de l'épaule et de la tendinite des mains et doigts.

Graphique 17 : évolution des effectifs sous-déclarés entre 2017 et 2021, par TMS



Graphique 18 : évolution du taux de prévalence des TMS selon le sexe – période 2012-2018



Source : Santé Publique France – enquête MCP

3.2.2. – Les asthmes et broncho-pneumopathies chroniques obstructives (BPCO)

3.2.2.1. – Les asthmes

Selon plusieurs études, la prévalence de l'asthme est estimée entre 6 et 7% de la population adulte¹⁷⁴.

Les principales professions concernées par les expositions professionnelles sont les boulangers et pâtisseries exposés à la farine, les métiers de la santé, les coiffeurs exposés à des produits comme les persulfates de sodium, les peintres exposés aux isocyanates, les travailleurs du bois, ou encore les employés de nettoyage. Plusieurs études épidémiologiques en population générale s'attachent à déterminer une fraction de risque attribuable à l'activité professionnelle. Ces études, dont la méthodologie est variable (études cas témoins, transversales, et de cohortes)¹⁷⁵ identifient les cas d'asthmes qui pourraient être évités en l'absence d'exposition à des agents sensibilisants et/ou irritants sur les lieux de travail, et convergent vers une fraction attribuable de 13 à 15%.

Afin de prendre en compte l'incertitude liée à la fois à la prévalence et à la fraction attribuable, la commission propose non pas un montant unique mais un intervalle. La borne basse retient la prévalence basse (6%) et la fraction attribuable basse (13%), la borne haute retient au contraire une prévalence à 7% et une fraction attribuable à 15%.

Ces prévalences et fractions attribuables sont appliqués à la population de 19,6 millions de salariés au régime général. Ainsi, le nombre de cas d'asthmes imputables à l'activité professionnelle est estimé entre 153 000 et 206 000. Parmi eux, moins de 1 000 ont été reconnus par la branche AT-MP en 2019. Ainsi, la sous-déclaration des cas d'asthme d'origine professionnelle concernerait entre 152 000 et 205 000 personnes.

3.2.2.2. – Les BPCO

Les données sur la prévalence de la BPCO au sein de la population adulte font état d'une prévalence comprise entre 5% et 10% chez les adultes de plus de 45 ans¹⁷⁶. Une autre étude mentionne une prévalence de 1,5% chez les adultes jeunes (20-44 ans)¹⁷⁷. Aussi la commission a-t-elle retenu une prévalence globale au sein de la population de 4,8%.

La fraction de risque attribuable aux expositions professionnelles a été estimée à 15% selon des sources relativement anciennes¹⁷⁸. L'industrie minière, le bâtiment et les travaux publics, la fonderie et la sidérurgie, l'industrie textile, le

¹⁷⁴ Par exemple : Delmas M-C, Furhman C. « L'asthme en France : synthèse des données épidémiologiques descriptives ». *Revue des maladies respiratoires*. 2010;27:151-159 ou encore C. Raheison-Semjen, A. Izadifar, M. Russier, C. Rolland, J.-P. Aubert, R. Sellami, D. Leynaud, C. Fabry-Vendrand, A. Didier, « Prévalence et prise en charge de l'asthme de l'adulte en France en 2018 : enquête ASTHMAPOP », *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*.

¹⁷⁵ J. Ameille, A. Larbanos, A. Descatha, O. Vandenas, « Épidémiologie et étiologies de l'asthme professionnel », Volume 1305, Issue 6, 12/2006, Pages 599-776, *Revue des maladies respiratoires*.

Paul D Blanc, Kjell Toren, « How much adult asthma can be attributed to occupational factors? », *The American Journal of Medicine*, Volume 107, Issue 6, 1999.

Balmes J., *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine (AJRCCM)*, 2003 ; 167 :787-97, groupe de travail de l'American Thoracic Society.

Karjalainen A., *AJRCCM*, 2001 ; 164 :565-8 : 49 575 cas incidents d'asthme (ensemble des salariés finlandais entre 25 et 59 ans).
Tomas M. L. Eagan, Amund Gulsvik, Geir E. Eide, and Per S. Bakke., *AJRCCM*, 2002 : étude longitudinale sur 2 819 sujets.

K. Torren, Paul D Blanc P. *BMC Pulmonary Medicine*, 2009 ; 9 : 7-7 : regroupe 26 études.

Blanc PD, Annesi-Maesano I, Balmes JR, Cummings KJ, Fishwick D, Miedinger D, Murgia N, Naidoo RN, Reynolds CJ, Sigsgaard T, Torén K, Vinnikov D, Redlich CA. The Occupational Burden of Nonmalignant Respiratory Diseases. An Official American Thoracic Society and European Respiratory Society Statement. *Am J Respir Crit Care Med*. 2019 Jun 1;199(11):1312-1334. doi: 10.1164/rccm.201904-0717ST. PMID: 31149852; PMCID: PMC6543721.

Tiotiu AI, Novakova S, Labor M, Emelyanov A, Mihaicuta S, Novakova P, Nedeva D. Progress in Occupational Asthma. *Int J Environ Res Public Health*. 2020 Jun 24;17(12):4553. doi: 10.3390/ijerph17124553. PMID: 32599814; PMCID: PMC7345155.

¹⁷⁶ C. Fuhrman, M.-C. Delmas, « Épidémiologie descriptive de la bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO) en France », Volume 1664, Issue 2, 02/2009, Pages 103-192, ISSN 0761-8425.

Fuhrman C, Cyr D, Giraud V, Ruiz F, Perez T, Iwatsubo Y, et al. « Qualité de la spirométrie dans la cohorte Constances et prévalence du trouble ventilatoire obstructif », *Bull Epidemiol Hebd*. 2016;(35-36):654-9.

¹⁷⁷ De Marco R, Accordini S, Cerveri I, Corsico A, Sunyer J, Neukirch F et al., « An international survey of chronic obstructive pulmonary disease in young adults according to GOLD stages », *Thorax* 2004 ; 59:120-5.

¹⁷⁸ Balmes J., *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine (AJRCCM)*, 2003 ; 167 :787-97, groupe de travail de l'American Thoracic Society.

Toft Würtz E., Schlünssen V., Halsen Malling T., Hansen JG., Omland O., 2015 ; 10.1136.

Blanc PD, Annesi-Maesano I, Balmes JR, Cummings KJ, Fishwick D, Miedinger D, Murgia N, Naidoo RN, Reynolds CJ, Sigsgaard T, Torén K, Vinnikov D, Redlich CA. The Occupational Burden of Nonmalignant Respiratory Diseases. An Official American Thoracic

milieu céréalier, la production laitière et l'élevage des porcs sont les secteurs professionnels pour lesquels l'existence d'une relation de causalité est le mieux établie. Les dernières données épidémiologiques disponibles viennent confirmer les données retenues par la commission s'agissant de la fraction attribuable à l'activité professionnelle pour les BPCO.

La commission prend acte du caractère restrictif des tableaux de maladie professionnelle relatifs aux BPCO, seuls les cas les plus graves pouvant faire état d'une reconnaissance par la branche AT-MP (dans la mesure où, sauf pour les mineurs de fer et de charbon qui font l'objet des tableaux n°91 et n°94, les demandes de reconnaissance sont instruites dans le cadre de la procédure hors tableaux – qui nécessite un taux d'incapacité permanente minimal, évalué à la date de la demande, de 25%). L'une des études référencées ci-dessus¹⁷⁹ permet de distinguer entre les différents stades de la maladie en prenant en compte la classification spirométrique de la BPCO (classification reconnue par la HAS et qui s'appuie sur deux indicateurs, le volume expiratoire maximal par seconde (VEMS) et la capacité vitale (CV)) : le stade 1 (forme légère de la maladie) et les stades 2 et 3 (états modéré et sévère). Les prévalences, calculées sur plusieurs pays, sont respectivement de 2,5% pour le stade 1 et 1,1% pour les stades 2 et 3.

Par précaution, la commission propose donc, pour estimer la sous-déclaration de la BPCO, de considérer uniquement les formes les plus graves de cette pathologie: elle propose, compte tenu de la répartition entre les différents stades de la maladie mentionnée supra, de considérer que 31%¹⁸⁰ des cas prévalents pourraient théoriquement être reconnus en maladies professionnelles, par la voie des tableaux ou dans le cadre de la procédure prévue par l'alinéa 7 de l'article L. 461-1 du code de la sécurité sociale.

Ainsi, le nombre de cas prévalents de BPCO attribuables au travail serait compris entre 44 000, en considérant uniquement les cas les plus graves, et 142 000, en considérant que l'ensemble des BPCO, quel que soit leur stade, pourraient être reconnues comme pathologies d'origine professionnelle. Le nombre de cas reconnus en 2019 étant très faible (15), le nombre de cas sous-déclarés est quasiment identique aux cas prévalents.

Encadré 7 : Les pathologies respiratoires

Les asthmes et les BPCO, mais également les cancers (cf. partie 3.2.5) et les lésions pleurales (cf. partie 3.2.8) constituent les pathologies respiratoires professionnelles les plus fréquentes – tant en termes de prévalence que de reconnaissance par la branche AT-MP.

Les pathologies respiratoires d'origine professionnelle concernent toutefois un champ plus vaste, dispersé dans une pluralité de tableaux. On peut ainsi distinguer, parmi les maladies broncho-pulmonaires, les :

- Syndromes aigus :
 - o Syndromes irritatifs et broncho-pneumopathies aiguës (tableaux n°14, 32, 33, 61, 62, 66, 70bis, 75) ;
 - o Œdème aigu du poumon (tableaux n°14, 32, 34, 75) ;
 - o Insuffisance respiratoire aiguë (tableaux n°20A, 25, 30A) ;
 - o Syndrome respiratoire obstructif aigu (tableau n°90A) ;
- Asthmes ou dyspnées asthmatiformes (tableaux n°10bis, 15bis, 34, 37bis, 41, 43, 47A, 49bis, 50, 62, 63, 66, 70, 74, 82, 95) ;
- Broncho-alvéolites :
 - o Allergiques extrinsèques (tableaux n°47A, 62, 66bis) ;
 - o Aigüe ou subaigüe (tableau n°70bis) ;
- Manifestations respiratoires chroniques :
 - o Avec altération des épreuves fonctionnelles respiratoires (tableaux n°62, 82, 90B, 91, 94) ;
 - o Emphysème (tableaux n°44, 44bis) ;
 - o Insuffisance respiratoire chronique (tableau n°25C) ;

Society and European Respiratory Society Statement. Am J Respir Crit Care Med. 2019 Jun 1;199(11):1312-1334. doi: 10.1164/rccm.201904-0717ST. PMID: 31149852; PMCID: PMC6543721.

¹⁷⁹ De Marco R, Accordini S, Cerveri I, Corsico A, Sunyer J, Neukirch F et al. « An international survey of chronic obstructive pulmonary disease in young adults according to GOLD stages ». Thorax 2004 ; 59:120-5.

¹⁸⁰ Correspondant aux stades 2 et 3 dans l'ensemble des BPCO, soit 1,1% / (1,1+2,5%).

- Insuffisance respiratoire chronique secondaire à la maladie asthmatique (tableaux n°66, 70) ;
- Pneumopathies fibrosantes et pneumoconioses (tableaux n°25, 25A, 25B, 25C, 30A, 36, 44, 47A, 66bis, 73) ;
- Pneumoconiose associée à une sclérodémie systématique progressive ;
- Lésions pleuro-pneumoconiotiques à type rhumatoïde (syndrome de Caplan-Colinet) (tableaux n°25A, 25C) ;
- Broncho-pneumopathies chroniques obstructives (tableaux n°91, 94) ;
- Pathologies infectieuses :
 - Maladies infectieuses proprement dites (tableaux n°18, 24, 40B, 40C, 68, 76D, 76E, 76M, 87, 92) ;
 - Complications infectieuses des pneumoconioses (tableaux n°25A, 25C, 70bis) ;
- Granulomes (tableau n°36) ;
- Cancers (tableaux n°6, 10ter, 16bis, 20bis, 20ter, 25A, 30bis, 37ter, 44bis, 70ter, 81) ;
- Nécroses cavitaires aseptiques, complications de pneumoconioses (tableaux n°25A, 25C).

Dans les pathologies pleurales, peuvent être citées les :

- Fibroses (tableau n°30 B) ;
- Pleurésies (tableaux n°24, 25A, 25C, 30B, 40B) ;
- Lésions pleuro-pneumoconiotiques à type rhumatoïde (tableaux n°25A, 25D) ;
- Pneumothorax spontanés (tableaux n°25A, 25C, 33) ;
- Tumeurs (tableaux n°30D, 30E).

3.2.3. – Les dermatoses

Encadré 8 : Les dermatoses professionnelles

Les dermatoses professionnelles¹⁸¹ sont dues à des agents chimiques, physiques ou infectieux. Une partie de ces dermatoses présente 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 constitue l'une des causes soulevées de non déclaration.

Les dermatoses sont repérées par 11 tableaux de maladies professionnelles :

- Tableau n°10 : Dermite d'acide chromique et bichromates ;
- Tableau n°16 : Dermite des goudrons de houille ;
- Tableau n°36 : Dermite des huiles et graines minérales ou de synthèse ;
- Tableau n°37 : Dermite des oxydes et sels de nickel ;
- Tableau n°46 : Mycoses ;
- Tableau n°52 : Chlorure de vinyle ;
- Tableau n°65 : Lésions eczématiformes récidivantes ou confirmées par test ;
- Tableau n°76 : Maladies à agent infectieux contractées en milieu hospitalier ;
- Tableau n°84 : Solvants organiques ;
- Tableau n°88 : Rouget du porc ;
- Tableau n°95 : Protéines du latex.

La prévalence des dermatoses d'origine professionnelle serait comprise entre 0,12% pour les femmes et 0,13% pour les hommes (Santé publique France pour la commission¹⁸²), soit 25 000 cas par an sur le champ du régime général. Il s'agit d'une estimation minorante, un faible nombre de dermatoses étant signalé dans l'enquête MCP.

Compte tenu du nombre de cas reconnus (370 en 2019), le nombre de cas sous-déclarés peut être estimé à 24 500.

¹⁸¹ Classées habituellement en dermatites d'irritation et en dermatoses allergiques - ces dernières regroupent deux grands types de pathologies : l'urticaire professionnel et l'eczéma de contact.

¹⁸² Présentation Santé Publique France à la commission : Evolution des prévalences des principales pathologies signalées entre 2012 et 2018

3.2.4. – Les surdités et hypoacousies

Les données MCP de Santé publique France font état d'une prévalence des troubles de l'audition liés au travail estimée en 2018 à 0,07% pour les femmes, et 0,2% pour les hommes. Ces prévalences sont mises en regard de la population des cotisants au régime général, soit 19,6 millions de personnes. Ainsi, la prévalence de ces troubles de l'audition concernerait 26 000 personnes.

A partir des données de reconnaissance fournies par la CNAM pour le tableau 42 (530 cas reconnus en 2019), le nombre de cas sous-déclarés retenu par la commission s'élève à 25 500.

3.2.5. – Les cancers

Parmi les différents types de cancers ayant une origine professionnelle, ceux des voies respiratoires sont les plus fréquents (source INRS, 2013¹⁸³). Viennent ensuite les cancers ORL, les leucémies, les cancers de la vessie, de la peau ainsi que ceux du foie et de la plèvre. Ils peuvent être pris en charge au titre des maladies professionnelles, notamment dans le cadre de la présomption d'imputabilité des tableaux : en effet, les cancers sont mentionnés dans 24 tableaux de maladies professionnelles (25 si l'on tient compte de la publication récente du tableau n°101 relatif aux cancers du rein liés aux expositions au trichloréthylène), pour 8 localisations (9 en tenant compte du cancer du rein), et associés à une quinzaine de substances environ (amiante, acide chromique, amines aromatiques, goudrons de houille, poussières ou vapeurs arsenicales, silice, poussières de bois...).

3.2.5.1. – Les données épidémiologiques

Le Centre international de recherche sur le cancer, en collaboration avec Santé publique France et l'ANSES, a actualisé ses évaluations de fractions de risque attribuables à l'activité professionnelle à travers la mesure de la part des cancers attribuables à certains cancérrogènes¹⁸⁴ (cf. tableau 15), tous ne sont cependant pas couverts par l'étude.

Tableau 15 : Estimation de la part des cancers attribuable à certains cancérrogènes en France

Nuisances	Cancers	Sexe	Bas fourchette	de Haut fourchette	de Milieu de fourchette
Amiante	Poumon	Hommes	2,90%	6,60%	4,60%
		Femmes	0,90%	1,40%	1,15%
	Mésothéliome	Hommes	74,50%	91,70%	83,10%
		Femmes	25,30%	58,00%	41,65%
	Larynx	Hommes	0,20%	3,20%	1,60%
		Femmes	0,00%	0,50%	0,20%
Ovaire	Femmes	0,50%	1,60%	1,00%	
Silice	Poumon	Hommes	1,10%	3,00%	2,00%
		Femmes	0,00%	0,40%	0,20%
	Larynx ¹⁸⁵	Hommes	3,40%	6,10%	4,75%
		Femmes	0,20%	0,40%	0,30%
Benzène	Leucémie	Hommes	0,80%	5,40%	2,60%
		Femmes	0,42%	0,46%	0,44%
Trichloréthylène	Rein	Hommes	0,60%	1,90%	1,10%
		Femmes	0,20%	0,80%	0,50%

Source : Centre international de recherche sur le cancer et Santé publique France, 2021

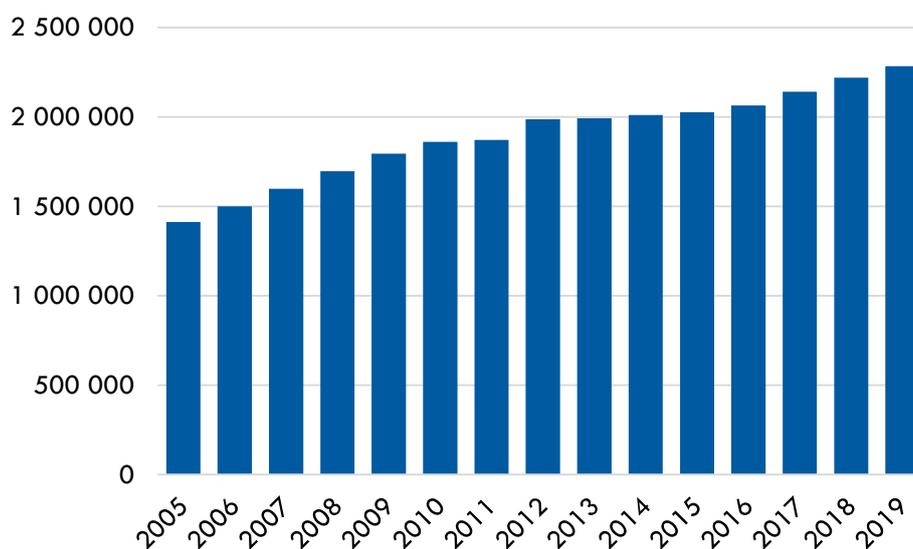
¹⁸³ « Principaux cancers d'origine professionnelle, les voies respiratoires particulièrement touchées », 2013.

¹⁸⁴ « Nouvelles estimations de fractions de risque de cancers attribuables à des expositions professionnelles en France en 2017, à partir d'une nouvelle méthode d'estimation de la prévalence d'exposition vie entière », Centre international de recherche sur le cancer (CIRC) et Santé publique France, Isabelle Soerjomataram, Corinne Pilorget. Travaux présentés à la commission en mars 2021.

¹⁸⁵ Gilg Soit Ilg A, Houot M, Pilorget C. Santé publique France. « Estimation de parts de cancers attribuables à certaines expositions professionnelles en France. Utilisation des matrices emplois-expositions développées dans le cadre du programme Matgéné », 2016.

La prévalence des cancers fait l'objet de remontées d'information régulières, sur le champ du régime général, ces pathologies permettant d'accéder à une prise en charge au titre des « affections de longue durée ». Sur le champ du régime général, 2,2 millions de personnes bénéficiaient d'une prise en charge par ALD suite à un cancer, chiffre en hausse régulière depuis 10 ans (cf. graphique 19). Cette donnée est néanmoins inférieure au nombre de cancers prévalents identifiés par le registre des cancers, notamment car ce dernier couvre l'ensemble de la population (y compris hors régime général).

Graphique 19 : Nombre de patients en ALD 30 – Régime général



Source : CNAM – calculs DSS

En 2017, selon l'enquête *Surveillance médicale des expositions aux risques professionnels (SUMER)* (cf. encadré 9), 10% de l'ensemble des salariés, soit près de 1,8 million de personnes, ont été exposés à au moins un produit chimique cancérigène au cours de la dernière semaine travaillée¹⁸⁶.

Afin de garantir la lisibilité et l'intelligibilité de l'estimation proposée, la commission applique au nombre de patients bénéficiant d'une ALD au titre d'un cancer, une fraction attribuable à l'activité professionnelle, de manière agrégée. La part attribuable aux facteurs professionnels dans l'étiologie des cancers a fait l'objet d'une évaluation récente¹⁸⁷. La fraction attribuable y est calculée soit sur le champ des cancérigènes certains (reconnus I par le CIRC), soit en ajoutant les cancérigènes probables (reconnus IIA), conduisant respectivement à retenir une fraction attribuable de 2,3% et 3,6% de la population – qui constitueront les bornes basse et haute de l'estimation de la sous-déclaration des cancers professionnels.

Le nombre de cas de cancers attribuables à l'activité professionnelle serait compris entre 52 500 et 82 200.

3.2.5.2. - Les cancers reconnus d'origine professionnelle

En 2019, 1 790 cancers ont été reconnus en premier règlement. 1 350 cas concernent des cancers liés à l'amiante reconnus hors alinéa 7 (dans le détail, les cancers de l'amiante se répartissent sur la période 2015-2019 pour 64% dans le tableau n°30 bis « cancers bronchopulmonaires provoqués par l'inhalation de poussières d'amiante » et pour 36% dans le tableau de MP 30 (au sein du tableau n°30, ¾ des cancers sont des mésothéliomes malins primitifs de la plèvre)). Les cancers hors amiante et hors alinéa 7 représentent 300 cas ; enfin, les cancers reconnus par la voie de l'alinéa 7 représentent 140 cas. Dans le détail, les principaux cancers hors amiante reconnus sont par ordre décroissant : le cancer de la vessie provoqués par les amines aromatiques (tableau n°15 ter), les affections

¹⁸⁶ « Comment ont évolué les expositions des salariés du secteur privé aux risques professionnels sur les vingt dernières années ? Premiers résultats de l'enquête SUMER 2017 », DARES-Analyses n°41, septembre 2019

¹⁸⁷ Claire Marant Micallef et coll, 2018. Ibid.

cancéreuses provoquées par les goudrons de houille (tableau n°16 bis) ainsi que les cancers primitifs provoqués par les poussières de bois (tableau n°47).

3.2.5.3. – Evaluation de la sous-déclaration

Compte tenu du nombre de cas reconnus, y compris hors tableaux (1 791) d'une part, et du nombre de cancers attribuables à l'activité professionnelle d'autre part, le nombre de cas sous-déclarés de cancers peut être estimé entre 50 700 et 81 400. Toutefois, comme indiqué infra (en partie 3.3.3.), le coût de la sous-déclaration des cancers n'est pas estimé, contrairement à celui des autres pathologies, sur la base de ce nombre de cas sous-déclarés.

3.2.6. – Les accidents du travail

Deux enquêtes de la DARES permettent d'estimer un nombre d'accidents du travail : l'enquête SUMER et l'enquête Conditions de travail. Les commissions de 2011 et 2014 s'appuyaient sur l'enquête SUMER 2010, la commission de 2017 mobilisait l'enquête Conditions de travail de 2013. La présente commission utilise les données issues de l'enquête SUMER 2017.

Encadré 9 : L'enquête SUMER et l'enquête Conditions de travail (DARES)

L'enquête SUMER décrit l'ensemble des expositions liées aux postes de travail (ambiances et contraintes physiques, contraintes organisationnelles et relationnelles, agents biologiques ou produits chimiques) auxquelles sont soumis les salariés, et caractérise ces expositions (durée et intensité). Elle décrit, par ailleurs, les pratiques de prévention et les protections collectives ou individuelles mises en place par les entreprises. Elle questionne le salarié sur son vécu de sa situation de travail (risques psychosociaux, santé perçue, etc.).

Outre celle de 2017, quatre enquêtes SUMER ont déjà eu lieu : 1987 à titre expérimental, 1994, 2003 et 2010. Les enquêtes de 1994, 2003 et 2010 ont suivi une méthodologie commune, ce qui a permis de publier les évolutions dans le temps des principales expositions.

L'enquête Conditions de travail, réalisée par la DARES, vise à obtenir une description concrète du travail, de son organisation et de ses conditions selon divers angles : horaires, rythmes de travail, efforts physiques ou risques encourus, pénibilité, organisation du travail, sécurité, coopération, conflits.

Plus précisément, le questionnaire SUMER comporte une question relative aux accidents survenus au cours des douze derniers mois. Le répondant peut renseigner au plus 3 accidents du travail sur la période considérée. La DARES avait, en 2013, estimé un nombre d'accidents du travail en moyenne annuelle compris entre 2 170 000 et 2 340 000, en reconstituant statistiquement le nombre d'accidents pour les répondants qui avaient renseigné « 3 accidents ou plus ». Dans le cadre des travaux réalisés pour la commission à partir de l'enquête de 2017, la DARES limite le nombre d'accidents du travail déclarés par personne à 3, ce qui conduit mécaniquement à faire chuter le nombre d'accidents du travail pris en compte par la commission, qui s'établit à 1,68 million. Ce nombre serait ainsi minoré d'environ 25% par rapport au nombre global d'accidents du travail.

De plus, la commission a souhaité tenir compte du fait que tous les accidents du travail déclarés ne faisaient pas l'objet de reconnaissance : ainsi, en 2019, le taux de décision favorable s'élevait, sur le champ des accidents du travail, à 93,9% (rapport de gestion de l'Assurance maladie – AT-MP, 2020). Le nombre d'accidents du travail est ainsi calculé en appliquant ce taux de reconnaissance à l'écart entre le nombre total d'accidents du travail, résultant de l'enquête SUMER, et le nombre d'accidents du travail reconnus : aussi, il est estimé à 750 000 (cf. tableau 16). Considérant que la restriction à 3 accidents par personne et l'application d'un indicateur de reconnaissance conduisent à une estimation suffisamment prudente, la commission n'applique pas d'abattement, contrairement au choix retenu par les précédentes commissions.

Les données de la DARES permettent d'identifier les accidents du travail qui ont donné lieu ou non à un arrêt de travail. La sous-déclaration concerne essentiellement des accidents du travail sans arrêt.

Tableau 16 : Nombre d'accidents du travail total, reconnus et sous-déclarés

	Nombre total AT (a)	Nombre d'AT reconnus, (b)	Nombre d'AT sous-déclarés ((a-b)*taux de décision favorable)
AT avec arrêt	903 000	664 000	224 000
AT sans arrêt	777 000	217 000	526 000
Ensemble	1 680 000	881 000	750 000

Source : DARES, DRP ; calculs DSS

3.2.7. – Les pathologies psychiques

La commission réunie en 2017 avait fait le choix de ne pas intégrer les maladies psychiques d'origine professionnelle dans le champ de la sous-déclaration.

Ce choix était notamment justifié par des considérations méthodologiques : si le nombre d'affections psychiques reconnues par les CPAM en accidents du travail ou en maladies professionnelles est connu, celui des pathologies qui auraient dû être déclarées, et qui auraient pu dans ce cas être reconnues, est plus délicat à établir, compte tenu des règles actuelles de reconnaissances des affections psychiques au titre des maladies professionnelles. Celles-ci nécessitent en effet, en l'absence d'un (ou de plusieurs) tableaux de maladies professionnelles dédiés, l'atteinte d'un seuil d'incapacité permanente de 25% au moment de la demande, et l'existence d'un lien direct et essentiel avec le travail habituel de la victime, qui n'est pas aisé à établir compte tenu du caractère plurifactoriel de ces pathologies. Ces difficultés d'ordre méthodologique demeurent.

Néanmoins, la commission réunie en 2021 a estimé qu'une première estimation du coût de la sous-déclaration des pathologies psychiques était envisageable, compte tenu des études épidémiologiques les plus récentes, et souhaitable. En effet, ces pathologies connaissent une forte augmentation, comme en témoignent les études conduites par Santé Publique France (selon lesquelles le taux de prévalence a fortement augmenté entre 2007 et 2018, chez les hommes comme chez les femmes, cf. encadré 4 supra) – que la commission a estimé intéressant de comparer avec la hausse, sur la même période, des reconnaissances en AT-MP. Plus précisément, les données de Santé publique France¹⁸⁸ fournissent des éléments quantitatifs précis sur la répartition des troubles psychiques liés à l'activité professionnelle : « burn out », état de stress post-traumatique, épisode dépressif léger, épisode dépressif sévère, troubles anxieux. Or, la plupart des pathologies reconnues devant les CRRMP sont des troubles dépressifs. En accidents du travail, ce sont principalement des états de stress post-traumatique qui font l'objet d'une reconnaissance. Dès lors, en restreignant le champ aux états de stress post-traumatique et aux troubles dépressifs sévères (et ce pour tenir compte du seuil d'incapacité permanente requis pour l'examen par les CRRMP), il est possible d'estimer un nombre de pathologies qui auraient dû être reconnues en maladies professionnelles comme en accidents du travail.

Ainsi, en 2019, on peut estimer à 50 000 le nombre de troubles dépressifs sévères et de syndromes de stress post-traumatique qui auraient dû être reconnus en maladies professionnelles ou en accidents du travail. En adjoignant le "burn out", dont on peut considérer qu'il constitue dans la majorité des cas une pathologie grave susceptible de dépasser le seuil minimal de 25% d'incapacité permanente requis au titre de la procédure de reconnaissance hors tableaux, la prévalence des maladies psychiques en lien avec le travail, qui auraient dû être reconnues comme telles, s'élève à 108 000 en 2019. Le nombre de cas déclarés et reconnus s'élève quant à lui en 2019 à 30 100 (28 500 accidents du travail et 1 600 MP¹⁸⁹). Ainsi, les cas sous-déclarés s'élèveraient à 77 900. En multipliant par le coût moyen des pathologies psychiques reconnues (3 600€), le montant de la sous-déclaration liée aux affections psychiques se situerait, en fonction du périmètre retenu, entre 73 M€ et 287 M€ en 2020. Cette évaluation, bien qu'elle repose sur des données épidémiologiques récentes, et construites sur la base des remontées des médecins du travail dans un nombre significatif de départements, présente encore des fragilités méthodologiques liées au caractère plurifactoriel de ces pathologies – qui conduisent la commission à ne pas l'intégrer formellement, à ce

¹⁸⁸ Présentation Santé Publique France à la commission : « Evolution des prévalences des principales pathologies signalées entre 2012 et 2018 ».

¹⁸⁹ NB : cette donnée intègre l'ensemble des pathologies psychiques reconnues ayant engendré des frais en année N alors que les avis favorables prononcés par les CRRMP correspondent uniquement aux dossiers examinés par ces comités au cours de l'année.

stade, dans l'évaluation du coût global de la sous-déclaration des AT-MP.

3.2.8. – Le cas spécifique des pathologies non cancéreuses liées à l'amiante

La commission s'est attachée à évaluer le montant de la sous-déclaration associé aux lésions pleurales et aux asbestoses – qui n'avait pas été évalué par les précédentes commissions, alors même que les lésions pleurales, même si elles sont souvent peu graves, et leur prise en charge par conséquent peut coûteuse, constituent les principales maladies professionnelles reconnues en lien avec l'amiante.

L'asbestose est une pneumoconiose rare consécutive à l'inhalation d'amiante, ne débutant en général que 10 à 20 ans après le début de l'exposition, parfois plus rapidement. Avec les mesures successives de protection des travailleurs, la maladie se révèle à un âge de plus en plus avancé et à distance de l'exposition. L'asbestose peut rester stable (54-95% des cas¹⁹⁰) ou évoluer lentement, parfois tardivement, vers une insuffisance respiratoire chronique, altérant l'espérance de vie du patient en cas d'atteinte pulmonaire invalidante. Il n'existe pas de traitement curatif. L'asbestose peut être reconnue comme maladie professionnelle, dans le cadre d'un tableau dédié (la maladie figure au tableau n°30A du régime général avec un délai de prise en charge de 35 ans et sous réserve d'une durée d'exposition de 2 ans). Comme pour les autres pathologies liées à l'amiante, une indemnisation par le FIVA est également possible – que la maladie ait été reconnue d'origine professionnelle ou non (l'indemnisation étant alors conditionnée à la reconnaissance par le FIVA d'un lien de causalité entre l'exposition, professionnelle ou environnementale, et la pathologie).

Les plaques pleurales sont les anomalies les plus fréquemment décrites en relation avec une exposition à l'amiante ; d'ailleurs, dans le cadre du FIVA, elles valent justification d'exposition à l'amiante – sans qu'il soit nécessaire pour l'assuré d'établir la preuve de son exposition, professionnelle ou environnementale¹⁹¹. Elles interviennent après une latence d'au moins 15 ans en général après le début de l'exposition à l'amiante. Elles sont prises en charge dans le cadre des tableaux de maladies professionnelles (tableau n°30B « lésions pleurales bénignes avec ou sans modification des explorations fonctionnelles respiratoires ») et représentent d'ailleurs, au total, une part importante des pathologies professionnelles reconnues en lien avec l'amiante (1 080 maladies professionnelles en premier règlement en 2019, soit 37% des maladies professionnelles liées à l'amiante, contre 29% pour les cancers broncho-pulmonaires et 13% pour les mésothéliomes).

A partir des données figurant dans le rapport d'activité du FIVA¹⁹², on peut estimer l'incidence des lésions pleurales et des asbestoses au sein de la population française dans une fourchette comprise entre 1 800 et 2 500 cas¹⁹³. Si l'on considère que 1 500 cas ont été reconnus pour ces deux pathologies en 2019, le nombre de cas sous-déclarés se situe dans une fourchette comprise entre 300 et 1 000. En s'appuyant sur un coût moyen pour ces pathologies de l'ordre de 1 340€ (relativement faible compte tenu du caractère souvent peu grave des plaques pleurales, qui sont assorties selon les barèmes AT-MP d'un taux d'incapacité permanente compris entre 1% et 10%), le coût de la sous-déclaration pour les asbestoses et les plaques pleurales est inférieur à 2 M€.

3.3. – Evaluation du coût de la sous-déclaration des AT-MP

3.3.1. – Méthodologie d'évaluation de la sous-déclaration

On appelle coût de la sous-déclaration des AT-MP, l'ensemble des dépenses dues aux accidents de travail et maladies professionnelles qui auraient dû être imputées à la branche AT-MP. L'évaluation de cette sous-déclaration présuppose de disposer de données sur la population concernée et sur le coût par personne de ces accidents et maladies professionnelles (coût moyens) ou bien d'une estimation du coût global indûment imputé à la branche maladie.

¹⁹⁰ Arnaud Scherpereel, « Amiante et pathologie respiratoire », *La Presse Médicale*, Volume 45, Issue 1, 2016, Pages 117-132.

¹⁹¹ Arrêté du 5 mai 2002 fixant la liste des maladies dont le constat vaut justification de l'exposition à l'amiante au regard des dispositions de l'article 53 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001 instituant le fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante.

¹⁹² http://www.fiva.fr/documents/Rapport_FIVA_2019.pdf

¹⁹³ Calcul DSS.

Les données épidémiologiques disponibles ne sont pas homogènes : elles portent soit sur la prévalence (stock de cas de maladies et d'accidents dans une population donnée, sans distinction entre les cas nouveaux et les cas anciens), soit sur l'incidence (nombre de cas de maladies et d'accidents nouveaux pendant une période donnée dans une population donnée).

La méthodologie utilisée pour l'évaluation de la sous-déclaration diffère en fonction de la nature de la donnée épidémiologique à disposition. Un coût moyen longitudinal est mobilisé lorsque les données épidémiologiques disponibles sont des données d'incidence, ou à l'inverse, un coût moyen transversal lorsqu'il s'agit de données de prévalence. Ces coûts sont communiqués à la commission par la direction des risques professionnels (DRP) de la CNAM pour les prestations de l'année 2019 (cf. partie 3.3.2.).

L'évaluation du coût de la sous-déclaration imputable aux cancers en particulier implique l'emploi d'une méthodologie différente et qui sera détaillée ci-après (cf. partie 3.3.3).

3.3.2. – Éléments de coût issus des données de la branche AT-MP

3.3.2.1. – Les coûts moyens longitudinaux et transversaux des maladies professionnelles

La commission s'appuie sur les coûts moyens transmis par la direction des risques professionnels (DRP) de la CNAM. Comme en 2017, deux types de coûts moyens ont été transmis pour chaque pathologie entrant dans le champ de la commission : un coût moyen transversal et un coût moyen longitudinal.

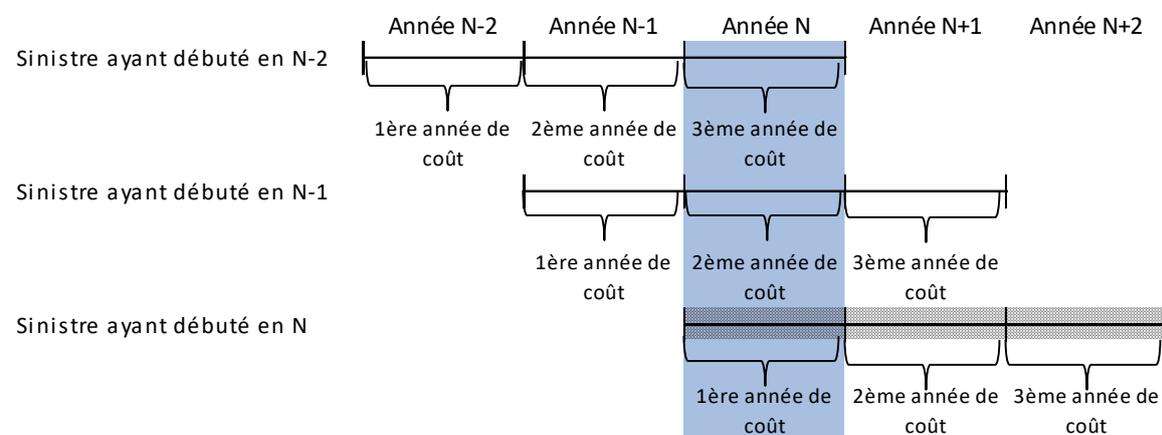
Ces coûts moyens se définissent de la façon suivante :

- Le coût transversal : il s'agit pour une pathologie donnée de rapporter l'ensemble des coûts (somme des prestations en espèces et en nature) des sinistres ayant donné lieu à un versement en 2019, au nombre de sinistres ayant engendré ces coûts en 2019 (quelle que soit l'année de reconnaissance de ces sinistres). Ce nombre de sinistres comprend aussi bien les sinistres ayant donné lieu à un versement en espèces que ceux n'ayant entraîné aucun coût pour la branche (cf. encadré 10).
- Le coût moyen longitudinal : il s'agit pour une pathologie donnée de diviser l'ensemble des coûts observés sur trois ans se rapportant aux sinistres ayant fait l'objet d'un premier versement de prestation en espèces en 2017 par le nombre de sinistres reconnus au titre de cette pathologie au cours de l'année 2019. Ici encore, on inclut dans le nombre de ces sinistres ceux n'ayant entraîné aucun frais.

Encadré 11 : Le calcul des coûts moyens longitudinaux sur 3 ans

Ce que l'on souhaite mesurer au travers du coût longitudinal de l'année N est le coût engendré par les sinistres survenus lors de cette année N. Les coûts engendrés par une pathologie étant très résiduels au-delà de trois ans après sa survenue, on considère qu'ils sont nuls au-delà.

Retenir pour l'année N les coûts intervenus en N, N+1 et N+2 pour calculer le coût longitudinal peut ainsi être considéré comme équivalent au calcul effectué pour obtenir le coût transversal. Sur le schéma ci-dessous, le coût transversal est représenté par la zone bleue et la zone hachurée représente le coût longitudinal.



Ces coûts, calculés pour l'année 2019 sont ensuite actualisés selon l'objectif national des dépenses d'Assurance Maladie (ONDAM) voté dans la loi de financement de la sécurité sociale pour 2020, avant le déclenchement de la crise sanitaire, soit 2,45%, afin d'en déduire des coûts pour l'année 2020. La commission a fait le choix de ne pas retenir l'ONDAM observé, car la crise sanitaire ainsi que les mesures prises dans le cadre du Ségur de la santé ont entraîné une forte augmentation des dépenses en 2020, sans rapport avec l'augmentation de la sinistralité.

Encadré 10 : Les maladies professionnelles "sans frais"

Une partie des victimes d'accidents du travail ou de maladies professionnelles apparaît dans les statistiques de la branche AT-MP comme n'ayant engendré aucun frais, ni en remboursement de soins, ni en indemnités journalières. 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. Pour exemple, la part des MP sans frais en 2019 était de 20% pour les TMS mains, poignets et doigts, 14% pour le rachis lombaire, 30% pour les dermatoses.

Les explications possibles de ce phénomène sont multiples. Il peut s'agir d'une déclaration de précaution d'une maladie pas encore vraiment installée, ou bien d'une maladie qui disparaît avec le facteur qui la causait (asthme) ou encore d'une maladie pour laquelle il n'y a pas de traitement possible (surdité). Toutefois, il est probable que pour une autre partie, l'information n'a pas été correctement enregistrée. Dans ce cadre, ces cas déclarés sans coût constitueraient une sous-déclaration – sans que la présente commission n'ait pu disposer d'éléments pour l'objectiver, et a fortiori le quantifier. Des études de nature à expliquer complètement ce phénomène seraient utiles.

3.3.2.2. – Le cas particulier des indemnités journalières, au sein des coûts moyens longitudinaux et transversaux

Dans le cas de sinistres (accidents ou maladies) d'origine professionnelle, l'indemnité journalière (IJ) est égale à 60% du salaire journalier de base pendant les 28 premiers jours d'arrêt et 80% après. Le taux d'IJ moyen effectif résulte donc de la proportion du nombre de jours avec un taux d'IJ à 60% et   80% : il varie en conséquence selon la pathologie considérée. A l'inverse, lorsque le sinistre n'est pas d'origine professionnelle, l'indemn  journalière est égale à 50% du salaire journalier¹⁹⁴.

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

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

3.3.2.3. – Les coûts moyens retenus par la commission

Au final, les données transmises par la DRP permettent de distinguer les coûts qui découlent des prestations en nature (remboursements de soins) de ceux qui découlent des prestations en espèce (indemn s journalières) (cf. tableau 17).

¹⁹⁴ Même si le salaire journalier est calculé de manière proche entre IJ maladie et AT-MP, il faut noter quelques différences, notamment la période prise en compte – qui est de trois mois en maladie, et d'un mois seulement en AT-MP. Néanmoins, ces différences mineures ne peuvent pas être intégrées dans les estimations.

Tableau 17 : Coûts moyens transversaux, longitudinaux et taux moyen d'indemnités journalières par pathologie

Pathologie	Coûts transversaux			Coûts longitudinaux		
	IJ	PN	CM total	IJ	PN	CM total
				(2017, 2018, 2019)		
Canal carpien	2 173	245	2 418	2 843	361	3 204
Epaule enraidie	3 991	597	4 588	9 503	1 259	10 762
Tendinite du coude	2 822	346	3 169	4 849	573	5 421
Tendinite de la main et des doigts	2 456	286	2 742	3 450	407	3 857
Affections du rachis lombaire	4 099	804	4 903	10 705	1 270	11 975
Surdité	213	167	380	113	42	155
Dermatoses allergiques	2 062	168	2 231	3 359	78	3 438
Asthme	1 361	714	2 075	4 350	171	4 522
BPCO	139	1 354	1 494	298	114	412

IJ : indemnités journalières, PN : prestation en nature, CM : coût moyen

Source : Direction des risques professionnels de la CNAM- mai 2021, calcul DSS

3.3.2.4. – Le coût moyen des accidents du travail

Pour le coût moyen d'un accident du travail, la DRP propose de retenir désormais deux coûts :

- D'une part, le coût moyen utilisé pour la tarification appliquée aux entreprises et qui se base sur les accidents de travail de moins de 4 jours qui s'élève à 279 € pour 2018. En effet, la commission considère, au vu des obligations strictes qui entourent la déclaration des accidents du travail, que ceux faisant l'objet d'une sous-déclaration sont vraisemblablement les moins graves. Ce coût est appliqué aux accidents du travail sous-déclarés avec arrêt.
- D'autre part, le coût moyen observé pour les accidents du travail sans arrêt, nettement plus faible : il s'élève à 79 € en moyenne entre 2017 et 2019. Ce coût est appliqué aux accidents du travail sous-déclarés sans arrêt.

Le coût moyen d'un accident du travail avec arrêt étant de 293 €, celui d'un accident du travail sans arrêt étant de 83 €, le coût de la sous-déclaration concernant l'ensemble des accidents du travail peut être évalué à 110 M€.

3.3.3. – Le cas particulier de l'estimation du coût des cancers

L'estimation du coût lié à la sous-déclaration des cancers est spécifique : il s'agit de calculer, globalement, les dépenses liées à la prise en charge des cancers d'origine professionnelle, puis de retrancher le coût observé pour la branche AT-MP.

Jusqu'à la commission de l'année 2014, les calculs étaient basés sur une étude de l'Institut national du cancer (INCA) qui fournissait une évaluation de l'ensemble des coûts directs et indirects des cancers hors indemnités journalières pour l'année 2004. La méthode employée nécessitait d'actualiser ce coût et d'estimer celui des IJ.

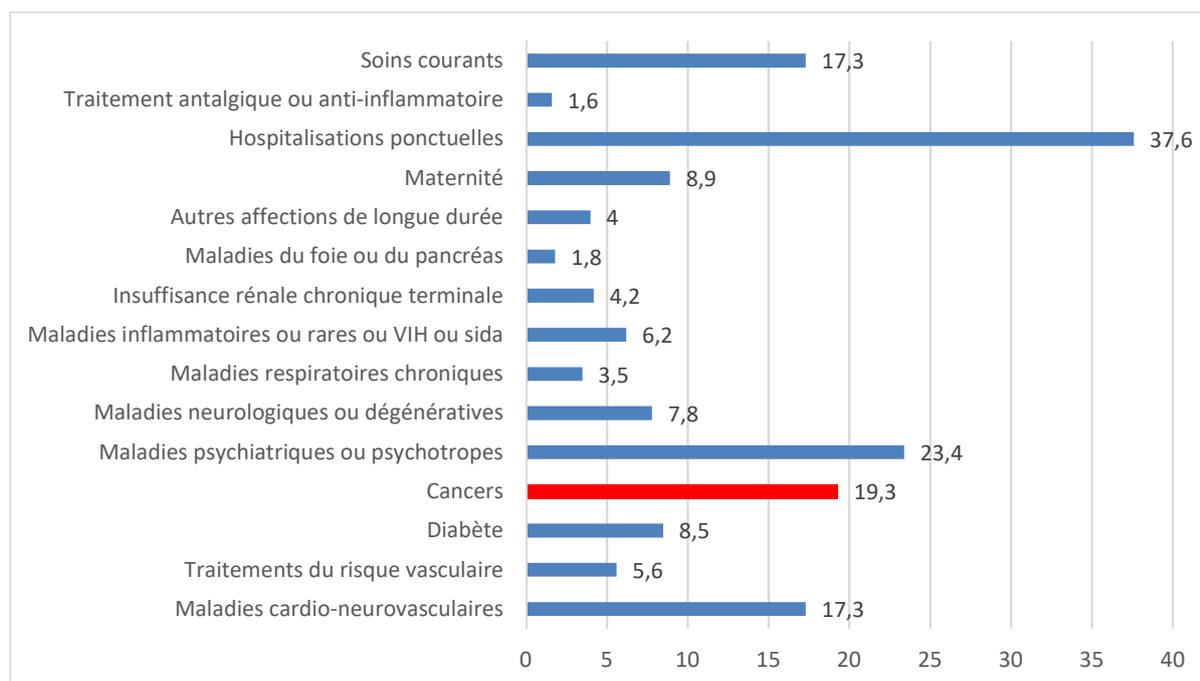
Les cancers entrant dans le champ de la cartographie des groupes de pathologies réalisée par la CNAM et présentée chaque année dans son rapport sur les charges et produits de la caisse, il a semblé pertinent d'utiliser ces données afin de disposer d'informations actualisées. L'estimation du coût des cancers se base ainsi pour cette commission, comme pour la précédente, sur les données de la CNAM.

En 2018, les cancers représentent une dépense de 19,3 Md€ des dépenses d'Assurance maladie pour l'ensemble des régimes (cf. graphique 20), et 16,3 Md€ pour le seul régime général, soit 11,5% de ses dépenses. A ce titre, ce groupe de pathologies est le troisième poste de dépense, devant les pathologies cardiovasculaires (10% des dépenses) et derrière les pathologies psychiatriques (14,5% des dépenses) et les épisodes hospitaliers ponctuels (22%). Les cancers concernent 2,9 millions de personnes (tous régimes confondus), soit 4,4% de la population. On

doit distinguer au sein de l'ensemble des cancers : ceux dits « actifs » (ayant donné lieu à une hospitalisation ou une mise en ALD en 2017 ou 2018) qui représentent 17,3 Md€ de dépenses (soit 90% des dépenses imputables aux cancers) et concernent 43% des malades ; les cancers dits « surveillés » (plus de deux ans) qui ne pèsent qu'à hauteur de 10% des dépenses imputables aux cancers alors qu'ils concernent 57% des malades. Ainsi, si le coût moyen d'un cancer en 2018 est de l'ordre de 6 600 €, il est de 13 600 € lors de sa phase active et de 1 200 € ensuite.

Sur la période 2012-2018, l'augmentation de la dépense totale du régime général en lien avec les cancers (+32%) est expliquée par une hausse d'abord de la dépense annuelle moyenne par patient (+18%), et ensuite des effectifs concernés (+11%).

Graphique 20 : Répartition des dépenses d'Assurance maladie en 2018 (en Md€)



Source : CNAM – Rapport « Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses : propositions de l'Assurance Maladie pour 2021 »

La méthodologie d'estimation du coût des cancers sous-déclarés est la suivante :

- Calcul d'un coût moyen à partir du coût des cancers (prestations en nature et IJ) fourni par la CNAM pour 2018 et pour le régime général, soit 16,3 Md€ et du nombre de patient en ALD 30, soit 2,3 millions en 2019. Le coût moyen obtenu est de 7 100€.
- Estimation du nombre de cas d'origine professionnelle : le nombre de cancers d'origine professionnelle est ainsi évalué entre 52 500 et 82 200 par an (cf. supra, en partie 3.2.5.1.). Ces effectifs, mis en regard des coûts individuels, permettent d'établir un coût des cancers professionnels compris entre 400 et 630 M€..
- A ces bornes est retranché le montant effectivement pris en charge par la branche AT-MP en 2020 que l'on estime à partir du coût 2013, actualisé en fonction de l'évolution du coût moyen calculé précédemment. En effet, les données fournies, relatives à 2019, sont incomplètes du fait de la récupération des frais d'hospitalisation liée à la montée en charge de la tarification à l'activité. Le montant est ainsi estimé à 18,5 M€ en 2020.

Le coût de la sous-déclaration des cancers est ainsi estimé entre 384 et 612 M€.

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

Le tableau suivant synthétise l'évaluation du coût de la sous-déclaration en présentant le nombre de cas sous-déclarés pour chaque pathologie et accident ainsi que les coûts moyens associés retenus par la commission en euros 2020 :

Tableau 18 : Evaluation du coût de la sous-déclaration

Pathologies professionnelles	Nombre de cas sous-déclarés	Coût moyen annuel	Coût total de la sous-déclaration (M€)
Principales affections périarticulaires	Canal carpien	4 100 à 15 600	13 à 51
	Tendinopathies de l'épaule	14 100 à 32 400	155 à 357
	Tendinopathies du coude	8 300 à 24 000	46 à 133
	Tendinopathies de la main et des doigts	5 000 à 7 600	20 à 30
Affections du rachis lombaire	1 300 à 5 700	12 270	15 à 70
Cancers professionnels	50 700 à 80 400	7 670	384 à 612
Surdité	25 500	390	10
Dermatoses allergiques et irritatives	24 100	3 520	85
Asthme	152 100 à 205 000	2 130	323 à 436
Broncho-pneumopathie chronique obstructive	44 000 à 142 100	1 530	67 à 217
Asbestoses et plaques pleurales	500 à 1 100	1 340	1 à 2
Accidents du travail	750 400	83/293	110
Total			1 230 à 2 112

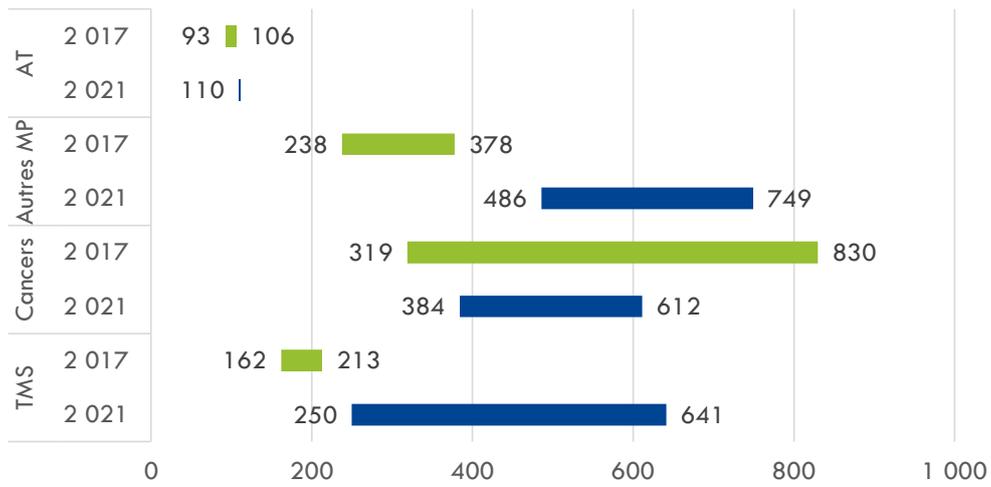
Le champ couvert et la méthodologie sont largement repris du rapport de 2017. La borne minimale de l'évaluation est évaluée à 1 230 M€ (contre 810 M€ en 2017).

Cette évolution s'explique par :

- La disponibilité d'études épidémiologiques récentes (environ 2/3 de l'évolution de la borne minimale) :
 - o Celles-ci conduisent à augmenter la prévalence dans la population des pathologies d'origine professionnelle, c'est notamment le cas pour l'asthme ou les dermatoses (19 % de la hausse globale) ;
 - o Les dernières données de tendance conduisent à supprimer les abattements de prudence retenus par la dernière commission (45 % de la hausse globale) ;
- L'actualisation des coûts individuels et des effectifs pris en charge par la branche AT-MP (17% de la hausse) ;
- L'actualisation de la méthodologie utilisée pour calculer la sous-déclaration relative aux cancers professionnels et aux accidents du travail (20 %).

Le graphique ci-dessous récapitule les écarts entre les bornes inférieures et supérieures de la sous-déclaration pour les principales pathologies. On observe ainsi une forte augmentation de la fourchette basse de sous-déclaration pour les TMS (+88 M€) et les autres maladies professionnelles hors cancers (BPCO, asthme, surdité et dermatoses allergiques), avec une hausse de la fourchette inférieure de 248 M€ (plus précisément, 51 M€ sur les BPCO, 127 M€ sur l'asthme, 5 M€ sur les surdités, 63 M€ sur les dermatoses allergiques, entre 1 M€ et 2 M€ sur les plaques pleurales). On note également une très nette réduction de l'intervalle (230 M€ contre 510 M€ pour la précédente commission) du coût de la sous-déclaration pour les cancers d'origine professionnelle, ce qui s'explique par l'actualisation des études épidémiologiques, qui fournissent désormais des données plus précises. De surcroît, la borne supérieure pour les cancers d'origine professionnelle décroît de manière significative par rapport aux précédents travaux de la commission (- 218 M€).

Graphique 21 : évaluation de la sous-déclaration, commissions de 2017 et 2021 (en M€)



Source : rapports de la commission, 2017 et 2021

4. – Préconisations de la commission

4.1. – Préconisations relatives aux médecins

4.1.1. – Information et formation continue des médecins

Comme l'a constaté la commission, le volume d'enseignements sur les sujets santé au travail et AT-MP est globalement limité dans le cadre du deuxième cycle des études de médecine, même s'il est marqué par une forte hétérogénéité entre universités ; de plus, la participation des étudiants à ces enseignements est très variable. Par ailleurs, la formation professionnelle continue des médecins reste encore trop limitée. Trop peu de médecins participent à ces actions de formation, peu de mécanismes de contrôle existent, l'évaluation de ces formations reste encore par trop lacunaire. En outre, les dispositions relatives au développement professionnel continu ne prévoient pas pour les médecins du travail, en l'état actuel des textes réglementaires, d'orientation relative à la procédure administrative de déclaration des maladies professionnelles. Pourtant, les personnalités auditionnées par la commission ont toutes signalé la place importante des médecins du travail s'agissant de la détection et de la déclaration des maladies professionnelles.

- ⇒ **Renforcer la formation initiale à la santé au travail et aux AT-MP, a minima en homogénéisant les pratiques entre les universités s'agissant du deuxième cycle des études médicales.**
- ⇒ **Enseigner de façon plus systématique, dès le deuxième cycle des études de médecine, l'existence des maladies professionnelles et les recours d'expertise possibles, notamment les centres régionaux de pathologies professionnelles et environnementales (CRPPE), de façon à améliorer le repérage et la reconnaissance de tout symptôme d'imprégnation toxique et toute maladie d'origine professionnelle.**
- ⇒ **Poursuivre et amplifier les actions engagées visant à former les médecins sur les AT-MP dans le cadre du développement professionnel continu (DPC), et renforcer la traçabilité des formations suivies.**
- ⇒ **Ajouter une orientation relative à la procédure de déclaration des maladies professionnelles dans les orientations pluriannuelles prioritaires de développement professionnel continu des médecins du travail.**

Les sociétés savantes ont un rôle majeur à jouer dans l'information des médecins en matière de prévention et de reconnaissance des maladies professionnelles. Trop souvent toutefois, comme l'a constaté la commission, les sociétés savantes ne sont pas alertées par les pouvoirs publics des modifications législatives ou réglementaires qui concernent la procédure de reconnaissance et de déclaration des maladies professionnelles. Les différentes administrations compétentes doivent donc renforcer leur action d'information des sociétés savantes au cours des prochaines années.

- ⇒ **Assurer une meilleure information des sociétés savantes par les pouvoirs publics (direction de la sécurité sociale/direction générale de la santé/direction générale du travail) sur l'actualisation des tableaux de maladies professionnelles ou l'actualisation des recommandations à destination des CRRMP.**
- ⇒ **Mettre à disposition des médecins un site Internet permettant de trouver l'information indispensable sur les modalités de demande d'AT-MP, la rédaction du certificat médical initial, les tableaux actualisés de maladies professionnelles et les listes à jour des facteurs de risques professionnels susceptibles de donner lieu à des cancers reconnus d'origine professionnelle dans le cadre de la procédure hors tableaux.**

Enfin, la commission a pu noter une connaissance partielle par les médecins de l'intérêt financier d'une reconnaissance d'AT-MP, en comparaison notamment avec le droit commun (prise en charge des frais de santé en cas d'affections de longue durée, pension d'invalidité). Même, certains médecins craignent l'impact négatif de la reconnaissance d'AT-MP sur l'emploi et l'employabilité de leur patient.

- ⇒ **Sensibiliser les médecins au bénéfice que représente pour les salariés la reconnaissance en maladie professionnelle.**

4.1.2. – Médecine du travail

La commission réunie en 2017 avait souligné la nécessité d'engager une réflexion sur l'exercice en pratique avancée pour les infirmiers en santé au travail. Si cette piste n'a pas trouvé à ce jour de traduction concrète, la présente commission a insisté sur l'intérêt des délégations d'activités au sein des équipes pluridisciplinaires des SST, compte tenu de la hausse soutenue des effectifs infirmiers ces dernières années (et de la baisse parallèle des effectifs médicaux). Dans ce cadre, il apparaît primordial de renforcer la formation des infirmiers en santé au travail.

- ⇒ **Renforcer la formation des infirmiers en santé au travail, notamment sur les sujets AT-MP, et s'assurer de la mise en œuvre effective des délégations d'activité.**

Les personnalités auditionnées par la commission ont souligné les obstacles techniques qui rendent difficile la rédaction dématérialisée des certificats médicaux initiaux par le médecin du travail, alors même qu'ils disposent souvent des éléments permettant d'établir le lien potentiel entre la pathologie et l'activité professionnelle.

- ⇒ **Faciliter la rédaction, notamment par voie dématérialisée, des CMI par les médecins du travail.**

4.2. – Préconisation visant à améliorer les échanges entre les caisses d'Assurance maladie, les services de santé au travail et les médecins traitants

La commission constate que, en matière de prévention de la désinsertion professionnelle, la communication entre médecin traitant, médecin-conseil et médecin du travail fait l'objet d'expérimentations de l'Assurance maladie (plateformes départementales, initiées en juin 2021) ; par ailleurs, elle souligne les évolutions prévues par la proposition de loi en santé au travail, à partir du 1^{er} janvier 2024, sur la communication entre l'Assurance maladie et le service de santé au travail. Néanmoins, elle regrette que l'orientation de développement professionnel continu relative à la communication entre médecin traitant et médecin du travail, qui existait pour la période 2016 à 2019, n'ait pas été reprise pour la période 2020 à 2022, alors même qu'il s'agit d'un enjeu essentiel, pour la prévention de la désinsertion professionnelle, comme, plus globalement, pour la détection et la déclaration des maladies potentiellement d'origine professionnelle.

- ⇒ **Intégrer dans les orientations de développement professionnel continu (DPC) des professionnels de santé une orientation relative à la communication entre le médecin traitant et le médecin du travail.**

4.3. – Préconisations relatives aux victimes

La commission réitère le constat d'une très forte complexité de la réglementation relative à l'invalidité (Assurance maladie) et à la réparation (AT-MP). Les règles d'articulation entre les deux prestations ainsi que les règles de cumul sont complexes. Les victimes optent souvent pour l'une ou l'autre des deux prestations sans être pleinement informées des conséquences financières – mais aussi en matière de droits connexes – que leur choix implique.

- ⇒ **Réexaminer les règles d'articulation/de cumul entre pensions d'invalidité et rentes AT-MP, et mieux informer les assurés sur Ameli.**

La détection des pathologies d'origine potentiellement professionnelle constitue un enjeu majeur dans la lutte contre la sous-déclaration des AT-MP, en particulier s'agissant des pathologies à long effet de latence, notamment les cancers. Dans ce cadre, le suivi post-professionnel des travailleurs ayant été exposés à certains facteurs de risques professionnels, qui poursuit deux objectifs (favoriser le dépistage précoce de pathologies susceptibles d'apparaître après la fin de l'activité professionnelle et sensibiliser les victimes à leur origine potentiellement professionnelle) doit être renforcé. De plus, les initiatives relevées dans le rapport, tel que le dispositif Propoumon, qui permet une collaboration efficace entre les centres de lutte contre le cancer et les centres régionaux de pathologies professionnelles et environnementales, doivent être encouragées. Enfin, s'agissant des centres régionaux de pathologies professionnelles, dont la commission a noté qu'ils étaient parfois difficilement accessibles aux victimes, il convient d'engager une réflexion sur la densification de leur implantation et la création d'antennes au-delà des CHU (comme cela est d'ailleurs déjà possible, d'un point de vue juridique).

- ⇒ **Mesurer annuellement le nombre de bénéficiaires du suivi post-professionnel.**

- ⇒ **Financer via les agences régionales de santé des initiatives telles que Propoumon visant à favoriser la détection des pathologies d'origine professionnelle, via notamment le rapprochement entre les centres de lutte contre le cancer et les centres régionaux de pathologies professionnelles et environnementales. Dans ce cadre, il pourrait être systématiquement demandé aux patients qui effectuent une consultation dans un CLCC de renseigner leur parcours professionnel.**
- ⇒ **Densifier l'implantation territoriale des CRPPE, en fonction de l'évolution des effectifs de médecins du travail sur la période à venir et compte tenu par ailleurs des modalités de financement envisageables, en réexaminant notamment leur articulation avec l'ensemble des établissements de santé (établissements publics, établissements privés d'intérêt collectif, cliniques) et le réseau des centres régionaux de lutte contre le cancer (CLCC).**

La commission a pu noter que l'information des assurés, qui a déjà fait l'objet d'importants progrès depuis 2017, devait être poursuivie, afin d'améliorer la sensibilisation du grand public à la question des risques professionnels.

- ⇒ **Mettre en place une campagne d'information destinée au grand public sur la thématique des risques professionnels, s'agissant des maladies professionnelles liées aux pesticides dans les Antilles, et potentiellement, en fonction du bilan de cette campagne, concernant d'autres pathologies et/ou territoires.**

4.4. – Préconisation relative aux entreprises

Comme l'a relevé la commission, la question de la traçabilité des expositions est un enjeu absolument essentiel en amont de la procédure de déclaration de maladie professionnelle. Dans cette optique, il convient de renforcer la couverture des entreprises, encore insuffisante, par le document unique d'évaluation des risques professionnels, et de garantir son accessibilité au salarié.

- ⇒ **Numériser le document unique d'évaluation des risques professionnels et étudier la possibilité de l'intégrer au dossier médical en santé au travail.**

4.5. – Préconisations relatives aux établissements de santé et à la prise en charge des soins

Les agents hospitaliers (professionnels de santé, cadres infirmiers, assistantes sociales...) sont encore insuffisamment formés à la détection des pathologies d'origine professionnelle. Par ailleurs, ils ignorent encore trop souvent comment déclarer une maladie d'origine professionnelle. Le rôle des délégués de l'Assurance maladie (DAM) apparaît à cet égard majeur.

- ⇒ **Prévoir l'intervention des DAM devant les commissions médicales d'établissement sur la question des risques professionnels.**
- ⇒ **Sensibiliser les professionnels hospitaliers concernés au signalement du caractère professionnel d'un accident ou d'une maladie.**

Par ailleurs, il convient de renforcer l'accompagnement des patients potentiellement victimes d'une pathologie professionnelle au stade de la constitution du dossier de déclaration, sur le modèle de l'expérimentation de l'étude Propoumon.

- ⇒ **Renforcer la formation des assistantes sociales au sein des établissements hospitaliers sur la thématique « risques professionnels ».**

La question de l'imputation des dépenses relatives aux accidents du travail et aux maladies professionnelles sur le risque AT-MP constitue également un enjeu central.

- ⇒ **Imputer plus systématiquement au risque AT-MP les arrêts de travail survenant à distance d'un accident de travail initial, et expertiser à cet égard l'impact de la simplification des certificats médicaux, y compris pour les rechutes et nouvelles lésions.**

4.6. – Actualisation des tableaux de maladies professionnelles

La réforme de l'expertise scientifique, confiée désormais à l'ANSES, doit permettre d'objectiver la procédure de création ou modification des tableaux de maladies professionnelles. Néanmoins, la problématique des pathologies plurifactorielles demeure entière. Comme en témoignent les discussions au sein de la commission spécialisée n°4 du conseil d'orientation des conditions de travail, il n'existe pas à ce stade de consensus sur la création de tableaux pour ces pathologies.

- ⇒ **Expertiser les modalités d'une meilleure caractérisation des pathologies dans les tableaux de maladies professionnelles, afin d'améliorer la reconnaissance des pathologies plurifactorielles.**

4.7. – Préconisations sur le suivi de la sous-déclaration

Les travaux de la commission nécessitent de disposer à échéance régulière d'indicateurs épidémiologiques estimant la sous-déclaration des pathologies d'origine professionnelle relevant des tableaux de maladie professionnelle. Les indicateurs disponibles aujourd'hui reposent pour une part importante sur les dispositifs de surveillance des pathologies professionnelles mis en place par Santé publique France, comme le Programme de surveillance des maladies à caractère professionnel ou le Dispositif national de surveillance des mésothéliomes. Ces dispositifs permettent un suivi dans le temps du niveau de sous-déclaration d'une partie des pathologies d'origine professionnelle relevant des tableaux de maladie professionnelle. Ils présentent toutefois des limites, liées à la diminution du nombre de médecins du travail, alors que la surveillance repose sur leur signalement, aux méthodes retenues pour en extrapoler les résultats France entière, ou encore à la capacité à maintenir de tels dispositifs à long terme.

- ⇒ **Renforcer les dispositifs de surveillance épidémiologique mis en place par Santé publique France, afin de disposer à l'avenir d'indicateurs épidémiologiques fiables et renseignés à échéance régulière, couvrant, s'agissant du programme MCP, l'ensemble du territoire national, indispensables aux travaux de la commission.**

4.8. – Assurer un suivi des recommandations de la commission

La commission a relevé que la mise en œuvre des recommandations n'était évaluée que tous les trois ans – alors qu'elle nécessiterait un suivi plus régulier, afin de permettre une meilleure appréciation du phénomène de sous-déclaration, et de son évolution dans le temps.

- ⇒ **Réaliser un suivi annuel des recommandations de la commission en invitant l'ensemble des administrations et organismes concernés à faire le bilan des préconisations de la commission, sous le pilotage de la direction de la sécurité sociale. Le bilan pourra être présenté chaque année à la commission des accidents du travail et des maladies professionnelles (CAT-MP).**

Annexe 1 : Lettre de mission au président de la commission, M. Christian Carcagno (conseiller-maître à la Cour des comptes)



GOVERNEMENT

*Liberté
Égalité
Fraternité*

Les Ministres

Paris, le 05 FEV. 2021

N/Réf. : LP/JLI/CMA/HAR : D-21-002356

Monsieur le Conseiller-Maître,

Nous vous remercions d'avoir accepté de présider la commission chargée d'évaluer le coût pour la branche maladie de la sous-déclaration des accidents du travail et des maladies professionnelles (AT-MP). La dernière commission sur la sous-déclaration des AT-MP s'étant tenue en 2017, une nouvelle commission devait se réunir au printemps 2020 ; le contexte sanitaire a toutefois conduit comme vous le savez à reporter cette échéance, comme le prévoit l'article 99 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2021. Le prochain rapport devra donc être remis au Gouvernement et au Parlement avant le 1^{er} juillet 2021.

Comme ceux des précédentes commissions, vos travaux s'attacheront à dresser le bilan de la mise en œuvre des préconisations de la précédente commission, puis à examiner l'ensemble des causes de sous-déclaration et leur évolution, en tenant compte des mesures et actions engagées depuis 2017, tant au niveau réglementaire (notamment la refonte de la procédure d'instruction des demandes d'AT-MP, visant à en améliorer la lisibilité pour les assurés et les employeurs) que dans les pratiques de gestion des caisses primaires d'assurance maladie (fixation par exemple d'un indicateur, dans la nouvelle convention d'objectifs et de gestion pour la période 2018-2022, portant sur la réduction de l'hétérogénéité des décisions des caisses en matière de reconnaissance des maladies professionnelles). Ces travaux devront permettre, *in fine*, d'estimer le coût de la sous-déclaration des AT-MP pour la branche maladie, du fait des dépenses induites prises en charge par cette dernière. La comparaison avec la situation dans d'autres pays européens devra également être conduite.

Dans ce cadre, la commission devra examiner les phénomènes de sous-déclaration afférents aux divers facteurs de risques professionnels (agents chimiques, produits cancérigènes...), sur la base des dernières études épidémiologiques. Plus spécifiquement, la sous-déclaration des cancers d'origine professionnelle, des pathologies liées à l'exposition professionnelle à l'amiante, des troubles musculo-squelettiques (TMS), devra faire l'objet, dans la lignée des travaux des précédentes commissions, d'un chiffrage aussi précis que possible en l'état actuel des connaissances scientifiques et épidémiologiques.

.../...

Monsieur Christian CARCAGNO
Conseiller-Maître
Cour des Comptes
13, rue Cambon
75 100 – PARIS 01 SP

127 rue de Grenelle – 75007 PARIS
14, avenue Duquesne – 7350 PARIS SP 07

Concernant par ailleurs les risques psychosociaux, qui ont fait l'objet d'une analyse détaillée par la commission en 2014 et plus succincte en 2017, la commission s'attachera à apprécier les causes de l'augmentation régulière de la reconnaissance des affections psychiques en tant qu'AT-MP. Cette augmentation, particulièrement soutenue depuis 2013 (multiplication par 4 des reconnaissances d'affections psychiques au titre de la procédure dite hors tableaux prévue à l'alinéa 7 de l'article L. 461-1 du code de la sécurité sociale) semble en effet témoigner à la fois d'une augmentation de la prévalence des maladies psychiques liées au travail au sein de la société et d'une meilleure prise en compte des pathologies psychiques au titre de la reconnaissance en maladies professionnelles.

De manière transversale, pour l'ensemble des risques professionnels, les travaux de la commission devront approfondir le sujet, évoqué par les précédents rapports, de l'arbitrage effectué par les assurés entre la réparation au titre des AT-MP et la pension d'invalidité, ainsi que des règles d'articulation entre les prestations. Cet arbitrage constitue en effet un enjeu important au regard du phénomène de sous-déclaration des AT-MP, la préférence collective pour la réparation en invalidité, soulignée par les précédents rapports, pouvant entraîner le paiement indu de certaines dépenses par la branche maladie.

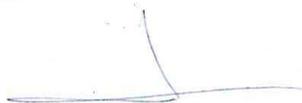
Pour mener à bien leurs travaux et notamment estimer le coût, pour la branche maladie, de la sous-déclaration des AT-MP, les membres de la commission pourront s'appuyer sur les services du ministère du travail, de l'emploi et de l'insertion (direction de l'animation de la recherche, des études et des statistiques, direction générale du travail) et du ministère des solidarités et de la santé (direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, direction de la sécurité sociale, direction générale de la santé, direction générale de l'offre de soins), ainsi que sur ceux de la direction des risques professionnels de la caisse nationale d'assurance maladie.

La commission devra remettre son rapport au plus tard le 15 juin 2021 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.

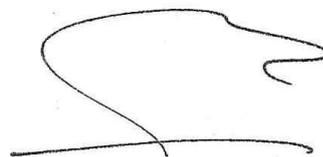
Nous vous prions d'agréer, Monsieur le conseiller-maître, l'expression de notre considération distinguée.



Élisabeth BORNE



Olivier VÉRAN



Laurent PIETRASZEWSKI

Annexe 2 : Restitutions des auditions conduites par le président de la commission

Audition CFDT (Pierre-Gaël Loréal et Brigitte Pernot)

- Facteurs de sous-déclaration

La **CFDT** rappelle qu'il n'y a pas beaucoup de données chiffrées et objectivables en matière de sous-déclaration. La CFDT mentionne néanmoins les situations de travail illégal ou de détachement irrégulier de travailleurs, qui sont propices à la sous-déclaration des AT-MP. La CFDT relève par ailleurs des situations dans lesquelles l'intéressement ou le versement de primes sont conditionnés à une sinistralité faible, ce qui dissuade les salariés de déclarer un accident. Ce phénomène existe, selon la CFDT, dans le secteur du BTP. La CFDT mentionne néanmoins une diminution de ce phénomène, la baisse de la prime n'intervenant plus systématiquement à l'issue du premier accident.

La CFDT pointe le risque accru de sous-déclaration s'agissant des intérimaires, qui craignent potentiellement de ne pas être réembauchés par l'entreprise utilisatrice. La CFDT relève que la sous-déclaration peut également concerner des salariés avec beaucoup d'ancienneté.

La CFDT souligne que certaines entreprises font peser la responsabilité de l'accident de travail sur les salariés, alors même que la politique de prévention de l'entreprise ou les pressions exercées sur les salariés pour respecter les délais sont en cause.

La CFDT relève que certains grands groupes privilégient des sous-traitants à faible sinistralité, ce qui constitue une politique de sous-déclaration implicite de la part des employeurs concernés.

Enfin, la CFDT regrette l'utilisation parfois abusive du registre des accidents du travail bénins pour des accidents qui semblent en effet bénins à l'origine, mais qui ont des conséquences parfois graves et qui ne sont pas toujours signalés en accidents de droit commun par la suite.

- Rôle du médecin du travail et du médecin traitant

Le Président s'interroge sur le rôle régulateur que pourraient jouer les médecins du travail face au comportement de certaines entreprises.

La CFDT souligne que les médecins du travail ne sont pas forcément les mieux placés pour contester certaines pratiques des entreprises, surtout au sein des SSTA. La CFDT rappelle que le financement des SST repose sur les employeurs, ce qui peut poser question en terme d'indépendance du médecin du travail. Par ailleurs, pour la CFDT, le médecin du travail n'investit pas suffisamment le terrain de l'entreprise, même si ce constat n'est pas généralisable et qu'il existe localement des médecins du travail « courageux » qui émettent des alertes ou assistent le salarié dans la déclaration de maladie professionnelle. La CFDT souligne que de manière générale le salarié peut être assez isolé face à la pression de l'employeur.

- Pathologies particulièrement concernées par la sous-déclaration

La CFDT rappelle que certains cancers sont plus déclarés que d'autres, dans la mesure où le lien exposition-pathologie est bien avéré. C'est notamment le cas des mésothéliomes. Néanmoins, la CFDT souligne qu'au global, les cancers professionnels font l'objet d'une sous-déclaration massive puisqu'il y aurait entre 10 000 et 12 000 cancers professionnels selon les études et que seulement 1 500 environ sont reconnus chaque année.

La CFDT évoque également la sous-reconnaissance des pathologies psychiques, même si selon la CFDT, des améliorations sont à noter depuis le décret du 7 juin 2016. Selon la CFDT, la procédure dite hors-tableaux (alinéa 7) reste marquée par une forte complexité, du fait du critère d'incapacité permanente de 25%. La CFDT n'est pas forcément favorable à la création d'un tableau pour les maladies psychiques, mais propose d'abaisser le seuil d'incapacité permanente à 10%, voire de le supprimer. La CFDT rappelle que pour les affections psychiques, beaucoup de salariés essaient de passer par la voie de l'accident de travail afin de voir leur pathologie reconnue, sans que cela n'aboutisse à une reconnaissance.

La CFDT compare les pathologies relevant du tableau n°57 et celles en lien avec la Covid-19 (tableau n°100). Pour la CFDT, dans les deux cas, les critères des tableaux sont trop restrictifs. Selon la CFDT, la désignation de la maladie pose problème dans ces deux tableaux dans la mesure où elle mentionne un examen (IRM pour les TMS de l'épaule, ce qui pose question de l'accessibilité à l'examen dans les déserts médicaux pour la CFDT) ou les soins nécessités par la pathologie (oxygénothérapie pour la Covid). De même, la CFDT juge que la description des travaux est parfois trop précise et fait sortir la victime de la présomption d'imputabilité posée par les tableaux. La CFDT estime que c'est notamment le cas pour les pathologies relevant du tableau 57A, dans le cadre duquel il faut prouver qu'on a levé les bras à 90°. La CFDT rappelle à cet égard que certains salariés ne sont pas à l'aise dans la description de leurs conditions de travail.

La CFDT met également en avant la mauvaise connaissance du caractère pathogène des agents par les salariés, qui ne pensent pas au caractère professionnel de leur pathologie. Cela est particulièrement vrai, pour la CFDT, du risque chimique, ce qui explique que les cancers professionnels soient particulièrement concernés par la sous-déclaration.

- **Enjeu de la traçabilité des expositions professionnelles**

La CFDT souligne l'existence d'un délai de latence parfois très long entre l'exposition professionnelle et la survenance de la pathologie, ce qui explique que certaines victimes soient à la retraite quand la pathologie se déclare. Il y a, selon la CFDT, un réel problème de traçabilité. La disparition en 2015 de la fiche d'exposition aux agents chimiques (même si la CFDT explique qu'elle n'était pas tout à fait effective auparavant) met la France dans une situation de non-conformité avec le droit européen.

- **Enjeu de la sous-reconnaissance**

La CFDT rappelle l'hétérogénéité des pratiques des caisses et des commissions de recours amiable. Par ailleurs, la CFDT tient à souligner que certaines entreprises ont une politique de contestation systématique des AT-MP, en lien avec des cabinets d'avocats qui ont construit une spécialité en droit du travail. La CFDT rappelle que les victimes ne bénéficient pas du même appui juridique.

La CFDT évoque également une sous-reconnaissance liée à la construction des tableaux de maladies professionnelles. Le statut de la sécurité sociale, à la fois instructeur des dossiers et gestionnaire de fonds, serait également de nature selon la CFDT à ce que la gestion de fonds prenne le pas sur l'instruction et la reconnaissance en maladies professionnelles.

La CFDT souligne également l'absence de réglementation et de sanction pour les employeurs qui affichent une sinistralité élevée, si ce n'est par le biais du taux de cotisation AT-MP. Les politiques de prévention seraient par conséquent reléguées au second plan.

Enfin, la CFDT évoque la question des accidents de travail dans le cadre du télétravail, que les employeurs considèrent comme des accidents domestiques. Le champ des particuliers employeurs emporte également des enjeux importants en terme de sous-reconnaissance.

- **Enjeu de la sous-déclaration sur les arrêts de travail courts**

Pour **la CFDT**, les arrêts de travail courts font potentiellement l'objet d'une sous-déclaration plus importante dans la mesure où il est plus difficile de sous-déclarer un accident du travail grave, qui implique les pompiers ou la police. La CFDT rappelle les conclusions du rapport Seiller (2019) qui met en avant la problématique des conditions de travail dans la survenance des arrêts de travail, notamment de courte durée. Cependant, la CFDT fait remarquer que si les arrêts de travail courts font probablement l'objet d'une sous-déclaration plus importante, leur impact sur le coût de la sous-déclaration est par construction limité.

- **Procédure d'élaboration des tableaux de maladies professionnelles**

La CFDT rappelle son attachement au principe de présomption d'imputabilité et au consensus social qui doit émerger de la CS4 pour aboutir à la création ou à la révision des tableaux de maladies professionnelles. L'externalisation de la procédure d'expertise scientifique auprès de l'ANSES offre des perspectives néanmoins intéressantes.

Pour la CFDT, le retard pris par la CS4 dans l'élaboration de tableaux dans le cadre de l'ancienne procédure était lié à ce que les médecins experts de chaque organisation apportaient chacun leur expertise scientifique, alors que le travail des partenaires sociaux aurait simplement dû consister à discuter de l'opportunité économique et sociale de la révision des tableaux. La CFDT regrette que le tableau relatif au trichloréthylène et au cancer du rein ne soit toujours pas paru et ce malgré le consensus trouvé par les partenaires sociaux sur le sujet.

Articulation entre rentes AT-MP et pensions d'invalidité

La CFDT tient à rappeler le rôle important joué par les professionnels qui aident les victimes et qui peuvent les influencer dans leur choix. A court-terme, la pension d'invalidité serait plutôt plus favorable (plus facile et plus rapide à obtenir) que la rente AT-MP. Sur le long-terme, ce constat semble moins évident dans la mesure où la rente AT-MP est viagère.

- **Réforme de la procédure de reconnaissance des accidents du travail et des maladies professionnelles**

Le Président s'interroge sur les progrès réalisés depuis 2017 s'agissant de la procédure de reconnaissance des accidents du travail et des maladies professionnelles.

La CFDT établit un parallèle avec les commissions de surendettement qui accompagnent les personnes en difficulté et évoque la possibilité de mettre en place un accompagnement similaire pour les victimes d'AT-MP.

Globalement, la CFDT dresse un constat positif des actions menées pour améliorer la procédure de reconnaissance ou renforcer l'information des salariés. Mais des manques subsistent. Ainsi, les salariés ne seraient pas au courant qu'ils peuvent eux-mêmes déclarer un accident du travail lorsque l'employeur ne l'a pas fait.

La CFDT souligne que le recul sur la nouvelle procédure est encore insuffisant. La dématérialisation constitue une avancée, à condition qu'elle reste facultative. Les décisions doivent continuer à être notifiées par courrier, pour des raisons d'accès au droit. Pour la CFDT, il faut garder des points d'accueil physiques ou téléphoniques.

La CFDT juge comme plutôt louable le nouveau cadencement des délais, qui régit la procédure de reconnaissance des accidents du travail et des maladies professionnelles. Cependant, en contraignant les CRRMP à statuer dans un délai préfixé, on court le risque de voir des CRRMP débordés, qui n'étudient pas les dossiers correctement. Cela peut se traduire par des refus de reconnaissance, d'après les remontées du terrain.

- **Relation entre médecin du travail et médecin de ville**

La CFDT note quelques progrès, même si les échanges restent insuffisants et disparates selon les médecins. Les échanges entre médecine de ville et médecine du travail doivent permettre de renforcer l'acculturation entre les deux versants et de pouvoir échanger sur le cas d'un salarié en particulier.

Le développement des médecins collaborateurs, porté par les dernières réformes, va dans le bon sens sur le premier volet, car il permet d'intégrer aux SST des spécialistes de la médecine de ville et des soins. La CFDT pointe néanmoins des difficultés liées aux stages, qui ont tendance à démotiver certaines vocations. L'ANI de décembre 2020, avec la création du statut de médecin praticien correspondant, fait courir le risque que le suivi des salariés soit effectué par la médecine de ville. Néanmoins, cela pourrait aussi contribuer à décroquer médecine du travail et médecine de ville, voire à susciter des vocations pour la médecine du travail. La CFDT souligne que les deux médecines (de ville et du travail) vont de pair pour identifier l'origine potentiellement professionnelle d'une pathologie.

- **Rôle des centres de pathologies professionnelles et environnementales (CRPPE)**

La CFDT souligne que la présence sur le territoire d'un CRPPE devrait impliquer moins de sous-déclaration. Mais la CFDT rappelle que tout le territoire n'est pas couvert et que la situation dépend des effectifs dédiés au sein de chaque hôpital, qui gère avant tout les soins, sans s'attacher systématiquement à déceler l'origine professionnelle d'une pathologie.

La DSS interroge la CFDT sur d'éventuelles pratiques hétérogènes entre caisses.

La CFDT indique que ce constat est global et ne concerne pas spécifiquement le taux d'incapacité permanente de 25%.

La DSS interroge la CFDT sur le cas spécifique des maladies professionnelles qui se déclarent à la retraite.

La CFDT indique que la sous-déclaration est généralement plus forte pour ces pathologies, dans la mesure où les bénéfices d'une reconnaissance d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle apparaissent moins évidents à la retraite. Pour la CFDT, un grand nombre de retraités ignorent même la possibilité de déclarer une maladie professionnelle.

Audition CGT (Jérôme Vivenza, Olivier Perrot et Serge Journoud)

- Facteurs de sous-déclaration

La **CGT** souligne l'institutionnalisation et la généralisation de la sous-déclaration, y compris au sein de petites entreprises alors même, selon la CGT, qu'on pourrait penser que ces entreprises n'ont pas d'intérêt à sous-déclarer les AT-MP, du fait de leur mécanisme de tarification. La CGT met en avant les difficultés à mener des politiques de prévention en l'absence de déclaration des AT-MP, ce qui nuit à la santé des travailleurs et aux finances de la sécurité sociale.

La CGT insiste sur la pertinence de mettre en place un système où la déclaration ne reposerait pas uniquement sur le salarié, conformément aux orientations de la mission sur les indemnités journalières et de plusieurs propositions de loi. En effet, selon la CGT, il est plus difficile pour des salariés malades d'effectuer une déclaration en maladie professionnelle. La CGT met en avant l'importance d'un système bienveillant à l'égard des victimes, qui ne soit pas pour autant inutilement répressif à l'endroit des employeurs.

La CGT souligne l'importance de la formation et de la sensibilisation des différents acteurs même si depuis plusieurs années il est possible de souligner une amélioration de la situation. Ainsi, les forces de l'ordre auraient été sensibilisées à l'origine potentiellement professionnelle des accidents de la route qu'elles constatent. La CGT pointe du doigt la sensibilisation des médecins, notamment s'agissant de la rédaction des certificats médicaux initiaux et met en avant l'existence de situations dans lesquelles le médecin du travail n'a pas correctement renseigné un avis d'inaptitude.

La CGT rappelle l'importance des politiques de prévention, qui représentent le meilleur investissement en matière de risques professionnels.

La CGT rappelle la problématique de l'utilisation de la carte Vitale en matière de risque AT-MP, y compris pour les passages aux urgences. Pour la CGT, les agents hospitaliers doivent pouvoir visualiser rapidement si les soins pour lesquels ils sont mobilisés relèvent d'un AT-MP. La CGT souligne sur ce point son incertitude, certains professionnels de santé indiquant que l'utilisation de la carte Vitale pour les accidents du travail est d'ores et déjà possible, d'autres non. La question de l'utilisation de la carte Vitale pour les AT-MP est surtout prégnante dans les service d'urgences, où les dossiers sont souvent enregistrés en maladie et où la réimputation par la suite en AT-MP est compliquée. La CGT pointe également l'enjeu des dépassements d'honoraires pour les chirurgiens hospitaliers. De manière générale, les agents hospitaliers choisiraient la solution la plus simple et donc l'enregistrement en maladie.

La CGT évoque le cas récent d'un sous-traitant de Chronopost, dont l'un des salariés aurait été agressé au couteau et qui n'a pas eu par la suite d'arrêt de travail. Quelques jours plus tard, ce salarié a été placé en arrêt maladie, mais pas en arrêt AT-MP.

- Facteurs de sous-reconnaissance

La CGT souligne que parfois les arrêts de travail sont modifiés par les entreprises concernées.

Le Président demande des précisions sur les pathologies qui font l'objet d'une sous-reconnaissance en particulier.

La CGT souligne que les cancers liés à l'amiante sont au nombre de 1 200 environ par an mais que 460 seulement sont reconnus en maladies professionnelles. Or, il y a selon la CGT très peu de cas de cancers

de l'amiante qui ne sont pas d'origine professionnelle. Il est cependant difficile de savoir quelle est la part de la sous-déclaration, et quelle est la part de la sous-reconnaissance. La CGT relève que ce sont les cancers les plus simples à relier à l'activité professionnelle, mais qu'il demeure des marges de progrès.

La CGT rappelle que les pathologies liées à l'amiante sont celles sur lesquelles les progrès les plus importants ont été réalisés, même s'il existe cependant beaucoup de victimes non indemnisées. La CGT pointe également les difficultés sur les cancers, du fait des difficultés à avoir une traçabilité des expositions. Pour la CGT, il existe un problème lié à la notion de seuils qu'on retient en France dans le champ de la prévention, alors que cette notion n'a pas de sens, par exemple pour les perturbateurs endocriniens. Par conséquent, la déclaration et la reconnaissance sont, selon la CGT, quasiment impossibles pour ces expositions.

La CGT évoque également la question des troubles musculo-squelettiques liés notamment à des mauvaises postures de travail au domicile (télétravail). La CGT ne dispose pas toutefois d'éléments chiffrés sur ces pathologies.

La CGT relève aussi l'enjeu que soulève la sous-déclaration des maladies psychiques.

La CGT pointe du doigt la particularité de la Covid-19, à la fois sur la question des pathologies liées à une contamination, et sur les maladies psychiques que celle-ci peut engendrer. La CGT souligne le flou existant sur les protocoles mis en place par le ministère du travail, pour la plupart axés sur la désresponsabilisation des employeurs. La CGT insiste sur la nécessaire reconnaissance en maladie professionnelle des pathologies contractées par des salariés sur leur lieu de travail ou sur le trajet vers le travail. La création du tableau n°100 ne répond pas du tout à cet enjeu selon la CGT : le nombre de personnes indemnisées est marginal car le tableau ne retient que certaines pathologies, alors que la Covid a entraîné une multiplicité de pathologies. La CGT évoque l'exemple d'un salarié dans l'Yonne en stress post-traumatique par ce qu'il avait de la fièvre et pensait avoir la Covid. La CGT mentionne également le risque de sous-reconnaissance, lié au fait que le tableau n°100 distingue les soignants des autres professionnels. Enfin, la CGT souligne que les mesures de prévention s'agissant de la Covid-19 au sein des entreprises sont parfois adoptées par les services communication, alors qu'elles devraient relever de la prévention.

- **Enjeu de la sous-déclaration sur les arrêts de travail courts**

La CGT ne signale pas spécifiquement de sous-déclaration sur les arrêts de travail courts. Celle-ci concerne tous les arrêts, il n'y aurait pas de spécificité pour les arrêts courts. La tendance consiste au contraire, selon la CGT, à ne pas déclarer les sinistres graves (RPS, suicides). La CGT souligne également l'existence de situations dans lesquelles le salarié est d'abord en arrêt de travail AT-MP, notamment pour des pathologies en lien avec des risques psychosociaux, et se retrouve par la suite en arrêt maladie, alors qu'il s'agit d'aggravations de l'arrêt initial.

- **Enjeu de la révision des tableaux de maladies professionnelles**

La CGT déplore le délai de quatre ans pour la publication du tableau relatif au trichloréthylène ainsi que des difficultés relatives au seuil d'incapacité permanente de 25% pour les pathologies relevant de l'alinéa 7 de l'article L. 461-1 du code de la sécurité sociale. La CGT fait également part de son inquiétude quant à l'augmentation des inaptitudes en France (un licenciement pour inaptitude toutes les 2 minutes par heure travaillée).

Le Président demande des précisions sur les causes à l'origine des délais nécessaires à la révision des tableaux de maladies professionnelles.

Pour la CGT, la procédure de révision des tableaux doit continuer à relever des partenaires sociaux. La CGT précise par ailleurs que la modification des tableaux doit se faire dans un sens favorable aux salariés.

- **Nouvelle procédure d’instruction des demandes de reconnaissance d’AT-MP**

La CGT indique ne pas avoir encore de retour, car 2020 était une année particulière. En tout état de cause, pour la CGT, la nouvelle procédure d’instruction ne résout pas le problème des salariés qui sont en difficulté pour faire leur déclaration ; la CGT insiste sur le nécessaire accompagnement des victimes dans leurs démarches de déclaration des maladies professionnelles.

- **Relation entre médecin du travail et médecin de ville**

La CGT souligne quelques exemples d’amélioration, mais met en avant l’existence de marges de progrès (notamment dans le cadre de l’accord national interprofessionnel et de la proposition de loi pour renforcer la prévention en santé au travail). La CGT indique que cette collaboration passe par un meilleur suivi des expositions, pour aider les médecins de ville à se poser la question du lien avec l’activité professionnelle du patient. La CGT souhaite que le DMST soit accessible au médecin traitant, mais pense que le DMP ne devrait pas être communiqué au médecin du travail. La CGT relate l’exemple d’un cas où le médecin du travail n’a pas donné une agrémentation de conduite à un cheminot parce qu’il avait connaissance de la trithérapie de celui-ci.

La DSS s’interroge sur la nature du lien entre inaptitude et sous-déclaration.

La CGT souligne que l’inaptitude est une conséquence de la sous-déclaration et qu’un grand nombre d’inaptitudes sont liées à l’activité professionnelle. La CGT mentionne une étude en Occitanie qui a révélé ce phénomène. L’étude en question montre qu’après une première reprise d’activité, la maladie devient chronique et conduit à une inaptitude. L’augmentation de l’inaptitude traduit, plus globalement, selon la CGT, un mal-être au travail.

La DSS pose la question des leviers qui pourraient permettre d’atténuer le phénomène de la sous-déclaration.

La CGT précise que, s’agissant de la déclaration des MP, on pourrait prévoir une sensibilisation des agents hospitaliers, et notamment des assistantes sociales. La CGT souligne que beaucoup de victimes subissent la pression de leur employeur.

La CGT mentionne l’importance de la promotion du métier de préventeur, afin que ceux-ci soient davantage présents sur le territoire. Au lieu d’être vus comme des gendarmes par les employeurs, ceux-ci pourraient jouer, selon la CGT, un rôle majeur en termes de prévention. Ils pourraient aussi éventuellement donner des explications sur les démarches de reconnaissance en AT-MP.

La CGT insiste enfin sur le périmètre trop large des nouveaux comités sociaux d’entreprise (CSE), qui ne permet pas un suivi de la sous-déclaration, là où les CHSCT, du fait de l’étendue moins large de leurs missions, étaient à même de travailler sur cette question.



Nous nous retrouvons une nouvelle fois pour évaluer les conséquences sur les finances de notre assurance maladie de la sous-déclaration des Accidents du Travail et des Maladies Professionnelles. Ces conséquences ne sont pas que financières mais elles nuisent aussi à la réparation ou l'indemnisation des victimes et empêchent le déploiement d'une véritable politique de prévention de la santé au travail à partir des réalités de celui-ci.

La sous-déclaration est maintenant organisée au sein des entreprises et est devenue une pratique managériale qui l'a institutionnalisée et en a fait un processus national, notamment au travers du Lean management et ses dérivés. Les données de sinistralité, qui en plus des sous déclaration excluent déjà les travailleurs détachés et les auto-entrepreneurs, sont largement biaisées et rendent de plus en plus difficile l'évaluation des conséquences du mal-travail, non seulement sur la branche maladie de la sécurité sociale mais aussi sur la santé des travailleurs.

De plus, nous sommes dans une période particulière, avec des enjeux de santé au travail forts. La pandémie de la Covid-19, a clairement posé la question du risque biologique au travail sur tous les sites de production. Elle a ranimé un vieux débat orchestré par le patronat sur les responsabilités des employeurs dans leur devoir de préserver la santé des travailleurs. Nombreux sont les salariés à avoir contracté cette maladie alors qu'ils étaient dans le cadre de leur contrat de travail. Cela concerne les personnels soignants tout d'abord, mais aussi celles et ceux qui ont continué à travailler dès les premières mesures de confinement, et enfin tous les salariés en général. Ils sont tous confrontés à des conditions drastiques pour obtenir une reconnaissance de leur exposition professionnelle au coronavirus. Le caractère limitatif du tableau 100 ne permettra pas l'accès à la reconnaissance en MP pour beaucoup d'entre eux.

L'absence de masques de protection, et même leur dissimulation par certains employeurs, l'augmentation de clusters en entreprise montrent qu'une bonne partie des malades devraient être pris en charge par la branche ATMP.

Mais le risque biologique Covid-19 n'est pas un risque unique qui efface tous les autres. Ces derniers se sont particulièrement aggravés dans la période comme les malaises dus au port du masque sous effort et les RPS par exemple.

Ce processus de sous-déclaration ne vise pas qu'à faire des économies sur la cotisation ATMP mais vise aussi à améliorer l'image de l'entreprise (contrats commerciaux, certifications...).

Pire elle peut avoir tendance à présenter la prévention comme un surcoût.

Pour rappel, l'institutionnalisation de la sous-déclaration est arrivée en France au début des années 80, entre autres, par la multinationale Dupont de Nemours. Elle a fait sa renommée en prétextant n'avoir aucun accident sur ses lieux de travail. Elle a vendu une méthode, sous forme de brevet pour populariser ce procédé. Cette méthode a été achetée par les pétroliers, puis les chimistes (exemple 2) et a gagné l'industrie et toutes les professions. La généralisation de ce procédé s'effectue depuis plus de 20 ans maintenant et son impact ne fait que croître.

Il est difficile de mesurer ce qui est délibérément caché. Néanmoins nous pouvons affirmer que dans les grosses entreprises cela devient la norme.

Les petites entreprises, avec le principe de la cotisation forfaitaire, n'ont pas d'intérêt pour le niveau de leur cotisation à sous-déclarer les AT. Mais, elles sont incitées à le faire pour leurs contrats commerciaux avec les « donneurs d'ordres » car l'accidentologie officielle qu'on leur demande de produire est un critère de choix commercial.

Ce procédé touche donc maintenant toutes les entreprises.

De plus, l'affirmation que seuls les petits accidents ne seraient pas déclarés est erronée. Les plus graves sont souvent minimisés et il existe des accidents graves et mortels qui sont entièrement camouflés.

On imagine les conséquences avec les transferts de dépenses vers la branche maladie et aussi les conséquences pour la minimisation de la prévention nécessaire.

On parle moins des conséquences sur les mutuelles et complémentaires santé ainsi que l'absence de prise en charge à 100% des soins pour les victimes. La possibilité de réparation intégrale avec la faute inexcusable disparaît aussi quand il y a transfert en maladie.

L'absence de soins ou leur insuffisance, le raccourcissement ou la suppression des arrêts, le risque accru d'aggravation et de rechute, de séquelles plus importantes mais sans prise en charge en AT ne sont jamais évoqués.

La mise en concurrence entre certains contrats de prévoyance, la branche maladie et la branche ATMP sur le niveau de l'indemnisation aggrave la situation.

Nous pouvons identifier le processus de sous-déclaration à travers diverses pratiques

- Difficulté d'accès aux droits pour la victime du fait
 - De la complexité des procédures, du manque de formation des différents acteurs et des difficultés parfois dues à la dématérialisation.
 - De l'accès restreint aux tableaux (révision du tableau 57 des MP, traçabilité et complexité due à la multi factorialité pour la reconnaissance des cancers.
 - Pas de tableau pour les maladies psychiques.
 - Seuil de 25% d'IPP pour les reconnaissances hors tableaux trop élevé.

- Pressions exercées sur les acteurs de la santé au travail, surtout celles et ceux qui n'ont pas de statut protégé (infirmier-ères, équipe pluridisciplinaire des SSTI-A)
 - Transfert des opérations les plus sensibles vers la sous-traitance, parfois en cascade, vers des entreprises de plus petites tailles où les moyens de protection sont souvent moindres et la représentation du personnel moins présente.
 - C'est le cas des jumpers dans le nucléaire, métier à 100% « centrale nucléaire » et pourtant 100% sous-traité. (Exemple numéro 3)
 - Dans l'aéronautique, les grands groupes (AIRBUS, SAFRAN...) ont obtenu des dérogations à l'interdiction du Chrome VI pour le traitement de surface de certaines pièces. Ces opérations effectuées par des sous-traitants de rang 4 ou 5, dans des conditions des salariés et de la population environnante parfois dénoncées dans la presse :
 - https://www.lemonde.fr/planete/article/2018/06/27/a-montreuil-l-usine-toxique-ne-menacera-plus-les-ecoles_5322260_3244.html<https://france3-regions.francetvinfo.fr/provence-alpes-cote-d-azur/bouches-du-rhone/marseille/pollution-historique-au-chrome-inquiete-toujours-riverains-du-quartier-saint-louis-marseille-1784241.html>
 - Non déclaration pure et simple. C'est le cas très courant des malaises.
 - Tri de ce qui serait ou pas un AT par le médecin du travail quand il y en a un sur le site, très courant pour les RPS, malaises, troubles digestifs...etc ;
 - Déclaration de l'évènement mais réduction ou suppression des jours d'arrêts ou soins externes qui servent de base de calcul au barème de la cotisation et aux statistiques (Exemple 6) ;
 - Réserves abusives, voire contestation automatique adressée à la CPAM, parfois rédigées par le comptable, l'obligation de motivation n'a rien changé ;
 - Contestation après reconnaissance de l'imputabilité au compte employeur (phénomène invisible pour la victime et les élus du personnel)
 - Intervention auprès des urgentistes et des généralistes pour ne pas prescrire d'arrêts;
 - La pression constante des chambres patronales pour nier les réalités des RPS comme résultantes de l'organisation et des conditions du travail tendent à redéfinir à la baisse la notion d'accident du travail. Les RPS sont des risques professionnels à part entières et non des problèmes de RSE pour les entreprises ;
 - Transfert de l'arrêt sur la branche maladie et à la charge des mutuelles ;
 - Transfert en accident de trajet (cotisation forfaitaire et non comptabilisée dans l'accidentologie) c'est courant pour les accidents sur les voies de circulation publiques ou privées quand existe toujours le lien de subordination.
 - Création hors règles légales d'un poste dit « aménagé. » Il est parfois fictif. (Exemple 7) ;
-

- Le lieu où est survenu l'accident est déplacé hors du lieu effectif de travail ;
- Evacuation prématurée de la victime, si c'est un salarié précaire, détaché ou grand déplacé. Il ne pourra pas être contacté par les représentants du personnel (Exemple 6) ;
- Soins réalisés en interne à l'infirmerie comme des points de suture pour éviter de diriger la victime vers les urgences. Les médecins ou les infirmiers réalisent des actes qui ne sont pas justifiés par l'urgence. Ils prennent en charge ensuite la continuité des soins (Exemple 4) ;
- Pressions, menaces, sanctions sur les victimes pour qu'elles s'auto censurent sur la déclaration et qu'elles acceptent soit un poste aménagé soit un congé en lieu et place d'un arrêt suite à AT (Exemple 4 et 5), parfois dans des systèmes très organisés, comme chez ARCELOR-MITTAL :
 - <https://www.franceculture.fr/emissions/les-pieds-sur-terre/accidents-du-travail>
 - En pièce jointe l'article de Médiapart
- Le télétravail qui survient juste après l'accident pour supprimer les jours d'arrêt ;
- La dématérialisation du registre des accidents bénins va rendre plus difficile sa consultation par les représentants du personnel. Un décret en cours, sous prétexte de simplification, (PLFSS 2020-1576) au JO du 15 décembre 2020 vient d'autoriser les entreprises à se passer de l'autorisation de la Carsat et à gérer elles même son archivage;
- Non déclaration à la CPAM telle que prévue par le texte (R412-2) des accidents du travail des intérimaires avec une simple rédaction sur un cahier ;

Les salariés et leurs managers sont objectivés sur la baisse des Accidents du Travail et non sur la mise en œuvre des mesures de prévention. Nous avons beaucoup d'accords sociaux, et en particulier les accords dits « d'intéressement » où l'objectif d'une baisse des déclarations d'AT est clairement affirmé. La majoration de la prime dite d'intéressement selon le taux de fréquence, incite à terme les salariés à dissimuler leurs AT. Un accident léger non déclaré en AT peut avoir à terme de lourdes conséquences.

La question de l'accueil des victimes aux urgences se posent. Qu'en est-il de l'admissions en AT par la carte vitale ?

Toutes ces mesures de dissimulation posent de graves problèmes. Comme nous l'avons précisé, la sous-déclaration constitue un coût pour l'assurance maladie mais aussi une atteinte à la santé des travailleurs. Les victimes bénéficient d'une réparation et d'une indemnisation incomplète, mais surtout, la sous-déclaration fausse la réflexion sur la prévention primaire et la recherche de l'élimination des risques.

Nous avons des propositions :

- Qu'en aucun cas un arrêt de travail prescrit par un médecin de ville ou urgentiste suite à AT ne puisse être modifié par qui que ce soit ;
 - Améliorer le déploiement des préventeurs des Carsat pour qu'ils puissent investir tous les lieux de travail. Ils pourront orienter le management vers une mise en œuvre des mesures de prévention plutôt que la dissimulation des sinistres. Cela va nécessiter un recrutement massif dans cette profession et des moyens conséquent attribué à la Direction de Risques Professionnels. Cela ne serait pas un coût mais un investissement ;
 - Recrutement important et déploiement effectif des médecins inspecteurs du travail ;
 - Information immédiate de la victime, ou ses ayant-droits, des réserves émises par l'employeur ;
 - Consultation du CSE pour tout aménagement de poste de travail plutôt que sur la procédure générale d'aménagement ;
 - Prise en compte simple et efficace de l'accident du travail lors de l'accueil des victimes dans les services d'urgence. Ces services ont la possibilité de délivrer des arrêts de travail et doivent éviter de transférer cet acte vers le médecin traitant (les pressions de l'employeur interviennent après, pour que l'accident devienne sans arrêt) ;
 - Rendre obligatoire et sans délai l'ouverture de l'enquête du CSE pour tout accident du travail ou toute alerte émise. C'est la garantie de la mise en œuvre d'une véritable prévention primaire ;
 - Les services de la Carsat doivent avoir les moyens d'enquêter sur tous les accidents graves et les accidents mortels ;
 - Possibilité de contrôle sociale des inaptitudes. Nos mandatés dans les institutions de l'entreprise comme dans les institutions territoriales et professionnelles ont toujours d'énormes difficultés à obtenir les données statistiques sur ces sujets sensibles ;
 - Nécessité d'un système bienveillant envers les victimes. La déclaration en Maladie Professionnelle reste une procédure à la charge du salarié lui-même alors que bien souvent son état de santé ne le permet pas ;
 - Sensibilisation des médecins traitants pour la rédaction de certificats initiaux qui confortent les salariés dans leur droit à réparation ;
 - Transmission de données fiables aux acteurs de la santé au travail. Les sous-déclarations et des chiffres biaisés sur les taux de gravité modifient sensiblement les données émises.
-

Des Exemples de situations dans la Chimie, Chimie de spécialités et le Pétrole :

Exemple 1

Une Raffinerie du Nord de la France : Dans la nuit du 1 au 2 mai 2018 un travailleur sous-traitant et détaché a un malaise et meurt 2 jours après à l'hôpital. Il a une durée du travail hallucinante, travaille de nuit et en espace confiné dans un compartiment de 70 cm de haut. La victime avait 69 ans.

- Voir aussi l'article dans Santé et travail d'avril 2019 sur les accidents invisibles des travailleurs détachés.

Exemple 2

Lors de l'incendie sur un site chimique en 2019, il y a eu des victimes dans la population environnante, des accidents du travail dans les entreprises à proximité, mais aucun AT avec arrêt parmi le personnel de ce site, ce qui est inenvisageable. Il serait utile de vérifier s'il y a eu des arrêts maladie ou des congés qui ont débuté avec le sinistre.

Déjà, lors d'un accident sur ce même site en 2013, aucun AT n'avait été déclarés. Au même moment sur l'agglomération et au bien au-delà il y a avait des malaises et des troubles digestifs. Pour mémoire, les plaintes sur les nuisances allaient jusqu'à Londres.

Exemple 3

Site Pétrochimique en mars 2018 explosion et deux blessés graves lors d'une opération de vidange et dégazage de produits chimiques confiée à une petite entreprise non spécialisée et sans supervision. La société citée est une multinationale de la chimie qui dispense par ailleurs des formations sur les risques industriels.

Exemple 4

En octobre 2018, un salarié est sérieusement blessé sur un site de transformation du caoutchouc. Il souffre d'une double fracture ouverte d'un doigt.

Le service médical avec la complicité du médecin du travail le renverra à son poste de travail.

Le lendemain, sa situation exige une opération d'urgence. Un chirurgien lui posera 4 broches.

Les jours suivants, il se verra infliger un blâme pour « Non-respect des valeurs de l'entreprise » alors qu'il était en formation. Ce type de sanction se généralise pour dissuader de toute déclaration d'accident de travail avec arrêt.

Exemple 5

Dans une Raffinerie à nouveau, en janvier 2019, tentative de suicide d'un travailleur avec le cyanure de son labo. Il venait d'être muté contre son gré dans un autre service. La direction déclare qu'elle attaque le salarié pour vol de cyanure et le licencie.

Exemple 6

Site pétrochimique novembre 2013. On nous cache que le blessé est un intérimaire. Le jour de son accident, il est amputé d'une phalange dans une clinique de la main, le lendemain il est à son poste de travail. Officiellement donc pas d'accident car on ne comptabilise que les accidents avec arrêts. Il souffre tellement que des collègues alertent les délégués de cette entreprise qui, eux, préviennent le médecin du travail sur place. Celui-ci exige de le rencontrer immédiatement mais la hiérarchie décide de l'évacuer avant. Elle refuse de donner ses coordonnées, on ne le reverra jamais, l'enquête de CHSCT est empêchée.

Exemple 7

Sur un site pétrochimique en Août 2020, un salarié est sérieusement blessé, son bras est attrapé dans une machine tournante. Il n'est pas encore embauché en contrat définitif et il accepte un poste aménagé qui ne correspond pas du tout à la gravité de son état. Il sera finalement embauché. Plus généralement, les contrats d'intérim sont souvent rompus si une déclaration d'AT ou MP est appliquée aux salariés-es intérimaires.

D'autres éléments nous interpellent en l'occurrence ceux portant sur les accidents du travail entraînant des licenciements pour inaptitude. En constante augmentation, ces situations sont à évaluer et des mesures correctives devront être mises en œuvre.

Deux exemples de situations de licenciement pour inaptitude vécues ces dernières années. Celles-ci engendrent de grandes difficultés pour les travailleuses et les travailleurs quant à leur avenir professionnel.

Exemple 1

Une assurée âgée de 51 ans, en CDI dans une entreprise de nettoyage. Victime d'un AT le 04/02/19 (atteinte de la cheville suite à une chute). Consolidée le 31/03/21 et déclarée inapte le 02/04/21. Licenciement pour inaptitude en cours. Taux d'IPP fixé à 08%. RQTH obtenue.

A regard de son âge, du fait que cette femme n'a pas d'autre expérience professionnelle et compte tenu des séquelles qu'elle subit, la recherche d'une nouvelle activité compatible sera très difficile.

Exemple 2

Une assurée âgée de 53 ans. Salariée en CDI sur un poste d'agent de service dans un établissement de santé. Elle a toujours exercé en tant qu'agent d'entretien. Victime d'un accident le 17/07/18 : chute d'une partie du plafond de la salle dans laquelle elle intervenait. Atteinte sévère de la main et du poignet droit. En arrêt du 17/08/18 au 06/06/19.

Cette femme est licenciée pour inaptitude le 08/07/19 avec taux d'IPP fixé à 5%. Reconnue RQTH. Inscrite comme demandeur d'emploi, elle tente de retrouver une activité compatible

avec son état de santé mais comme tenu de ses séquelles, de son faible niveau d'étude et d'une maîtrise du français insuffisante, elle est en grande difficulté pour se reconvertir.

Ces licenciements pour inaptitudes se transforment parfois en ruptures conventionnelles lorsque les salariés arrivent en fin carrière. La charge se portant alors sur l'assurance chômage.

Cette contribution nous permet d'appuyer l'audition du 26 Avril dernier. La CGT compte sur vos interventions pour qu'une transformation positive de ces situations soit acquise.

Audition FO (Ronald Schouller et Maxime Raulet)

- Facteurs de sous-déclaration

FO insiste sur le risque de sous-déclaration important associé à la disparition des CHSCT et leur remplacement par les CSE (seuil augmenté de 50 à 300 salariés). FO souligne que le remplacement des CHSCT peut renforcer la méconnaissance des salariés sur leurs droits. FO souligne par ailleurs l'absence d'actualisation du document unique d'évaluation des risques professionnels, quand celui-ci est mis en place. FO rappelle l'obligation légale liée à la mise en place de ce document. Une étude de la DARES de 2019 sur la prévention des risques professionnels en 2016 mettait en exergue que seules 45% des entreprises satisfaisaient à l'obligation légale de mise en place du document unique. FO souligne la peur des victimes au moment de déclarer une maladie professionnelle ou un accident du travail du fait de l'impact que cela pourrait avoir sur leur carrière et par crainte d'être licencié pour inaptitude. FO rappelle enfin que souvent les médecins traitants ne connaissent pas ou mal la procédure de reconnaissance et ne font pas toujours le lien entre la pathologie et le poste de travail.

FO pointe du doigt la question centrale de la traçabilité du risque. De nombreux salariés ne sont, très souvent, pas au courant des risques auxquels ils ont été exposés ce qui soulève pour FO, la question centrale de la traçabilité du risque. FO souligne l'existence d'une expérimentation à Fos-sur-Mer qui pourrait être généralisée : celle-ci porte sur la mise en place d'un cadastre des risques éliminables. Celle-ci a fait l'objet d'une proposition de généralisation dans une proposition de loi soumise en juin 2020. FO souligne l'existence de secteurs (exemple de la restauration) dans lesquels existe une réelle méconnaissance de l'exposition à certains facteurs de risque.

- Facteurs de sous-reconnaissance

FO évoque une sous-reconnaissance particulièrement importante pour les pathologies plurifactorielles et pour les pathologies hors-tableaux. FO rappelle la forte hétérogénéité des décisions entre CRRMP et souligne que la modification du tableau 57 a conduit à une baisse des reconnaissances en maladies professionnelles. Pour FO, le défaut de traçabilité est un facteur essentiel de la sous-reconnaissance. La question des polyexpositions est également centrale : FO relève que pris isolément, les seuils d'exposition sont souvent respectés mais que ce n'est pas le cas si on prend en compte la polyexposition. La révision du C3P en C2P a aggravé le phénomène selon FO. FO attire l'attention du président de la commission sur le rapport du professeur Frimat et un colloque de l'INRS à Nancy qui ont évoqué ce sujet.

FO souligne la sous-utilisation du dispositif de détection des pathologies à caractère professionnel, le programme MCP, porté par l'article L. 461-6 du code de la sécurité sociale. Ce dispositif n'est pas assez utilisé et reste méconnu. Enfin, pour les pathologies relevant de l'alinéa 7, FO rappelle que beaucoup de salariés ne souhaitent pas s'engager dans ce qui ressemble à un « parcours du combattant », s'agissant notamment du passage devant le CRRMP.

- Pathologies particulièrement concernées par la sous-déclaration et la sous-reconnaissance

FO souligne la problématique des pathologies qui se déclarent tardivement, et notamment les cancers, pour lesquels seules 1790 premières indemnisations sont intervenues en 2019. FO souligne pourtant que le délai de prise en charge est de 40 ans pour certains cancers, ce qui pourrait permettre une reconnaissance dans certains cas.

FO préconise a minima un abaissement du seuil d'IP à 10% pour les troubles psychosociaux dans le cadre du passage devant les CRRMP en alinéa 7. FO exprime également son inquiétude sur la création du tableau 100 qui ne permettrait que difficilement la reconnaissance en maladie professionnelle de la Covid-19 pour le personnel non soignant.

FO souligne également le risque important en matière d'AT-MP dans l'industrie agroalimentaire.

- **Enjeu de la sous-déclaration sur les arrêts de travail courts**

FO tient à souligner que ces arrêts sont considérés comme moins graves et qu'ils font donc souvent l'objet d'une déclaration en maladie ordinaire. FO rappelle une donnée DARES (2020) selon laquelle le quart des salariés malades continuaient à aller travailler, ce qui soulève la question du présentisme. Certains salariés, selon FO, ne s'arrêtent pas lorsqu'ils sont malades et en subissent 10 à 15 ans plus tard les répercussions, ce qui pose pour FO un double problème : en termes de santé publique mais aussi en matière financière puisque la branche maladie doit in fine indemniser des sinistres d'origine professionnelle, dont l'évolution a pu s'aggraver au fil des années.

- **Enjeu de la révision des tableaux de maladies professionnelles**

FO reste attachée au rôle de la CS4 et souhaite conserver ce compromis social. FO concède que peu de tableaux ont été créés ou modifiés depuis 20 ans, alors qu'il y aurait lieu de modifier ou de créer certains tableaux. FO souhaite voir dans la durée la forme que prendra le transfert de l'expertise scientifique à l'ANSES et souligne que la procédure de signalement prévue par l'article L. 461-6 du code de la sécurité sociale doit permettre d'actualiser les tableaux de maladies professionnelles.

Le Président souligne que les enjeux de sous-déclaration concernent en grande partie les cancers d'origine professionnelle.

FO souligne dans cette optique le rôle majeur joué par le service de médecine du travail en matière de détection de l'origine professionnelle de la maladie.

Le Président rappelle qu'il existe des différences très nettes en matière de reconnaissances des maladies professionnelles entre pays.

FO rappelle que dans certains pays, la reconnaissance se fait au moyen d'une action en justice.

- **Nouvelle procédure d'instruction des demandes de reconnaissance d'AT-MP**

FO pointe du doigt les limites de la dématérialisation notamment pour les personnes qui ne savent pas se servir d'un ordinateur ou qui ne parlent pas français. FO souligne par ailleurs que les patients atteints d'une maladie professionnelle subissent parfois une charge émotionnelle très lourde et que la numérisation ajoute une contrainte supplémentaire. L'accompagnement au sein des CPAM et des CARSAT doit être renforcé selon FO.

- **Relation entre médecin du travail et médecin de ville**

FO rappelle que la proposition de loi pour renforcer la prévention en santé au travail prévoit une transmission du DMP au médecin du travail mais qu'elle pose des questions en matière de déontologie et de secret médical. FO souligne que la communication entre médecin du travail et médecin de ville est très hétérogène en fonction des territoires, en fonction des liens humains entre médecin du travail et médecin de ville. FO insiste sur les nécessaires garde-fous qui devront accompagner la communication

du DMST au médecin de ville. FO rappelle en outre la méfiance qui entoure les relations entre le médecin du travail et les salariés et s'interroge sur la pertinence de donner au médecin du travail accès au DMP.

- **Traçabilité des expositions**

FO rappelle que le dispositif de la surveillance médicale post-professionnelle est trop peu utilisé. Des pathologies qui devraient du coup être prises en charge en AT-MP le sont finalement par la branche maladie et ce, souligne FO, avec le risque d'une désinsertion professionnelle plus importante. FO insiste sur l'augmentation rapide ces dernières années du nombre de troubles psychosociaux (TPS) et pointe notamment du doigt la multiplication des cas de dépressions, de mal-être au travail. FO exprime sa crainte de voir les PSE se multiplier avec la crise sanitaire.

FO exprime sa préoccupation sur la thématique de l'exposition aux nanomatériaux avec le risque que ce sujet ne devienne dans quelques années un enjeu d'ampleur comparable à celui de l'amiante. FO pointe du doigt le manque d'information du public sur la connaissance de ses droits en la matière et rappelle l'existence en Italie d'une campagne d'information publique de la RAI sur les conditions de travail dans les entreprises. FO rappelle que les entreprises doivent prendre en charge le risque en santé au travail.

FO tient à souligner que les expositions passées doivent être traçables au départ à la retraite et relève que chaque changement de poste (et de SST) entraîne pour les salariés une perte d'information en termes de bilan des expositions. FO relève la proposition, inscrite dans le rapport Dharéville, de création d'un carnet de santé au travail qui suivrait le travailleur tout au long de sa carrière. FO soulève par ailleurs la problématique de l'interopérabilité entre SI des SST, entraînant là aussi une perte d'informations. FO souligne qu'une piste intéressante consisterait dans ce cadre à rationaliser la carte des SSTI, en privilégiant la constitution d'un SSTI unique par département. FO met en avant l'éclatement des carrières professionnelles, qui ne sont plus aujourd'hui aussi linéaires que par le passé, ce qui pose la question de la traçabilité des expositions.

Le Président souligne qu'il existe une problématique identique avec les travailleurs en intérim.

- **Ressource médicale**

FO souligne le manque d'information des salariés avec l'espacement des visites médicales, parfois tous les 10 ou 15 ans, les infirmiers en santé au travail ne disposant pas toujours de la formation adéquate.

Le Président souligne que les infirmiers en santé au travail permettent de combler la pénurie de médecins du travail.

FO rappelle ne pas être opposée au développement de la filière des infirmiers en santé au travail mais insiste sur l'importance de revitaliser la filière de médecine du travail en desserrant le numerus clausus.

FO insiste également sur l'importance de créer un véritable statut des infirmiers en santé au travail, avec un renforcement de la formation, qui demeure aujourd'hui trop généraliste, centrée sur des enjeux de santé publique et éloignée des questions d'exposition professionnelle.

Le Président rappelle que la rareté de la ressource médicale est un problème majeur et transversal, qui ne s'atténuera que lentement et progressivement, avec le desserrement du numerus clausus. Dans l'intervalle, l'objectif est de mieux gérer les ressources existantes.

FO rappelle la difficulté d'attirer des profils médicaux et infirmiers en milieu hospitalier dans les zones frontalières de l'est de la France, en raison de différentiels de rémunération entre la France et ses voisins.

Contribution Force Ouvrière
Audition de la commission sur la sous-déclaration des AT/MP

1. Quels sont les facteurs de la sous-déclaration (employeurs, victimes, professionnels de santé) et ont-ils évolué depuis 2017?

Pour Force Ouvrière les facteurs de la sous-déclaration des maladies professionnelles risquent de connaître dans les années à venir une évolution notable notamment avec la disparition des CHSCT.

Du côté employeur, nous constatons régulièrement des réticences à mettre en œuvre une bonne information auprès des salariés pour leur permettre de lancer la procédure de déclaration en maladie professionnelle. De plus, le défaut de mise en œuvre d'une véritable traçabilité des risques dans les entreprises (notamment le DUER) réduit nécessairement la capacité des salariés à faire un lien entre leur pathologie et le travail exercé. En ce sens, Force Ouvrière continue à revendiquer un alourdissement des sanctions en cas de non-déclaration par l'employeur d'un accident du travail.

Du côté des victimes, on retrouve donc nécessairement un manque d'information claire sur leurs expositions aux risques dans le cadre de leur travail. Une étude de la DARES de juin 2019 sur la prévention des risques professionnels en 2016 montrait que malgré l'obligation légale, seuls 45 % des employeurs interrogés en 2016 ont élaboré ou actualisé un DUER au cours des 12 mois précédant l'enquête. Parmi les établissements de moins de 10 salariés du secteur privé, qui représentent les trois quarts des établissements et emploient 17 % des salariés, seulement 38 % ont un DUER actualisé. Cette étude démontre que la présence d'un CHSCT dans l'entreprise permet aux salariés d'avoir une meilleure connaissance de leurs expositions et donc indirectement de mettre en place une procédure de déclaration lorsqu'ils sont atteints d'une pathologie.

De nombreux salariés ont aussi peur de l'impact que pourrait avoir la déclaration d'une maladie professionnelle sur le déroulement de leur carrière.

Du côté des professionnels de santé, et en particulier des médecins traitants qui sont régulièrement les premiers à constater une pathologie, la méconnaissance des procédures de reconnaissance des maladies professionnelles est encore grande. De plus, le médecin traitant ne connaît pas nécessairement le cadre d'exercice du travail de son patient ce qui limite directement la capacité à faire un lien éventuel entre la pathologie et le travail et donc à rédiger un certificat médical initial qui est essentiel pour le lancement de la procédure.

2. Existe-t-il selon vous un phénomène de sous-reconnaissance et, dans ce cas, quels en sont les facteurs?

Le phénomène de sous reconnaissance est une évidence, et le transfert opéré depuis maintenant plusieurs années entre la branche AT/MP et la CNAM semble bien le démontrer.

Ce phénomène est à l'évidence multifactoriel. Pour Force Ouvrière, la procédure de reconnaissance s'avère être un véritable parcours du combattant, en particulier pour les pathologies hors tableau. De plus, ils existent encore aujourd'hui une véritable hétérogénéité de traitement entre régions en fonction des CRRMP. Ces dernières années certains tableaux de maladies professionnelles ont été modifiés sans aller dans le sens d'une justice sociale pour les salariés, on pense particulièrement au tableau 57 sur les TMS. Les conditions plus restrictives des tableaux entraînent donc nécessairement un phénomène de sous reconnaissance des maladies professionnelles qui viennent donc peser sur la branche maladie de la sécurité sociale.

Le défaut de traçabilité, s'il entraîne un phénomène de sous déclaration, contribue aussi très nettement à la sous reconnaissance. Il est souvent difficile pour le salarié d'apporter la preuve d'une exposition et en particulier concernant des pathologies qui peuvent se déclarer plusieurs années après.

De plus, la question de la poly exposition est insuffisamment prise en compte en cas de déclaration de maladie professionnelle. En effet, l'exposition à plusieurs agents chimiques par exemple, bien que prise individuellement en dessous de VLEP, peuvent engendrer dans le cadre d'une poly exposition des pathologies graves. Cet élément n'est pas pris en compte aujourd'hui. La révision du C3P en C2P n'arrange d'ailleurs pas la situation pour la traçabilité et la bonne information des salariés concernant leurs expositions aux risques chimiques. Cet élément est d'ailleurs dénoncé dans le rapport du professeur Paul Frimat.

3. Quelles pathologies vous semblent faire l'objet d'une sous-déclaration plus particulièrement ? D'une sous-reconnaissance ?

À l'évidence, ce sont les pathologies qui se déclarent tardivement. On pensera en premier lieu aux cancers professionnels qui selon les nombreuses études devraient représenter entre 4,5 et 8% des cancers (On dénombre 382 000 nouveaux cas de cancers en France en 2019). Or, en ce qui concerne l'année 2019 la branche risques professionnels n'a effectué que 1790 1^{ère} indemnisations pour des cancers professionnels. Il y a très nettement une véritable problématique sur ces pathologies qui sont d'autant plus graves qu'elles mènent régulièrement à des situations de désinsertion professionnelle.

Les risques psycho-sociaux, considérés comme le mal du siècle face à la détérioration des conditions de travail font eux aussi partie des grands oubliés des procédures de reconnaissance en maladie professionnelle. Si la situation s'est légèrement améliorée, le décalage entre le nombre de reconnaissance (1051 cas en 2019) et l'augmentation du mal-être ressenti au sein des entreprises suite à la mise en place d'organisation du travail délétère, de situation de harcèlement moral... est encore très fort. En ce sens, force ouvrière revendique la mise en place rapide d'un tableau de MP pour les RPS et à minima un abaissement du seuil de 25% à 10% afin de faciliter leur prise en charge dans la procédure hors tableau.

Enfin, dans l'actualité, la mise en place d'un tableau n°100 dédié à la COVID ne permet pas à l'évidence d'indemniser de manière juste les salariés qui ont pu être infectés sur leur lieu de travail. Force Ouvrière avait déjà dénoncé lors de la mise en place de ce tableau les conditions beaucoup trop restrictives. Il semble que les chiffres nous donnent aujourd'hui raison puisqu'au mois de mars 2021 seulement 339 cas ont été reconnus en maladie professionnelle.

4. Les arrêts de travail courts font-ils l'objet d'une sous-déclaration plus importante ?

Il est évident que les arrêts de travail courts font l'objet d'une sous déclaration plus importante, à minima du fait qu'ils sont considérés comme moins graves et donc selon certains employeurs notamment comme moins incompatibles avec la possibilité de travailler.

En ce sens une étude de la DARES d'août 2020 démontrait un lien entre des conditions de travail dégradées et un présentéisme fort au sein des entreprises malgré un arrêt maladie (ordinaire ou pro). Ainsi, en 2016, plus d'un jour de maladie sur quatre (27 %) s'est traduit par du présentéisme, une pratique qui consiste à aller travailler tout en étant malade.

Cette pratique peut avoir des effets délétères sur le long terme, en particulier s'agissant de la désinsertion professionnelle. En effet le défaut de traitement d'une pathologie ou d'un accident, risque d'entraîner des rechutes ayant des conséquences plus graves.

Il apparaît cependant que nous ne disposons pas d'étude plus précise pour évaluer l'impact réel de la sous-déclaration des arrêts de travail professionnels courts.

5. Quel est votre regard sur la procédure de révision des tableaux de maladies professionnelles ? Sur leur contenu ?

La procédure de création et d'actualisation des tableaux de maladies professionnelles relève toujours aujourd'hui de la CS4 du COCT. Pour Force Ouvrière, il est essentiel de conserver le rôle des interlocuteurs sociaux au sein de cette procédure qui relève depuis sa création d'un véritable compromis social. Il apparaît cependant qu'elle peut parfois manquer de dynamique notamment aux vues des évolutions de la connaissance scientifique. Ces 20 dernières années n'ont finalement connu que la création de 2 tableaux dont celui pour assurer une réparation de la COVID qui est le dernier en date.

Une nouvelle procédure est entrée en vigueur, il y a peu de temps, permettant de donner compétence à l'ANSES s'agissant de l'expertise. Nous ne pouvons qu'espérer que cela porte ses fruits et permette à l'avenir d'améliorer les droits à réparation pour les victimes d'accidents du travail.

6. Quelle est l'appréciation des victimes d'ATMP sur la nouvelle procédure de reconnaissance mise en place en 2019, ainsi que sur la dématérialisation possible de certaines de ses étapes ?

En ce qui concerne la nouvelle procédure de reconnaissance nous n'avons pas eu de retour spécifique depuis sa mise en œuvre. Cependant, concernant la dématérialisation nous restons très vigilants à ce que cela ne se fasse pas au détriment d'un véritable accompagnement des victimes. Le défaut d'accompagnement contribue fortement aux phénomènes de sous-déclaration et de sous reconnaissance. La dématérialisation, si elle peut dans certains cas être un gage de rapidité, peut aussi s'avérer être un véritable carcan administratif pour des personnes qui se retrouvent dans des situations complexes. En ce sens, il est nécessaire d'améliorer le système d'aide aux démarches en présentiel pour les victimes d'AT/MP

7. La communication entre médecin du travail et médecin de ville vous semble-t-elle avoir progressé depuis les derniers travaux de la commission ? Dans quelle mesure contribue-t-elle à lutter contre la sous-déclaration ?

Depuis les derniers travaux de la commission, un article permet désormais au médecin du travail d'alimenter le DMP. En ce moment la proposition de loi vise à étendre ces échanges en donnant l'accès au DMP au médecin du travail au mépris le plus total d'une part de la déontologie médicale et d'autre part du secret médical. Les données de santé doivent rester la stricte propriété du patient.

Les échanges entre médecin du travail et médecin sont à priori très hétérogènes en fonction des endroits. Les liens santé publique / santé travail font depuis un certain temps l'objet de focus au sein des PST et des COG de la branche ATMP sans pour autant aboutir à un système convaincant. En ce sens Force Ouvrière soutient la proposition émise dans le rapport du député Pierre Dharéville visant à créer un dossier médical personnel de santé au travail. Une telle mesure permettrait à chaque salarié de disposer de son propre dossier et de pouvoir s'il le souhaite le communiquer à son médecin traitant. Cela aurait le mérite de développer la collaboration entre médecin du travail et médecin traitant tout en respectant le secret médical.

Audition CFE-CGC (Christian Expert et Jean-Marc Plat)

A titre liminaire, la **CFE-CGC** fait part de sa préoccupation concernant la fourchette d'évaluation du montant de la sous-déclaration : elle génère une suspicion quant au fait que la dotation à la branche maladie serait une compensation inter-branches plutôt qu'un versement lié à la sous-déclaration des AT-MP ; l'amplitude de la fourchette est problématique également pour les employeurs. La CFE-CGC souligne que, dans le même temps, l'estimation de la sous-déclaration est insuffisante, dans la mesure où elle ne tient pas compte des RPS.

- **Sous-déclaration des AT-MP ayant entraîné une incapacité permanente, et articulation entre rentes AT-MP et pensions d'invalidité**

La **CFE-CGC** regrette que l'articulation avec les pensions d'invalidité n'ait pas vraiment été explorée jusqu'à présent, alors qu'une grande partie des pathologies d'origine professionnelle s'y nichent. Plusieurs difficultés sont identifiées : le dispositif de reconnaissance des maladies professionnelles est difficile à utiliser dans sa voie complémentaire, avec un seuil d'incapacité permanente de 25% pour les pathologies hors tableaux – que la CFE-CGC propose de diminuer à 10%, pour faire entrer d'autres pathologies dans le champ des reconnaissances (RPS, pathologies ostéo-articulaires) ; le préjudice professionnel est insuffisamment réparé par la rente AT-MP.

D'après la CFE-CGC, une pension d'invalidité correspond quasiment à 100% du salaire ; en AT-MP par contre, même pour un taux d'incapacité permanente élevé, de 40% par exemple, la rente n'équivaut qu'à 20% du salaire. Or, le niveau de réparation est un élément important dans le fait d'engager ou non une démarche de reconnaissance d'AT-MP. En effet, celle-ci est compliquée par rapport à l'employeur : autant l'accident du travail est compris comme une sorte de fatalité, autant les maladies professionnelles pointent les conditions de travail. Les salariés sont donc réticents à déclarer une maladie professionnelle – surtout s'ils n'en retirent pas un bénéfice important en termes d'indemnisation.

Concernant plus précisément le préjudice professionnel, la CFE-CGC note que l'inaptitude est un critère très fort de perte d'emploi. Selon une enquête conduite dans les Hauts-de-France, quasiment 50% des inaptitudes sont d'origine ostéoarticulaire, 30% sont liées à des RPS et 20% à une souffrance au travail. Les médecins-conseil peuvent apprécier l'impact professionnel, et des travaux sont en cours dans le cadre du comité barèmes animé par le Pr Frimat ; toutefois, la CFE-CGC exprime des doutes quant à l'amélioration de la prise en compte du préjudice professionnel. Par exemple, un travailleur manuel avec rupture de la coiffe des rotateurs (dans le cadre du tableau n°57A) aurait selon la CFE-CGC un taux maximum de 15%, quand bien même il serait en situation de précarité et ne parviendrait pas à retrouver un emploi. Ainsi, il existe selon la CFE-CGC une forte sous-déclaration pour les pathologies ostéoarticulaires, car l'incapacité permanente est faible, et donc peu réparée en AT-MP ; le bénéfice d'une reconnaissance en AT-MP, par rapport à une pension d'invalidité, n'est pas majeur.

La sous-déclaration des AT-MP, au profit des pensions d'invalidité, est aussi massive, selon la CFE-CGC, pour les pathologies psychiques, car l'invalidité est à la fois plus facilement accessible et plus favorable en termes d'indemnisation.

Le Président demande des précisions sur le pourcentage d'inaptitudes entraînant une perte d'emploi.

La **CFE-CGC** estime qu'environ 90% des avis d'inaptitudes entraînent une perte d'emploi ; les reclassements sont rares, surtout pour les pathologies psychiques, en particulier l'épuisement professionnel. Les salariés concernés s'orientent plutôt vers les pensions d'invalidité ; or, pour les invalidités de catégorie 2, le reclassement et le retour à l'emploi ne sont pas une préoccupation.

La CFE-CGC souligne également une difficulté liée aux conventions collectives, qui offrent souvent, au niveau de la prévoyance, une couverture insuffisante des AT-MP.

La CFE-CGC relève l'enjeu en matière d'indemnisation du conjoint, notamment pour les cancers professionnels tels que les cancers broncho-pulmonaires ou les mésothéliomes.

- **Pathologies particulièrement concernées par la sous-déclaration**

La CFE-CGC pointe la sous-déclaration liées aux pathologies ostéoarticulaires hors tableau, qui n'atteignent souvent pas le seuil des 25% (lombarthroses, cervicarthroses), alors qu'elles entraînent des préjudices professionnels massifs. Le problème est aussi lié à l'insuffisance des tableaux de maladies professionnelles concernant ces pathologies.

S'agissant par exemple des TMS mentionnés au tableau n°57A, les évolutions des dernières années ont conduit selon la CFE-CGC à durcir les conditions d'entrée dans le dispositif (condition de durée d'exposition, conditions ergonomiques) – ce qui accentue encore la sous-déclaration.

Concernant les cancers professionnels, **le Président** souligne la difficulté du chiffrage, la fourchette de la précédente commission étant très large pour ces pathologies.

La CFE-CGC souligne que, selon les études scientifiques, la part des cancers attribuables au travail se situerait entre 4% et 8%, soit 30 000 cancers par an. Or, la réalité déclarative en est très éloignée, avec seulement 2 000 cancers reconnus chaque année, ce qui s'explique par plusieurs facteurs.

La CFE-CGC relève également la sous-déclaration relative aux BPCO et aux bronchites chroniques. Concernant les BPCO, la fraction attribuable au travail se situe autour de 15%, bien au-delà du nombre effectif de reconnaissances en maladies professionnelles. S'agissant des bronchites chroniques, faire reconnaître leur origine professionnelle est quasiment impossible selon la CFE-CGC, d'une part parce que ces maladies sont souvent plurifactorielles ; d'autre part, parce que le taux de 25% n'est pas atteint.

La CFE-CGC rappelle que la CS4 a travaillé sur les maladies cardiovasculaires et le stress, mais que les discussions n'ont pas permis d'aboutir à la création d'un tableau, alors même que les études scientifiques montrent qu'il existe un lien certain. En l'absence de tableau, il est compliqué de faire reconnaître une maladie cardiovasculaire ; c'est compliqué aussi au titre des accidents du travail (infarctus par exemple), même si c'est plus simple qu'en maladie professionnelle du fait de la présomption d'imputabilité. Ainsi, en 2019, 1 000 affections psychiques ont été reconnues par la voie complémentaire, contre 20 000 en accidents du travail. La CFE-CGC se dit convaincue de la possibilité de construire un tableau sur les maladies psychologiques. Selon elle, la problématique de la sous-déclaration demeurera importante tant que les tableaux de maladies professionnelles n'auront pas été améliorés.

La CFE-CGC regrette également l'absence de tableau sur le cancer du sein et le travail de nuit, malgré les études scientifiques qui montrent un lien.

- **Evolutions de la sous-déclaration depuis la précédente commission de 2017**

La CFE-CGC note une petite amélioration s'agissant des pathologies liées à l'amiante, même si l'écart avec la part attribuable au travail, d'après les études scientifiques, demeure important. Concernant la silice, elle constitue une source d'exposition massive, mais, malgré des améliorations, très peu de cancers professionnels sont reconnus, leur nombre reste très éloigné de la part attribuable.

Plusieurs causes de la sous-déclaration des cancers professionnels peuvent être mises en avant. D'abord, les médecins généralistes sont trop peu informés, et ne se sentent pas concernés. Par ailleurs, le tabagisme est souvent vu comme le premier facteur d'explication de la maladie, et les médecins s'interrogent peu sur l'origine potentiellement professionnelle. La CFE-CGC estime que les médecins-conseil pourraient constituer une source d'alerte quant à l'origine potentiellement professionnelle de certaines maladies, comme dans le cadre de l'expérimentation sur les cancers de la vessie.

La CFE-CGC indique également que la thématique AT-MP devrait être prioritaire dans le développement professionnel continu des médecins de ville, notamment généralistes et pneumologues. C'est d'autant plus nécessaire que les cancers et les mésothéliomes touchent essentiellement des personnes à la retraite, qui ne sont donc plus suivies par un médecin du travail. La CFE-CGC regrette ainsi que les recommandations sur la formation continue, mais aussi sur la formation initiale, des précédentes commissions n'aient pas été suivies d'effets ; elle note tout de même quelques initiatives, par exemple des formations conduites par MG France il y a une dizaine d'années.

La CFE-CGC note des difficultés particulières s'agissant des RPS. Les psychiatres sont réticents à déclarer l'origine potentiellement professionnelle des maladies, car il y a déjà eu des plaintes devant le conseil de l'ordre lorsque le médecin va au-delà de ce qui lui est demandé dans le cadre du CMI.

La CFE-CGC souligne la sous-déclaration liée aux soins à l'hôpital, qui est plutôt d'ordre administratif : les agents hospitaliers jugent la procédure complexe, surtout quand la demande de reconnaissance n'a pas encore été faite, et peuvent ainsi ne pas déclarer l'origine professionnelle de la pathologie.

- **Nouvelle procédure d'instruction des demandes de reconnaissance d'AT-MP**

La CFE-CGC souligne la difficulté liée à la dématérialisation, aussi bien pour les médecins que pour les salariés au moment de l'enquête ou des questionnaires. La fracture numérique avait d'ailleurs été relevée par Jacques Toubon, ancien défenseur des droits : certains salariés, notamment âgés, sont mal à l'aise avec la dématérialisation.

Le Président demande si ce phénomène a pu être quantifié.

La CFE-CGC explique qu'elle représente essentiellement des publics (cadres) n'entrant pas dans le champ de la fracture numérique. Mais en tant que médecins du travail, Christian Expert et Jean-Marc Plat ont rencontré des salariés qui demandaient de l'aide pour les démarches en ligne.

La CFE-CGC souligne également l'impossibilité pour les médecins du travail de déclarer des maladies professionnelles de manière dématérialisée – alors même que les médecins généralistes réorientent souvent leurs patients vers les médecins du travail pour que ces derniers rédigent les CMI (car ils sont davantage susceptibles de détecter l'origine potentiellement professionnelle d'une maladie, et sont par ailleurs mieux informés, d'un point de vue administratif, sur les démarches à engager).

Le Président demande si des évolutions sont envisageables pour permettre aux médecins du travail d'entrer dans le système de déclaration des maladies professionnelles (via Ameli Pros).

La CFE-CGC a évoqué le sujet avec la CNAM, une telle évolution est possible, mais nécessiterait plusieurs années avant d'être opérationnelle.

Par ailleurs, selon la CFE-CGC, certaines caisses ne verseraient pas d'IJ (provisionnelles maladie) tant que la victime n'a pas effectué une demande formalisée d'IJ. C'est un frein important.

- **Relation entre médecin du travail et médecin de ville**

La CFE-CGC souligne que cette relation s'est légèrement améliorée, mais se tisse parfois de gré à gré. Les expérimentations actuelles, pilotées par la CNAM, concernent la PDP : elles vont permettre d'améliorer le lien, mais plutôt dans le champ de l'inaptitude et du maintien en emploi.

Pour certaines pathologies, les médecins généralistes ou spécialistes renvoient les patients vers le médecin du travail pour la rédaction du CMI – notamment pour les pathologies psychiques et, parfois, les pathologies ostéoarticulaires. C'est plus rare pour les cancers, qui sont souvent traités par les spécialistes à l'hôpital. La CFE-CGC indique qu'une démarche avait été engagée il y a quelques années pour améliorer la détection des pathologies professionnelles dans les centres de lutte contre le cancer, mais il s'agissait d'une initiative locale, car la relation entre praticiens de ville/hospitaliers et médecins du travail dépend souvent des relations personnelles. La démarche avait permis de sensibiliser les médecins hospitaliers qui, même sur des pathologies telles que le mésothéliomes, ne s'interrogeaient souvent pas sur l'origine potentiellement professionnelle.

La CFE-CGC rappelle qu'elle avait demandé que le nom du médecin du travail soit systématiquement inscrit dans le DMP, ce qui n'est toujours pas le cas aujourd'hui.

La CFE-CGC insiste sur le rôle majeur du médecin-conseil, qui est le mieux placé pour identifier l'origine potentiellement professionnelle de certaines pathologies.

- **Rôle des centres de pathologies professionnelles et environnementales (CRPPE)**

La DSS demande si les CRPPE peuvent participer de la détection des pathologies professionnelles.

La CFE-CGC souligne que ces centres ne couvrent pas tout le territoire, et sont souvent éloignés géographiquement des patients. Par exemple dans la région PACA, il existe seulement quelques sites à Marseille. En termes d'identification, le CRPPE peut effectivement contribuer à la détection de l'origine potentiellement professionnelle d'une maladie ; c'est souvent le médecin du travail, plus que le médecin généraliste, qui oriente son patient vers le CRPPE.

- **Evolution des effectifs au sein des SST**

Le Président souligne que la hausse des effectifs infirmiers au sein des services de santé au travail depuis 2016 est plus importante que la baisse, sur la même période, des effectifs de médecins du travail.

La CFE-CGC note toutefois que les infirmiers en santé au travail ne sont pas formés aux sujets AT-MP, qui ne sont pas évoqués au cours de la formation initiale – et très peu dans la formation continue. Aussi, la CFE-CGC est opposée au transfert de compétences des médecins vers les infirmiers, en particulier pour les visites de reprise et de pré-reprise. S'agissant plus spécifiquement des déclarations de maladies professionnelles, elles ne peuvent être réalisées par un infirmier, car ils ne font pas d'examen clinique.

- **Rôle des sociétés savantes dans la formation/sensibilisation des médecins**

Selon **la CFE-CGC**, les sociétés savantes participent de l'amélioration de la connaissance générale sur les AT-MP. Néanmoins, l'adhésion à une société savante n'est pas obligatoire ; en particulier, un grand nombre de médecins du travail ne sont pas adhérents à la Société française de médecine du travail, et ne sont donc pas informés de ses travaux, conduits notamment en lien avec la HAS (avec la formulation récente, par exemple, d'une recommandation sur la PDP). Aussi, une piste d'amélioration de

l'information des médecins pourrait consister à intégrer les sujets AT-MP, pour certaines pathologies, au niveau de la HAS.

La CFE-CGC souligne le fait que les médecins ayant adhéré à une société savante sont aussi ceux qui s'engagent dans des démarches de formation professionnelle continue ; ainsi, en pratique, l'information par les sociétés savantes et la formation professionnelle continue touchent les mêmes publics.

- **Sous-déclaration des accidents du travail**

Selon **la CFE-CGC**, la sous-déclaration des accidents du travail relève d'autres mécanismes, spécifiques. Elle existe beaucoup dans les grandes entreprises, qui veulent afficher le « zéro accident ».

Plusieurs facteurs peuvent ainsi expliquer la sous-déclaration : dans certaines entreprises, le salarié est accompagné par l'entreprise pour les consultations auprès du médecin traitant ; parfois aussi, surtout dans les grands groupes, le salarié est convoqué au siège social, ce qui peut le dissuader de déclarer un accident. Il existe aussi selon la CFE-CGC des accords d'intéressement liés au niveau de sinistralité, ce qui conduit à pointer du doigt, en fin d'année, les salariés ayant déclaré un accident, considérés comme responsables de la diminution de la prime. Certaines entreprises peuvent également déclarer l'accident du travail, mais inciter le salarié à rester chez lui, pour ne pas déclarer d'arrêt de travail.

- **Procédure d'élaboration des tableaux de maladies professionnelles**

La CFE-CGC rappelle que la création des tableaux relève du compromis entre les partenaires sociaux. L'ANSES est une source d'expertise indéniable, mais elle ne doit pas préempter les travaux de la CS4.

La DSS pose la question de la reconnaissance des pathologies plurifactorielles.

Selon **la CFE-CGC**, la reconnaissance des maladies professionnelles plurifactorielles pourrait être abordée par la voie du métier, par exemple un soudeur pour les cancers broncho-pulmonaires. Aujourd'hui, les tableaux compliquent la reconnaissance de ces pathologies car il faut les mettre en lien non pas avec un métier, mais avec un risque particulier (amiante par exemple). Mais le dialogue social est compliqué, car ces maladies sont aussi liées à des comportements individuels, dont le tabagisme. La CFE-CGC rappelle par exemple, à ce sujet, les débats compliqués sur les hernies discales (tableaux n°97 et n°98) ou les pathologies psychiques. Diminuer à 10% le taux d'incapacité permanente minimal pour les pathologies hors tableaux, a minima les RPS voire aussi les pathologies ostéoarticulaires, pourrait déjà être une première étape, avant la création d'un tableau.

Audition de la Commission des Sous-déclarations

Du 01 Février 2021

Positionnement de la CFE-CGC

Pour la CFE-CGC, la bonne situation financière de la branche AT/MP est artificielle car de nombreux coûts qui devraient normalement s'imputer sur la branche AT-MP sont pris en charge par la branche maladie et pèsent donc sur la collectivité.

La CFE-CGC regrette que les recommandations émises antérieurement par cette Commission soient peu suivies ou peu mises en route.

I) Préalable – Fourchette d'évaluation

L'estimation sur le mode d'une fourchette pose un problème car la compensation branche AT/MP vers la maladie au titre de la sous- déclaration peut être perçue, en particulier par les Organisations Syndicales patronales comme une compensation inter-régime au titre de la solidarité inter-régimes.

II) La CFE-CGC interroge la méthodologie d'évaluation de l'enveloppe de réversion de la branche AT-MP vers l'assurance maladie.

En effet l'assurance invalidité malgré nos souhaits exprimés précédemment n'est pas investiguée à la hauteur de l'enjeu de l'estimation de la sous déclaration.

L'insuffisance de la réparation du préjudice professionnel par le branche AT/MP incite les salariés qui vont perdre leur emploi du fait de leur inaptitude à introduire une demande d'invalidité.

En effet l'assurance invalidité est très souvent complétée par la prévoyance dans les accords collectifs ce qui n'est pas le cas en AT/MP (100% du net en invalidité 2) alors qu'une pathologie reconnue en MP avec un taux d'IP de 30% ne produit qu'un taux utile de 15%. La réparation est donc insuffisante sauf à enclencher une action au titre de la faute inexcusable de l'employeur, démarche dont la lourdeur décourage les salariés.

• Propositions de la CFE-CGC :

A/ La CFE CGC soutient l'évolution vers une réparation de type intégral du régime AT/MP et propose, à défaut de faire évoluer l'indemnisation du préjudice professionnel pour qu'elle compense réellement le préjudice subit de perte d'emploi.

III) L'enveloppe ne tient pas compte de bon nombre de pathologies liées au travail mais pourtant non déclarée ou non reconnues comme telles :

A/ Les sous-déclarations des AT et MP :

La CFE-CGC souhaite que les coûts de certains accidents et maladies, qui ne sont pas déclarés comme ayant une origine professionnelle, soient intégrés dans l'enveloppe de réversion.

En effet, nombre de salariés ne déclarent pas l'origine professionnelle de leur maladie ou de leur accident, et ce pour différentes raisons :

1/ La sous-évaluation de certains cancers d'origine professionnelle

La part attribuable à l'origine professionnelle des cancers se situe dans une fourchette PA attribuable estimée entre 4 à 8.5% des cancers, soit 15 à 30.000 cas de cancers d'origine professionnelle alors que le rapport d'activité de 2019 enregistre 3000 cancers professionnels reconnus.

Nous constatons aussi une manque d'information et de connaissance des médecins de villes et des hospitaliers ou spécialistes sur cette question de lien entre les expositions professionnelles anciennes et les cancers.

La CFE-CGC propose :

- L'amélioration de la formation des médecins sur ces thèmes (formation initiale et formation continue au titre du DPC – obligation ?)
- L'implication des médecins conseils pour détecter la possible origine professionnelle de certains cancers cibles (l'expérimentation cancers de la vessie a été un succès.
- La création d'un tableau cancer du sein

2/ Sous déclaration des TMS :

Les causes :

- La méconnaissance des médecins de soins de la possible reconnaissance MP de telle ou telle pathologie existant dans un tableau.
- Comme indiqué précédemment l'insuffisance de la réparation ATMP (exemple typique des pathologies de coiffe des rotateurs source d'inaptitude) et le bénéfice à demander la reconnaissance de l'invalidité maladie.
- Le peu d'intérêt pour les salariés à s'engager dans une procédure longue, source de conflit avec l'employeur (la MP pointe les conditions de travail beaucoup plus que les AT) pour certaines pathologies à faible incapacité temporaire et permanente), l'assurance maladie couvrant les soins avec la complémentaire + complément de salaire de l'employeur

- La grande difficulté de faire reconnaître au titre du système complémentaire les lombalgies chroniques ou les cervicarthrose avec le barrage du taux de 25% d'IP pour accéder au système complémentaire de reconnaissance.
- Aggravation des conditions de reconnaissance des pathologies de l'épaule (T57-A) avec comme conséquences des rejets et des prises en charge au titre de la maladie.

Les TMS sont à l'origine de 50% environ des avis d'inaptitude

1.5 Répartition des salariés déclarés inaptés selon la pathologie principale en cause

Appareil ou organe en cause	Part en %	
	2018	2017
Système ostéo-articulaire, muscles et tissu conjonctif	47,5	47,3
Troubles mentaux et du comportement	30,5	29,2
<i>Souffrance au travail</i>	21,1	20,4
Appareil circulatoire	5,3	5,9
Système nerveux	5,5	5,2
Appareil respiratoire supérieur ou inférieur	2,8	3,0
Appareil génito-urinaire	2,5	2,3
Appareil digestif	2,0	2,2
Endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques	1,7	1,8
L'œil et ses annexes	0,7	0,7
L'oreille et apophyse mastoïde	0,6	0,6
Peau et tissu cellulaire sous cutané	0,6	0,9
Sang et organes hématopoïétiques	0,5	0,8

Une étude de la DARES de Septembre 2011¹ pointe la sous déclaration des TMS et en révèle les causes :

- La victime est « *mal informée du lien entre son travail et sa maladie, découragée par les procédures parfois complexes à suivre pour obtenir réparation ou par crainte de perdre son emploi, elle ne déclare pas la maladie;* »
- L'employeur s'il « *aménage un poste suivant la pathologie du salariés, peut le dissuader de déclarer sa maladie, du fait du coût qu'elle implique pour son entreprise ;* »
- Les acteurs du système de soins établissent difficilement « *le lien entre le travail et la maladie, d'autant plus lorsqu'elle se manifeste après un délai de*

¹ Etude de la DARES, « *Les changements d'organisation du travail dans les entreprises : conséquences sur les salariés* »

latence important compliquant l'établissement du parcours professionnel du salarié.»

La CFE-CGC propose :

- Le passage à 10% de taux d'IP pour bénéficier du système complémentaire de reconnaissance des MP
- La révision du tableau 98 avec introduction des lombalgies chroniques.
- La création d'un tableau de MP réparant les cervicarthroses
- L'intensification des formations /informations des praticiens traitants sur ce thème.
- L'Amélioration de la réparation du préjudice professionnel (réparation intégrale ou au moins amélioration de la réparation du préjudice professionnel.

La CFE-CGC examinera avec la plus grande attention le rapport intermédiaire que présentera le Pr FRIMAT président de la commission de réforme des barèmes indicatifs d'invalidité AT/MP, à la Commission des AT/MP qui devrait améliorer (un peu ?) la réparation du préjudice professionnel.

3/ La sous déclaration de lésions bénignes dues à l'amiante.

En effet, que ce soit chez les carreleurs, les maçons, ces lésions ne sont pas automatiquement recherchées : elles sont donc sous-diagnostiquées et par conséquent, sous-déclarées :

- Formation/information des médecins traitants, pneumologues et radiologues pour les sensibiliser au dépistage et à la procédure déclarative de ces lésions.

4/ La sous déclaration des pathologies psychiques professionnelles

Environ 20% des inaptitudes ont pour origine une souffrance au travail (Hauts de France 2018)

Environ 800 MP reconnus au titre du système complémentaire- 2019

Environ 20.000 AT reconnus en 2020 (X2 de 2018 à 2019)

Les causes de la sous- déclaration

Grande difficulté à faire reconnaître en MP les maladies psychiques liées au stress professionnel

- Barrière des 25%
- Longueur de l'instruction
- Insuffisance de la réparation du préjudice professionnel
- Crainte de poursuites ordinaires des spécialistes psychiatres

La CFE-CGC propose :

- La création d'un tableau
- En attendant passage à un taux de 10% pour aller en CRRMP
- Amélioration de la réparation en particulier celle du préjudice professionnel majeur dans ces pathologies.

5- Maladies cardio-vasculaires et stress

Elles sont très difficiles à faire reconnaître malgré la certitude du lien maladies cardio-vasculaires et stress professionnel (voir Rapport IGAS 2013-127 TR (Articulation entre santé au travail et santé publique : une illustration au travers des maladies cardiovasculaires))

La reconnaissance de l'infarctus du myocarde est plus « facile » également en AT.

La CS4 a travaillé sur ce thème sans aller vers la création d'un tableau

6/ La sous déclaration des BPCO

- Fraction attribuable professionnelle : 15% (BPCO et travail paris 2007)
- Difficulté extrême pour faire reconnaître car pluri agents en causes et nécessité de faire jouer plusieurs tableaux en vain très souvent.
- Le tabac est toujours mis en avant au détriment de l'éventuelle origine professionnelle (oubliée et/ou sous-estimée)
- Là encore barrière du taux de 25% d'IP pour accéder à la CRRMP.

La CFE-CGC propose :

- Passage à 10% du taux de passage en CRRMP
- Création d'un tableau avec professions exposantes (bâtiment, soudeurs, travaux en fonderie)

7/ La sous déclaration des AT :

- Politique du zéro AT pour les grandes entreprises au taux propres
- « convocation » des salariés au retour de l'arrêt
- Politique du poste aménagé avec parfois pression sur salariés et médecins
- Contestation systématique de l'AT ou refus de déclarer l'AT
- Sous déclaration induite par les hôpitaux (lourdeur administrative, incompréhension pour les MP)
- Difficultés déclaratives des AT dans le cadre du télé travail (réticence des employeurs du fait de la difficulté selon eux à faire la part de la vie privée et de la vie professionnelle)

D'autre part

- La dématérialisation (questionnaires, suivi) peut décourager les salariés les moins « chevronnés » ou équipés.
- La dématérialisation de la rédaction des certificats médicaux initiaux MP rendra inaccessible aux médecins du travail cette voie du fait de leur nonaccès à AMELI PRO (même si chantier en cours)
- Il existe toujours un risque de mise en cause devant le conseil de l'ordre des médecins des non médecins du travail du fait de leur impossibilité de faire le lien entre la pathologie et le travail (ils ne peuvent pas en faire le constat personnel)
- Les partenaires sociaux tiennent (du fait du consensus social lié aux tableaux) à garder la main et à solliciter l'expertise de l'ANSES
- Les consultations de pathologies professionnelles sont peu connues des médecins de soins (les médecins du travail sont au fait de leur existence et utilité) et d'autre part elles n'existent pas dans tous les territoires.
- Les infirmiers en santé au travail de plus en plus présents ne peuvent procéder aux examens cliniques (indispensables au diagnostic) et ne sont pas formés à la problématique des MP en particulier
- Les Recommandations HAS pourraient par le biais des sociétés savantes améliorer la prise de connaissance des liens pathologies et expositions professionnelles par les médecins de ville.

Audition CFTC (Manuel Lecomte et Sébastien Garoutte)

La CFTC indique que son audition s'appuiera notamment sur une contribution réalisée dans le cadre d'une audition de l'IGAS en 2019, mais actualisée et ajustée comme tenu des questions transmises en amont de la réunion.

La CFTC souligne également le peu de progrès réalisés au fil des commissions sur la sous-déclaration, sans comprendre véritablement les raisons de ce blocage.

Enfin, la CFTC exprime sa préoccupation au sujet du travail temporaire, qui est à l'origine de nombreuses situations conduisant à sous-déclarer les accidents du travail et des maladies professionnelles.

- **Considérations générales sur l'architecture du système de reconnaissance et de réparation**

La CFTC rappelle son attachement au système de reconnaissance et de réparation des accidents du travail et des maladies professionnelles dans son format actuel. Pour la CFTC, la réparation intégrale peut certes être un objectif louable mais elle génère des risques importants : individualisation de la réparation, allongement des délais d'instruction, judiciarisation systématique. Le système de réparation forfaitaire doit par conséquent être maintenu, et ce malgré les difficultés d'actualisation des tableaux de maladies professionnelles.

- **Sur le chiffrage de la sous-déclaration**

La CFTC réitère ses remarques sur les modalités de calcul discutables du montant de la sous-déclaration. En tout état de cause, le montant de la sous-déclaration ne diminue pas.

- **Sur les facteurs de la sous-déclaration liés aux professionnels de santé**

La CFTC met en avant une approche des professionnels de santé trop exclusivement centrée sur le soin, et ce au détriment de la détection de l'origine professionnelle des pathologies. La CFTC rappelle pourtant que la recherche de l'origine de la pathologie a un réel intérêt en matière de prévention, car elle permet de disposer de statistiques servant à améliorer la santé au travail. La CFTC souligne que ce constat vaut aussi pour les médecins spécialistes, comme les oncologues.

Certains médecins hésiteraient par ailleurs à rédiger un certificat médical initial pour leur patient, de crainte de voir leur responsabilité engagée devant leur juridiction ordinaire. Cela renverrait également à la crainte de certains spécialistes d'envoyer les patients dans des démarches jugées trop lourdes.

La CFTC rappelle qu'elle préconise depuis 2005 la mise en place de journées de sensibilisation financées par la branche accidents du travail et maladies professionnelles dans le cadre de la formation continue des médecins.

La CFTC souligne également la coordination aujourd'hui insuffisante entre le médecin traitant ou spécialiste et le médecin du travail comme le souligne le rapport Seiller sur les indemnités journalières.

La CFTC tient à souligner le rôle accru que pourraient être amenés à jouer au cours des prochaines années les infirmiers des services de santé au travail, tout en rappelant que le médecin du travail doit rester l'interlocuteur privilégié. En tout état de cause, la nouvelle visite d'information et de prévention, ainsi que les visites médicales successives doivent permettre d'informer les salariés de leurs droits en matière d'AT-MP.

De manière générale, la CFTC indique que le médecin du travail est très peu considéré, alors que c'est le seul médecin dont l'essentiel de l'activité est centré autour de la prévention. La formation de ces médecins doit être renforcée.

- **Sur le registre des AT bénins**

La CFTC exprime son inquiétude sur l'utilisation du registre des accidents du travail bénins. Selon la CFTC, de nombreux employeurs s'engouffreraient dans cette brèche pour ne pas déclarer les accidents du travail. La loi de financement de la sécurité sociale pour 2021, qui assouplit les modalités de délivrance et de tenue de ce registre, accentuerait encore selon la CFTC le risque de sous-déclaration.

- **Sur les causes relevant des entreprises**

La CFTC souligne que les documents de prévention ne sont pas toujours facilement accessibles au sein des entreprises ; la CFTC rappelle qu'elle plaide pour la durée de conservation la plus longue possible. La CFTC met également en avant la question de l'accès des salariés au document unique d'évaluation des risques professionnels.

- **Sur la question de la traçabilité des expositions**

La CFTC pointe l'enjeu de la traçabilité des expositions, notamment aux agents cancérigènes, mutagènes et reprotoxiques, qui est rendue impossible depuis la réforme de la pénibilité, avec la suppression de la fiche d'exposition ; la CFTC indique que sur ce point, la France ne respecte pas la législation européenne. Il n'y a pas d'amélioration sur ce point dans la proposition de loi pour renforcer la prévention en santé au travail selon la CFTC qui rappelle qu'il s'agit d'un enjeu de santé au travail, mais aussi de santé publique.

La CFTC met également en avant la question du suivi post-exposition rendu quasiment inapplicable du fait de l'absence de visite médicale de fin de carrière et de suivi régulier pendant la retraite. Il s'agit pourtant selon la CFTC de mesures de prévention secondaire, pour les salariés exposés pendant leur carrière à certains facteurs de risque, notamment CMR. La CFTC indique que les salariés ont peu d'informations sur la visite médicale de fin de carrière.

La CFTC indique que la France est désormais moins exigeante que ne l'impliquent les normes européennes s'agissant des valeurs limites d'exposition professionnelle. L'absence de VLEP (notamment pour l'agent cancérigène auquel sont exposés les travailleurs du caoutchouc) participe également de la sous-déclaration des cancers professionnels.

La CFTC évoque la question du morcellement des contrats de travail, qui rend difficile la traçabilité des expositions et dilue la responsabilité de l'employeur. Ces évolutions du marché du travail ont un impact sur la sous-déclaration.

Le Président indique que le sujet de la traçabilité sera évoqué lors de la prochaine réunion plénière de la commission.

- **Sur les causes relevant des victimes**

La CFTC indique que les salariés ne connaissent pas toujours leur droit à réparation. La CFTC demande à ce que les services de l'Assurance Maladie mettent en place une aide dédiée et spécifique pour les personnes souhaitant déclarer une maladie professionnelle (service attentionné), notamment pour les cancers d'origine professionnelle.

La CFTC insiste également sur l'importance du suivi post-exposition, qui constitue une mesure de prévention secondaire, pour les salariés exposés pendant leur carrière à certains facteurs de risques, notamment CMR. La CFTC constate que ce suivi est quasi inexistant aujourd'hui.

- **Sur les tableaux de maladies professionnelles**

La CFTC souligne que le tableau 57 relatif aux TMS semble satisfaisant en termes de chiffres lorsqu'on regarde le nombre de reconnaissances, mais qu'il est en réalité trop restrictif.

S'agissant de la Covid, la CFTC indique que le tableau est trop restrictif dans la désignation de la maladie et dans les activités exercées. La CFTC souligne la problématique des Covid longs et des affections extra-respiratoires causées par la maladie. Le tableau est d'ores et déjà obsolète pour la CFTC, qui va le signaler en CS4. Seule la voie complémentaire est accessible pour les travailleurs de deuxième ligne, ce qui rendra la reconnaissance très difficile pour la CFTC. La CFTC, pas plus que sur d'autres pathologies, n'était favorable à la création d'un fonds de réparation intégrale, mais demande un tableau de MP plus ouvert sur les pathologies et les travailleurs. La CFTC a été déçue par le tableau créé et souligne que le dialogue qui précède en principe la création d'un tableau n'a pas eu lieu. La CFTC souligne que la reconnaissance des maladies professionnelles liées à la Covid par le CRRMP se situe à un niveau faible.

Le Président souligne que la Covid est une pathologie évolutive et qu'il est donc compliqué de figer le cadre de reconnaissance.

- **Sur les maladies psychiques**

La CFTC souligne des progrès dans la reconnaissance des troubles psycho-sociaux en accident du travail ou en maladie professionnelle par la voie complémentaire mais relève que l'absence de tableau est un frein à la déclaration et à la reconnaissance. La CFTC concède la difficulté à créer une troisième colonne du tableau avec toutes les activités, mais la CFTC plaide pour que des travaux sur le sujet soient menés en CS4.

La CFTC demande à abaisser le seuil d'IP minimal de 25% pour la reconnaissance dans le cadre de la voie complémentaire en alinéa 7 (à 10%).

- **Sur les arrêts de travail courts**

La CFTC indique ne pas disposer de données sur les arrêts de travail courts.

- **Sur la procédure de révision des tableaux de maladies professionnelles**

La création des tableaux de maladies professionnelles doit continuer à relever, selon **la CFTC**, d'un compromis entre les partenaires sociaux, qui ont mal vécu les reproches sur l'absence d'analyse scientifique. Le recours à l'ANSES brouille selon la CFTC le message sur le rôle des partenaires sociaux. Par ailleurs, la CFTC s'inquiète du délai de création des tableaux par le pouvoir réglementaire, après adoption d'un consensus en CS4. La CFTC pointe par ailleurs le nombre insuffisant de réunions de la CS4. Quant à la structure des tableaux en tant que telle, elle empêche selon la CFTC la reconnaissance de certaines pathologies, en particulier les troubles psychosociaux. La proposition de loi pour renforcer la prévention en santé au travail permet néanmoins certains progrès avec la création de la notion de risques organisationnels. Il s'agit pour la CFTC d'une approche qui pourrait permettre de construire la troisième colonne des tableaux de maladies professionnelles liées aux risques psychosociaux.

- **Sur la procédure de reconnaissance des maladies professionnelles**

La **CFTC** indique ne pas disposer à ce stade de données fiables sur la nouvelle procédure d'instruction des maladies professionnelles. La CFTC se dit favorable à la dématérialisation, car cela peut entraîner une diminution de la sous-déclaration, même s'il existe un risque pour certaines victimes en lien avec le phénomène de fracture numérique. La CFTC plaide pour un accompagnement par les services sociaux et souligne que si la sous-déclaration est plus importante pour les maladies professionnelles que pour les accidents du travail, c'est notamment parce que la déclaration relève de la victime, peu informée de ses droits. Il faudrait, selon la CFTC, accélérer la procédure de reconnaissance, notamment quand tous les critères du tableau sont remplis. Il faudrait simplifier aussi le traitement par les CRRMP, qui est actuellement très compliqué.

La CFTC tient à rappeler que la dématérialisation a entraîné, dans le secteur du travail temporaire, une baisse du nombre d'accidents de travail déclarés. La rematérialisation de la procédure a fait repartir à la hausse le nombre d'accidents de travail déclarés.

- **Sur l'imputation des dépenses à la branche AT-MP**

La **CTFC** tient à souligner que la Carte Vitale n'est pas utilisable pour les AT-MP, ce qui conduit à imputer à tort les dépenses engagées par les victimes à la branche maladie.

La **CFTC** plaide pour une mobilisation des bases de données de l'assurance maladie, de sorte que la branche maladie puisse identifier les pathologies potentiellement d'origine professionnelle, en lien avec l'identification de certaines maladies (syndrome du canal carpien par exemple) au sein d'une entreprise ou d'un secteur d'activité, sous couvert d'anonymat. La CFTC mentionne l'expérimentation en cours sur l'absentéisme atypique, mais souhaiterait que soit désormais étudiée avec plus de précisions la consommation de soins au sein des entreprises. La CFTC reconnaît néanmoins les difficultés que cette initiative pourrait soulever en termes de RGPD.

Le **Président** évoque des travaux analogues au sein des EHPAD, où l'on mobilise actuellement les données de l'Assurance Maladie.



COMMISSION SOUS DECLARATION DES MALADIES PROFESSIONNELLES

Dossier suivi par : Sébastien GAROUTTE
Ligne directe : 01 73 30 49 76
Mail : sgaroutte@cftc.fr

Pour la CFTC, si la réparation intégrale reste un objectif louable, elle induit des risques non négligeables. Elle pourrait avoir pour effet de réduire encore plus le nombre de reconnaissances en individualisant la réparation. La reconnaissance pourrait être plus longue, du fait de sa judiciarisation systématique.

Si le système des tableaux n'est certes pas parfait, il présente des avantages indéniables auxquelles nous sommes grandement attachés (l'inversion de la preuve notamment), il est évident que la réparation forfaitaire est par nature imparfaite, mais résulte d'un compromis social historique. Pour la CFTC, il n'est donc pas souhaitable de réinterroger ce principe, mais d'apporter des améliorations au système existant, sur les points suivants :

- Améliorer la prévention primaire, en augmentant notamment les fonds dédiés à la prévention, seul moyen efficace de diminuer la part de la réparation,
- Accentuer les obligations de chacun des acteurs de la santé au travail afin de diminuer la part de la sous déclaration

Pour cela, nous identifions des pistes d'amélioration qui tiennent à la fois à la responsabilité des employeurs, des médecins traitants et spécialistes, des médecins du travail, des médecins conseil de la sécurité sociale à destination des victimes.

Quels sont les facteurs de la sous-déclaration (employeurs, victimes, professionnels de santé) et ont-ils évolué depuis 2017 (vous trouverez ci-joint le précédent rapport, et notamment son analyse des phénomènes à l'origine de la sous-déclaration) ?

Existe-t-il selon vous un phénomène de sous-reconnaissance et, dans ce cas, quels en sont les facteurs ?

Les causes relevant des professionnels de santé

Il existe une part de responsabilité importante de la part des professionnels de santé. En France, nous regrettons qu'ils soient exclusivement formés aux soins et qu'ils accordent peu d'intérêt aux causes professionnelles des pathologies en générale sauf évidence. Les médecins sont globalement attachés à soigner les patients ce qui constitue évidemment leur mission première, mais négligent souvent l'origine de la pathologie, alors que sa détection présente des intérêts épidémiologiques évident et permettrait de nourrir les statistiques notamment à des fins de prévention, mission première de la branche accident du travail maladie professionnelle de la sécurité sociale.

Les médecins traitants et les médecins spécialistes n'ont quasiment jamais le réflexe de s'adresser aux médecins du travail. La victime étant souvent éloignée du travail (arrêt maladie, chômage, retraite) elle n'a plus de contact avec le médecin du travail qui n'est pas informé de la pathologie découverte. Le colloque entre les trios de médecins traitants, médecins du travail et médecins conseil n'existe quasiment jamais, le rapport sur les indemnités journalières Berard Oustric Seiller l'a largement documenté.

Les médecins traitants et spécialistes rechignent trop souvent à rédiger le CMI certificat médical initial, sésame sans lequel il est très difficile pour les patients de faire reconnaître l'origine professionnelle de leur maladie.

Malgré des campagnes de sensibilisation, les médecins traitants et spécialistes ne sont pas suffisamment sensibilisés et formés sur les questions de maladies professionnelles. Ces formations doivent être renforcées, aussi bien dans le cursus initial qu'en formation continue. Selon les données de la DSS, 597 médecins ont été formés en 2017, 941 en 2018 et 660 en 2019. C'est extrêmement faible.

La CFTC rappelle qu'elle préconise depuis 2005 la mise en place de journées de sensibilisation financées par la branche accidents du travail maladies professionnelles dans le cadre de la formation continue des médecins. Très peu ont suivi une formation en santé au travail dans le cadre de leur formation initiale ou de leur formation continue.

Nous appuyons la nécessité d'une sensibilisation précoce en cycle master, mais les étudiants étant plus réceptifs en cycle doctoral, les formations devraient se concentrer sur ce cycle, en mettant l'accent sur la médecine générale particulièrement concernée.

Enfin, le précédent rapport préconisait la possibilité de confier aux infirmières des entreprises le rôle d'informer les salariés des possibilités et des modalités de déclaration des maladies professionnelles du fait notamment de la pénurie des médecins du travail. Cela devient fortement possible depuis l'application de la loi travail au 1er janvier 2017 qui donne plus d'ampleur au rôle de l'infirmière même si nous maintenons que le médecin doit rester l'interlocuteur privilégié et le lien direct avec l'entreprise.

Concernant les AT bénins

Les accidents considérés comme « bénins » ne sont pas toujours enregistrés et la découverte retardée d'une conséquence plus grave interdit la reconnaissance, le fait initial n'est pas déclaré car bien souvent le délai de déclaration est dépassé (certificat initial hors délai et souvent après le temps du travail).

Concernant l'utilisation du registre d'AT bénin, nous constatons que certains employeurs ont parfois tendance à s'écarter de son utilisation réelle. Ce registre s'est transformé en un dispositif facilitant le fait de se soustraire à une obligation de déclaration, l'employeur pouvant s'engouffrer dans une zone grise des sinistres sans soins ni arrêt pour se prévaloir, si nécessaire le moment venu, de l'inscription dans le registre. Cette situation ne s'arrangera pas, la LFSS de 2021 fait évoluer les modalités de délivrance, de réception et d'archivage du registre des accidents du travail bénin pour les entreprises, lorsque l'employeur, répond aux conditions prévues, il peut désormais détenir un registre sans demande préalable à la CARSAT /CRAMIF/CGSS de sa région. L'employeur ne doit plus nécessairement ni en faire la demande, ni le transmettre à sa caisse régionale.

Les causes relevant des entreprises

La réalisation des documents unique et de leur plan d'action n'est toujours pas satisfaisante plus de 20 ans après son obligation dans les textes. Une proposition de loi s'inspirant de l'ANI sur la santé au travail signé par les partenaires sociaux fin 2020, est sur la table, et propose d'améliorer la situation. Si nous sommes satisfaits de l'obligation de conservation des versions successives de ce document, nous recommandons de prévoir une durée très large, notamment dans certaines branches d'activité dont les travailleurs sont exposés à des pathologies à effet différées (exemple, le sarcome osseux a un délai de prise en charge de 50 ans (Tableau MP RG6)). Les données de l'exposition individuelle des travailleurs aux rayonnements ionisants sont certes stockées dans le système SISERI, mais pour ce cas particulier, la durée de 50 ans pourrait être retenue pour l'archivage du document unique).

L'accès de ce document doit également être facilitée pour la victime qui a quitté l'entreprise.

Les causes relevant des victimes

La sous déclaration relève également des victimes puisqu'il leur appartient de faire elles-mêmes la déclaration. Soit la victime ignore la nocivité des substances auxquelles elle a été exposée, soit elle ne connaît pas ses droits à réparation.

Des efforts sont toujours attendus de la part des services de l'assurance maladie pour proposer un service attentionné aux assurés souhaitant faire reconnaître l'origine professionnelle de leur maladie. Une équipe médico-administrative devrait être dédiée pour aider les demandeurs à constituer leur dossier.

Un grand nombre de victimes refusent également de demander la reconnaissance professionnelle de leur pathologie lorsque le pronostic vital est engagé. Il faut renforcer la traçabilité des expositions par la délivrance des fiches d'exposition aux agents chimiques dangereux, notamment CMR, disparu depuis la transformation du C3P en C2P. Cette disparition est délétère en terme de santé au travail et de santé publique, il n'existe à ce jour aucune communication individuelle des expositions à ces agents. La France n'est pas conforme à la législation européenne sur ce point.

Cette exposition doit être suivie d'un véritable suivi post exposition, quasi inexistant aujourd'hui. Ce suivi doit constituer une mesure de prévention secondaire, destinée à suivre plus particulièrement les salariés exposés durant leur carrière et à déceler au plus tôt d'éventuelles pathologies. Ainsi le départ à la retraite d'un salarié exposé à des agents chimiques notamment CMR doit faire l'objet d'une visite au moment de son départ à la retraite, et d'un suivi régulier.

**Quelles pathologies vous semblent faire l'objet d'une sous-déclaration plus particulièrement ?
D'une sous-reconnaissance ?**

Les cancers professionnels sont toujours largement sous déclarés. L'ensemble des produits cancérigènes identifiés au niveau international ne sont pas reconnus comme tel au niveau national. Concernant les transpositions de directive, l'administration française n'adopte plus de valeur limite plus contraignante que celles proposées au niveau européen, comme elle en avait l'habitude jusqu'à présent. Il n'existe par exemple aucune valeur limite d'exposition pour une substance comme le 1,3 butadiène, source potentielle de cancer lymphatique pour les travailleurs fabricants du caoutchouc.

De plus, nous regrettons que les choix de fixation de ces valeurs limites d'exposition, sont guidés par des choix strictement financiers, en effet, les études d'impact des VLEP à transposer visent à comparer les coûts liés aux mesures additionnelles mises en place pour les respecter, aux bénéfices attendus en terme de nombre de cancers évités et d'économie réalisés par le système de santé.

Enfin, nous regrettons le choix de la France de retenir systématiquement les limites proposées par la Directive, un parti pris du gouvernement depuis 2017, dans le cadre d'une circulaire du 26 juillet 2017, relative à la maîtrise des textes réglementaires et de leur impact qui prescrit que toutes mesures allant au-delà des exigences minimales de la directive est en principe proscrite.

Les TMS depuis la mise à jour du tableau 57, sont sous déclarés car trop restrictifs.

Les accidents de trajet qui dans certains cas peuvent être mieux indemnisés s'ils ne sont pas déclarés comme tels.

La Covid est très largement sous déclarée, pour la CFTC le tableau est trop restrictif et mal connu des soignants victimes. La possibilité de déclaration pour les travailleurs de seconde ligne n'est absolument pas prise en compte par les médecins traitants et les services hospitaliers, les victimes ne sont pas informées.

Concernant la reconnaissance des troubles psychosociaux si la reconnaissance en accident du travail et la reconnaissance en maladie professionnelle hors tableaux sont mieux connues et progressent, la procédure de reconnaissance reste un frein à la déclaration. L'absence de tableaux et le passage en CRRMP rendent difficile la reconnaissance en maladie professionnelle. Nous sommes favorables à l'ouverture d'une réflexion sur la création d'un tableau de maladie professionnelle et en attendant à l'abaissement du taux d'incapacité pour ces troubles à 10 % au lieu des 25 % actuellement.

Les arrêts de travail courts font-ils l'objet d'une sous-déclaration plus importante ?

Nous ne disposons pas de données suffisantes à ce sujet. A priori non justement parce que le lien avec le travail est souvent plus facile à établir.

**Quel est votre regard sur la procédure de révision des tableaux de maladies professionnelles ?
Sur leur contenu ?**

L'année 2020 a été marquée par de nombreuses discussions sur ce sujet à la CS4 et au GPO du COCT : les débats sur la place de l'Anses (et plus généralement des « experts ») et leur rôle concernant l'élaboration des tableaux, la lenteur des pouvoirs publics à traduire les travaux de la CS4 en décrets créant un tableau, le manque de moyens de la commission et son faible nombre de réunions, sont autant de barrières à la création de tableaux qui peuvent suivre l'évolution des maladies professionnelles en France.

La structure des tableaux est également un frein pour établir des liens avec les pathologies psychiques du fait de leur caractère non spécifique à une activité professionnelle donnée et de causes multiples souvent liées à l'organisation du travail plus qu'au travail lui-même. Une réflexion au sein de la CS4 doit avoir lieu à ce sujet.

Quelle est l'appréciation des victimes d'ATMP sur la nouvelle procédure de reconnaissance mise en place en 2019, ainsi que sur la dématérialisation possible de certaines de ses étapes ?

Nous ne disposons pas de données fiables concernant cette problématique. Cependant, nous pouvons suspecter que l'augmentation de la dématérialisation va entraîner inévitablement une perte de nombreuses victimes. La dématérialisation doit aider à lutter contre la sous-déclaration, mais certaines victimes doivent être mieux assistées par les services sociaux des caisses de l'Assurance maladie.

En revanche, il existe des sources de la sous-déclaration dans la prise en charge des soins et des actes relevant de la branche ATMP, en effet, la carte Vitale permet un remboursement des soins rapide soit du prestataire de soins ou de produits, soit du bénéficiaire s'il n'a pas de tiers payant. Au contraire le formulaire CERFA, pour la maladie professionnelle ou l'accident du travail, est traité manuellement, ce qui est beaucoup plus long. Le recours à la carte Vitale, et donc l'imputation des dépenses accident du travail / maladie professionnelle à la branche maladie, serait ainsi implicitement mais effectivement encouragé. Nous proposons qu'il soit possible de recourir à la carte Vitale tant pour la branche maladie que pour la branche AT/MP. Également il faudrait faire en sorte que ce qui est d'abord enregistré en maladie, puisse être reclassé en AT/MP une fois les démarches effectuées.

Les agents hospitaliers concernés doivent être davantage attentifs à signaler le caractère professionnel d'un accident ou d'une maladie.

La communication entre médecin du travail et médecin de ville vous semble-t-elle avoir progressé depuis les derniers travaux de la commission ? Dans quelle mesure contribue-t-elle à lutter contre la sous-déclaration ?

Depuis des années les rapports se suivent et se ressemblent. Il est nécessaire de revoir le modèle de prise en compte de la sous-déclaration.

La CFTC milite depuis de nombreuses années pour un décloisonnement des données de la branche maladie et de la branche ATMP, en garantissant un strict anonymat. En effet, il existe aujourd'hui des moyens informatiques puissants de « fouille des données » qui permettraient d'identifier plus précisément les pathologies pouvant avoir une origine professionnelle. Ainsi, l'assurance maladie dispose d'une base de données conséquente sur les soins réalisés (remboursement des médicaments et des actes). Par exemple, il serait possible de rechercher s'il y a une surconsommation d'un type de soins dans un métier, un secteur d'activité ou une entreprise. Ce qui permettrait à la fois une alerte pour enclencher des actions de prévention et d'identifier des sous-déclarations. Cela permettrait également d'éviter de fixer un montant aléatoire de sous-déclaration des maladies professionnelles.

Par exemple : on note une sur-représentativité du traitement du syndrome du canal carpien parmi les ouvriers d'une entreprise avec une faible (ou une absence de) déclaration de maladie, il serait sans doute profitable d'enquêter plus avant sur les causes. La consommation d'anxiolytiques est un autre exemple intéressant.

Ouverture concernant les nouveaux modes de travail

Pour aller plus loin, la CFTC souhaite attirer l'attention sur les conséquences prévisibles du développement des nouvelles formes d'emploi et d'organisation du travail. Elles peuvent constituer un nouvel angle mort pour la branche ATMP et contribuer à amplifier la sous-déclaration.

En effet, l'apparition de nouvelles formes d'emploi, le morcellement des activités, la réduction de la durée des contrats, le caractère haché et discontinu des carrières, les changements de statuts au cours d'une vie professionnelle (CDD, Sous-traitance, Travail temporaire, auto-entrepreneuriat...) entraîneront mécaniquement une dilution de la responsabilité des différents interlocuteurs ou employeurs successifs, ainsi qu'une vision imparfaite et parcellaire de l'exposition aux risques. Dans sa forme la plus délétère, ce type d'organisation du travail peut mener à une politique volontariste d'externalisation du risque et de déresponsabilisation des employeurs, mais également à une sous déclaration des maladies professionnelles. Par exemple, l'accident de la route d'un travailleur de plateforme, entraîne automatiquement une prise en charge par l'assurance maladie, car très peu de travailleurs souscrivent une assurance volontaire.

La dynamique croissante de ces nouvelles formes d'emploi, va mécaniquement conduire à augmenter la part des troubles d'origine « professionnelle » au sein de la branche maladie.

Propositions CFTC

- Systématiser et instaurer une procédure de reconnaissance rapide lorsque tous les éléments du tableau concerné sont manifestement réunis (cela ne devrait pas excéder 30 jours).
- Réduire le délai de traitement des demandes via les CRRMP et aménager le parcours patient afin que la victime ne soit pas face à un « parcours du combattant »
- Faire reconnaître rapidement par la CPAM les « maladies à caractère professionnel » lorsqu'elles sont déclarées comme telles par un médecin du travail ou un centre de consultation de pathologies professionnelles et que cette déclaration puisse être faite par le professionnel médical concerné (et pas seulement par le malade).
- Augmenter la sensibilisation et la formation des autres professionnels de santé notamment en systématisant la présence du « *cursus laboris* » dans le dossier médical personnel.
- Informer systématiquement le malade de l'éventuel lien entre sa pathologie et une exposition professionnelle lorsque la littérature scientifique existe (par exemple un cancer de la vessie, peut être lié tabac mais aussi une exposition professionnelle aux hydrocarbures aromatiques polycycliques ou aux amines aromatiques, le patient même fumeur ou ancien fumeur devrait en être systématiquement informé - ce n'est quasiment jamais le cas [c'est encore moins le cas pour les cancers du sein chez les travailleurs de nuit postés même si le CIRC le classe en groupe 2A, « probablement cancérigène pour l'Homme »).
- Améliorer la traçabilité du risque chimique, par la réinstauration des fiches d'exposition notamment pour les CMR
- Améliorer le suivi post exposition des victimes exposées à des CMR durant leur carrière, en rendant obligatoire un suivi régulier
- Améliorer la reconnaissance des troubles psychosociaux en pathologies professionnelles, par la création d'un tableau dédié ou en abaissant le taux d'incapacité requis à 10 %
- Faciliter la déclaration des ATMP par la dématérialisation des actes et des soins, par l'utilisation de la carte vitale
- Faciliter l'échange de données de la branche maladie vers la branche ATMP pour analyser les données de consommation de soin par branche d'activité

Audition MEDEF (Laëtitia Assali et Nathalie Buet)

- **Considérations générales sur le montant de la sous-déclaration**

Le MEDEF s'étonne que le montant de la sous-déclaration ait été figé à 1 Md€ en 2020, malgré le contexte lié à la crise sanitaire. Par ailleurs, le MEDEF tient à rappeler qu'un grand nombre de facteurs de sous-déclaration ne dépendent pas des employeurs ; le MEDEF regrette que la dotation de la branche AT-MP au titre de la sous-déclaration ne soit finalement qu'une variable d'ajustement budgétaire de la branche maladie. Le MEDEF tient également à souligner que le versement à la branche maladie obère le budget de la branche AT-MP alloué à la prévention, alors même que les SPTPE notamment connaissent un grand succès.

Le MEDEF met en avant le caractère permanent, récurrent et un peu flottant du transfert lié à la sous-déclaration et souligne une certaine incompréhension des employeurs. Le MEDEF rappelle que le système de déclaration des AT-MP est bien connu et bien appliqué par les employeurs. Il n'y a pas, pour le MEDEF, de comportement de tricherie ou de dissimulation de la part des entreprises, qui sont très légalistes. Le MEDEF souligne qu'il y aurait une très grande incompréhension si le montant de la sous-déclaration devait dépasser le milliard d'euros.

Le Président souligne que le transfert à la branche maladie ne doit pas conduire à diminuer l'enveloppe relative à la prévention.

Le MEDEF tient à rappeler que lors de la présentation en CAT-MP du bilan de la mise en œuvre des recommandations de la précédente commission, il est apparu très clairement que peu d'actions visant à lutter contre la sous-déclaration relevaient de la branche AT-MP, et encore moins des entreprises. Pour le MEDEF, la plupart des actions susceptibles de limiter le phénomène de sous-déclaration sont en lien avec la formation des médecins et du personnel hospitalier afin que les victimes soient correctement informées de leurs droits.

Le Président évoque la problématique transversale du manque de médecins.

Le MEDEF souligne qu'il est insuffisamment tenu compte des actions de prévention dans l'appréciation du montant de la sous-déclaration. Le MEDEF évoque l'augmentation tendancielle du nombre de maladies professionnelles, qui tend néanmoins à se stabiliser depuis plusieurs années (notamment dans le secteur du BTP). Le MEDEF fait remarquer que les actions de prévention figurant dans les conventions d'objectifs et de gestion (COG) successives ne sont pas prises en compte dans le chiffrage de la sous-déclaration.

- **Sur la problématique de la sous-reconnaissance des maladies professionnelles**

Pour **le MEDEF**, il y a un glissement sémantique entre la sous-déclaration et la sous-reconnaissance. La sous-déclaration ferait référence à l'attitude de certaines entreprises qui, volontairement, ne déclareraient pas une maladie professionnelle ou un accident du travail, pour éviter d'avoir à payer le coût des prestations AT-MP, mais aussi le coût de l'inaptitude. En effet, quand l'entreprise doit reclasser son salarié, ce dernier a le choix et peut refuser le reclassement, ce qui ouvre droit à une indemnité, dont le montant est doublé quand l'inaptitude est liée à un AT-MP. Le MEDEF souligne qu'il n'est ainsi pas rare qu'un salarié soit licencié pour inaptitude, parce qu'il n'a pas accepté le reclassement, et qu'il revienne ensuite comme intérimaire. La sous-reconnaissance concerne en revanche plutôt pour le MEDEF des maladies qui auraient dû être reconnues et qui ne le sont pas.

Le MEDEF insiste également sur la notion de sur-reconnaissance, qui n'est pas prise en compte. Or, le rapport de gestion de la CNAM montre que la part de sur-reconnaissance (1,46%) est supérieure à la sous-reconnaissance (1,23%) pour les maladies professionnelles – et à peu près équivalente pour les accidents du travail (0,38% vs. 0,42%).

Le MEDEF fait remarquer que les dépenses relatives aux maladies professionnelles augmentent sur le versant indemnités journalières, en lien avec la date effective de départ de l'indemnisation – ce qui s'est traduit dès 2020 dans les comptes de la branche AT-MP selon le MEDEF. Le MEDEF souligne que le précédent rapport préconisait de modifier la date de départ de l'indemnisation et que cette recommandation a produit ses effets.

- **Sur le système de réparation forfaitaire des accidents du travail et des maladies professionnelles**

Le MEDEF rappelle le fort attachement des partenaires sociaux au compromis social actuel, qui permet une réparation forfaitaire rapide, sans que le salarié ait à apporter la preuve du lien de causalité entre son activité professionnelle et la pathologie contractée. Cette réparation efficace et favorable au salarié (également parce qu'elle lui permet de pouvoir revenir au travail rapidement) doit, pour le MEDEF, rester soutenable financièrement. Le mécanisme a été validé par le Conseil constitutionnel en 2010, et par la CEDH en 2017. Pourtant, le MEDEF souligne que depuis quelque temps, ce système est mis à mal. Le MEDEF pointe du doigt la réforme de l'expertise scientifique préalable à la création de tableaux de maladies professionnelles et son transfert à l'ANSES et rappelle plus globalement son souhait de voir perdurer le consensus social en matière de création de tableaux de maladies professionnelles.

- **Sur la procédure de création des tableaux de maladies professionnelles**

Le MEDEF rappelle son fort attachement aux travaux menés dans le cadre de la commission spécialisée n°4 du conseil d'orientation des conditions de travail. Le MEDEF fait remarquer que sur divers sujets (thématique des pathologies plurifactorielles, des risques émergents), qui sont par définition scientifiquement moins à la main des partenaires sociaux, le recours à l'expertise de l'ANSES est naturellement le bienvenu. En revanche, sur d'autres thématiques, le MEDEF souhaite que l'ANSES ne préempte pas la discussion des partenaires sociaux. Le MEDEF souligne en outre que le pouvoir réglementaire entérine parfois avec retard le consensus trouvé par les partenaires sociaux – ainsi du tableau sur le lien entre trichloréthylène et cancer du rein.

Le MEDEF tient à rappeler le travail d'élaboration des recommandations de la CS4, qu'il ne s'agit pas de minimiser. La nouvelle charte de la CS4 permet d'ores et déjà, pour le MEDEF, d'encadrer le rôle de chacune des parties. Par ailleurs, le MEDEF note que l'ANSES a également besoin d'un certain temps pour restituer ses expertises, ce qui appelle à relativiser les délais jugés trop longs dans le cadre de l'ancienne procédure d'élaboration des tableaux de maladies professionnelles.

- **Sur la procédure de reconnaissance des accidents du travail et des maladies professionnelles**

Le MEDEF souligne que les acteurs doivent s'approprier le changement opéré par la réforme de la procédure de reconnaissance des accidents du travail et des maladies professionnelles, tout en soulignant quelques difficultés liées à la dématérialisation, notamment au niveau des CPAM.

- **Sur l'intérim et la sous-traitance**

Le MEDEF fait remarquer que l'intérim et la sous-traitance constituent deux problématiques distinctes. Les situations d'intérim et de sous-traitance sont selon le MEDEF désormais bien encadrées et ne posent pas de difficultés particulières. En revanche, les situations de sous-traitance en cascade peuvent complexifier la reconnaissance d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle.

Le MEDEF souligne que les difficultés de traçabilité s'agissant de l'intérim sont liées à ce que les salariés sollicitent un grand nombre d'agences d'intérim et ne savent plus où a eu lieu l'accident. La difficulté des salariés en intérim à gérer leurs contrats expliquerait ainsi selon le MEDEF les difficultés à retracer l'entreprise dans lequel l'accident s'est produit.

- **Sur la reconnaissance des affections psychiques**

Le MEDEF souligne que la situation est la même qu'en 2017 et que les pathologies psychiques restent des pathologies plurifactorielles. Il existe souvent, selon le MEDEF, une confusion entre le symptôme et la maladie elle-même s'agissant des pathologies psychiques. Le MEDEF souligne qu'un travail important a été mené au sein de la CS4, qui a conduit à des recommandations aux CRRMP. Le MEDEF souligne, s'agissant des affections psychiques, la prise en compte des développements futurs de la maladie, ce qui montre bien qu'il n'y a pas de sous-reconnaissance, et qu'on augmente le nombre de dossiers reconnus.

Le MEDEF évoque un document de la CNAM qui montre qu'un grand nombre d'affections psychiques sont prises en charge au titre des accidents du travail. Par ailleurs, les CRRMP jouent pour le MEDEF pleinement leur rôle et font fonctionner la voie complémentaire.

- **Sur la question de la communication entre médecins**

Le MEDEF souligne que cette question impacte peu les chefs d'entreprise, qui n'ont pas le droit d'échanger avec le médecin du travail. Le MEDEF rappelle que l'une des conditions de réussite de la prévention de la désinsertion professionnelle tient à l'amélioration de la relation entre médecin du travail, médecin traitant et médecin-conseil. Le MEDEF évoque le tiers-temps dont disposent les médecins du travail pour aller dans les entreprises.

- **Points divers**

Le MEDEF rappelle que la prévention passe par des outils simples (OIRA de l'INRS, document unique PREM'S mis en place par l'OPPBT pour aider les TPE à repérer les 5 principaux risques). Enfin, le MEDEF souligne que la réparation est plus avantageuse en France que dans d'autres pays.

Préambule :

La question de la « sous-déclaration » d'accidents du travail est inquiétante. Mais plus grave est sa conséquence directe : la ponction croissante que l'Etat impose chaque année à la branche ATMP au profit de la branche maladie ; celle-ci atteint des proportions inacceptables. Cette ponction unilatérale est non seulement injustifiée, mais de surcroît ne tient pas compte des ambitions fortes des partenaires sociaux en matière de prévention des risques professionnels.

En effet, ce transfert financier de la branche ATMP vers la branche maladie n'a cessé d'augmenter pour atteindre le montant de 1Md d'euros. Depuis des années, le MEDEF exprime son désaccord avec la méthode de calcul de ce transfert qui ne tient compte ni des améliorations constatées, ni des efforts de prévention des entreprises. La finalité réelle de ce transfert apparaît désormais clairement pour ce qu'elle est : une variable d'ajustement de la branche maladie.

Le MEDEF tient à alerter la Cour sur le fait que le maintien d'un transfert excessif fragilise la branche ATMP et remet en cause le caractère incitatif de la prévention des risques professionnels, au moment où les partenaires sociaux ont rappelé leur volonté, à travers l'ANI du 9 décembre 2020 sur la santé au travail, d'investir pleinement sur la prévention des risques professionnels en donnant la priorité à la prévention primaire et en mettant au centre des préoccupations le développement de la culture de prévention.

Toute augmentation de ce transfert serait donc un contre-signal fort d'autant plus qu'aujourd'hui nous pouvons faire un double constat :

- Les actions qui doivent être menées pour réduire la sous-déclaration ne relèvent ni de la responsabilité de la branche ATMP, ni de la responsabilité des employeurs.
- Il ne serait pas acceptable de remettre en cause le système spécifique de la branche ATMP auquel les partenaires sociaux ont rappelé leur attachement unanime.

Quels sont les facteurs de la sous-déclaration (employeurs, victimes, professionnels de santé) et ont-ils évolué depuis 2017 (vous trouverez ci-joint le précédent rapport, et notamment son analyse des phénomènes à l'origine de la sous-déclaration) ?

- Un bilan de la mise en œuvre des recommandations émises par la commission en 2017 a été présenté par la DSS lors du séminaire de la CATMP du 13 janvier 2021 : nous avons pu constater, constat partagé par l'ensemble des partenaires sociaux, que **la quasi-totalité des actions désormais préconisées et mises en œuvre ne relèvent ni de la responsabilité de la branche ATMP ni de celle des entreprises**. En effet, elles touchent essentiellement la formation et l'information des médecins (médecin de ville, médecin du travail), ainsi que l'information et l'accompagnement des assurés dans les démarches administratives.
- Par ailleurs, nous constatons que l'investissement fait par la branche en matière de prévention n'est jamais évoqué dans les rapports de la commission et encore moins pris en compte comme élément de

pondération dans l'appréciation de la sous-déclaration, ce qui n'est plus acceptable si l'on veut vraiment objectiver la situation.

Existe-t-il selon vous un phénomène de sous-reconnaissance et, dans ce cas, quels en sont les facteurs ? En particulier, quel regard portez-vous sur les critères de reconnaissance d'une maladie professionnelle prévus par les tableaux et/ou sur les conditions requises dans le cadre de la reconnaissance des pathologies hors tableaux ?

Sur le phénomène de sous-reconnaissance :

- **De quoi parle-t-on ?**

- Si l'on se réfère au rapport d'activité pour 2019 de la branche ATMP

Les indicateurs des ATMP, notamment l'indicateur qualité de reconnaissance (pris en compte dans les statistiques à compter de 2017), permettent d'apprécier la part des dossiers qui peuvent avoir fait l'objet d'une sous-reconnaissance mais également d'une sur-reconnaissance. A cet égard ces statistiques montrent que, s'agissant des maladies professionnelles, dont le système de prise en charge est largement critiqué, la part de dossiers susceptibles d'avoir fait l'objet d'une sur-reconnaissance est plus importante que la part des dossiers susceptibles d'avoir fait l'objet d'une sous-reconnaissance. En AT cet indicateur montre un point d'équilibre entre sur-reconnaissance et sous-reconnaissance, ce qui est interprété dans le rapport comme une amélioration du traitement des dossiers par les CPAM.

- Ces éléments permettent de mettre en lumière la question de la sur-reconnaissance et de constater que la sous-reconnaissance, tout comme la sur-reconnaissance, ne peuvent être systématiquement liées aux seuls critères de reconnaissance des MP (tableaux et système complémentaire) mais que d'autres facteurs comme la qualité de traitement des dossiers par les CPAM ont une incidence majeure. Ces dernières ont encore une marge de progression afin de réduire ces taux. Cette nécessaire amélioration a d'ailleurs été soulignée par le rapport de la commission sous-déclaration de 2017 qui relève une disparité des taux de reconnaissance entre les caisses. Il est regrettable que cette disparité ait été interprétée comme étant nécessairement un facteur de sous-reconnaissance, la sur-reconnaissance n'étant pas même envisagée.

⇒ **Donc in fine il n'y a pas, selon nous, de « phénomène » de sous-reconnaissance des MP**

Sur les critères de reconnaissance des MP :

Ils répondent à l'équilibre nécessaire entre un système d'indemnisation dérogatoire au droit commun permettant un accès simplifié à la réparation et la soutenabilité financière de ce même système.

Pour rappel :

Intégré dans notre système de Sécurité sociale, le régime de réparation ATMP est l'expression d'un véritable compromis social issu de la loi du 9 avril 1898. En effet, porté par la branche ATMP, ce régime est fondé sur la recherche d'un équilibre entre la nécessité d'assurer une réparation rapide automatique et sécurisée des victimes d'ATMP, quelle que soit leur part de responsabilité, et la nécessité d'assurer la pérennité de son financement, par les seules cotisations des employeurs. **Le MEDEF entend rappeler que ce régime n'a pas pour seule vocation la réparation, mais vise également à assurer une mission de prévention des risques ATMP et du risque de désinsertion professionnelle.** Ces objectifs ont donc conditionné la spécificité de ce régime.

Le dispositif repose sur le principe de la présomption d'imputabilité qui libère la victime de toute démonstration d'une faute de l'employeur. **Cette présomption est quasi irréfragable, la preuve contraire quasi impossible pour**

l'employeur. C'est pourquoi il est nécessaire, lors de la création ou de la modification d'un tableau, d'apprécier le caractère avéré du lien entre une maladie et l'activité professionnelle.

Concernant la voie complémentaire de reconnaissance des maladies professionnelles, souvent critiquée, elle constitue néanmoins un point positif en ce que même dans le cas des maladies hors tableaux, qui sont le plus souvent des maladies multifactorielles, il n'est pas demandé que l'activité professionnelle soit la cause exclusive de la maladie pour permettre sa prise en charge au titre des maladies professionnelles.

Quel est votre regard sur la procédure de révision des tableaux de maladies professionnelles ?

Pour rappel :

- La procédure de révision des tableaux de MP fait l'objet de critiques, dont la principale concerne le processus même de création des tableaux qui ne serait pas assez efficace. C'est oublier que la Commission spécialisée n°4 du COCT (CS4), qui est chargée de la création et de la révision des tableaux, est confrontée à la question des maladies multifactorielles et à des nouveaux risques qui nécessitent un travail scientifique, plus complexe et plus long et, des discussions entre partenaires sociaux qui sont tout aussi complexes mais néanmoins nécessaires. C'est également occulter le fait que ces discussions n'excluent cependant pas des résultats. La CS4 a su trouver des consensus visant :
 - Soit à la création ou révision de tableaux (notamment tableau 52 *bis*, la révision d'une partie du tableau 57 mais également le projet de tableau 101 sur les affections cancéreuses provoquées par le trichloréthylène) ;
 - Soit à l'élaboration de recommandations aux CRRMP lorsque la création d'un tableau n'a pas été possible (notamment les maladies psychiques, la maladie de Parkinson et les pesticides, etc.) afin de permettre une meilleure prise en charge de ces maladies dans le cadre de la voie complémentaire.

Il convient de relever que **l'administration a une part importante de responsabilité dans ce défaut d'efficacité puisque même lorsque la CS4 parvient à élaborer un tableau, l'administration tarde à le publier comme cela a été le cas du projet de tableau 101 évoqué ci-dessus dont le projet de décret a été élaboré plus de 4 ans après le travail de consensus de la CS4.**

- Le dispositif d'élaboration des tableaux a évolué en 2018 avec l'adoption d'une nouvelle charte qui prévoit que l'expertise scientifique est désormais confiée à l'ANSES. En revanche, **les discussions sur la création ou la modification des tableaux relèvent toujours de la seule responsabilité des partenaires sociaux.** Ces nouvelles modalités ont été acceptées par ces derniers précisément dans l'esprit du compromis de 1898. Dans cette nouvelle architecture l'expertise scientifique se doit d'être indépendante et pluridisciplinaire. **Elle apporte un soutien aux réflexions mais ne doit pas se substituer aux partenaires sociaux comme nous avons déjà eu l'occasion de le dire à plusieurs reprises. Pour le MEDEF il s'agit là d'un point d'équilibre incontournable.**

Quelle est l'appréciation des employeurs sur la nouvelle procédure de reconnaissance des AT-MP mise en place en 2019 ? Plus globalement, comment les employeurs évaluent-ils l'information délivrée (via Ameli notamment) sur les démarches et les procédures de reconnaissance des AT-MP ?

- Les représentants des employeurs **ont accompagné et soutenu cette nouvelle procédure** dans la mesure où elle doit permettre une amélioration du traitement des déclarations, une meilleure compréhension des différentes étapes de l'instruction et une gestion simplifiée notamment avec la dématérialisation progressive de cette même procédure.
- A ce stade, difficile d'avoir du recul pour apprécier pleinement l'impact de cette nouvelle procédure pour deux raisons : i) le texte n'est applicable qu'aux AT et MP déclarés à compter du 1^{er} décembre 2019 et, ii) la crise sanitaire a perturbé le bon déroulement du processus notamment au regard des délais d'instruction qui ont été prorogés ou suspendus au cours de l'année 2020.
- Toutefois on peut d'ores et déjà relever des difficultés et des disparités entre CPAM notamment dans le traitement dématérialisé de la procédure ce qui la rend complexe et floue tant pour les entreprises

que pour les assurés ; ce qui pourrait, à cet égard, conduire ces derniers à renoncer à déclarer leur maladie au titre des maladies professionnelles. Nous savons que la DRP a conscience de ces problèmes et travaille à les solutionner. Nous y serons très attentifs, notre soutien est gagé à la résolution de ces problèmes. Il s'agit là en effet d'un point important car il est nécessaire que les principaux acteurs de cette procédure à savoir, l'employeur et la victime, soient en totale confiance. A ce stade ce n'est le cas.

5 - Existe-t-il des difficultés particulières en matière de déclaration d'ATMP dans les situations d'intérim ou de sous-traitance ?

Non, puisque le schéma est assez simple. Dès qu'il y a accident, l'information est donnée par l'entreprise utilisatrice à l'employeur du salarié intérimaire par le biais de la déclaration préalable. L'employeur fait ensuite la déclaration à la CPAM. La répartition des rôles est claire et connue des acteurs.

6 - Quel regard portez-vous sur la reconnaissance des pathologies psychiques en maladies professionnelles ?

- Rapport d'activité branche ATMP 2019

En 2019, le nombre d'avis favorables prononcés par les CRRMP en matière de maladies psychiques atteint 1 051 cas, soit environ 6 % de plus qu'en 2018. Ces chiffres sont en constante progression.

- Cette progression est liée à :
 - l'élaboration de recommandations à l'attention des CRRMP ainsi qu'auprès des agents enquêteurs
 - l'application de la notion d'« IP prévisible à la date de la demande »
 - aux modalités spécifiques d'instruction de ces dossiers (décret du 7 juin 2016)

Par ailleurs, selon un document de la DRP en date du 13 janvier 2021 bon nombre de troubles psychiques sont pris en charge au titre des AT (au moins 100 000) ce qui conduit à relativiser la volumétrie limitée des MP. Il précise également que la part des avis favorable dépasse les 50% et que le nombre de cas reconnus a été multiplié par 7 en 5 ans.

- ⇒ **Le caractère multifactoriel de ces pathologies ne permet pas d'envisager la création d'un tableau de maladie professionnelle avec présomption d'une origine professionnelle. Ces maladies ne peuvent relever que de la voie complémentaire, avec une réparation au cas par cas, après expertise individuelle.**
- ⇒ **Le MEDEF, dans la ligne de l'ANI du 9 décembre 2020, considère que la prévention, au plus proche du terrain, est une priorité. Cela suppose la mobilisation de tous les acteurs pour les aider et les accompagner dans leurs démarches et leurs initiatives (guide, bonnes pratiques, outils...).**

7 - La communication entre médecin du travail et médecin de ville vous semble-t-elle avoir progressé depuis les derniers travaux de la commission ? Dans quelle mesure contribue-t-elle à lutter contre la sous-déclaration ?

Difficile pour les employeurs d'apprécier ce point car par définition ils n'ont pas à intervenir. Néanmoins c'est un axe fort de la COG que nous soutenons si nous voulons que la PDP soit une réalité.

Audition CPME (Ghislaine Rigoreau-Belayachi et Philippe Chognard)

- Phénomènes de sous- et de sur-déclaration des AT-MP

La CPME conteste le principe et les modalités d'évaluation de la sous-déclaration des AT-MP. En effet, depuis l'instauration de la commission, les pistes d'évolution ont été recensées, et le bilan de leur mise en œuvre d'ailleurs présenté en CAT-MP : elles portent, par exemple, sur la sensibilisation des médecins ou l'accompagnement des salariés. Mais cet exercice trouve ses limites dans l'absence de prise en compte des phénomènes de sur-déclaration, qui sont pourtant très importants.

La sur-déclaration est liée au fait que des pathologies peuvent être dues à la fois aux conditions de travail et à des facteurs extra-professionnels (ou à l'exercice d'une activité de travailleur indépendant) – mais sont reconnues en maladies professionnelles, notamment du fait de la présomption d'origine des tableaux, ou de consignes diffusées par la CNAM, par exemple récemment sur les malaises (y compris lorsqu'ils n'interviennent pas sur le lieu de travail). Il est important de mettre en exergue cette sur-déclaration dans les chiffrages, car la cotisation AT-MP est payée uniquement par l'employeur.

Selon la CPME, le phénomène de sur-déclaration a été théorisé il y a très longtemps, l'association des ingénieurs-conseils des CRAM (ancêtres des CARSAT) l'ayant estimée à 6%.

Aussi, la CPME invite à une grande vigilance sur la sur-déclaration, notamment pour les pathologies difficilement quantifiables comme les troubles psychosociaux. Plus globalement, elle est opposée au principe de la commission sous-déclaration – qui constitue aussi une remise en cause du travail des médecins membres des CRRMP quant à l'appréciation du lien de causalité et aux reconnaissances des maladies professionnelles hors tableaux.

- Conditions de reconnaissance des AT-MP

La CPME ne constate pas de phénomène de sous-reconnaissance. Au contraire, le droit comparé montre que la législation française est extrêmement généreuse, notamment parce que beaucoup de tableaux de maladies professionnelles ne comportent pas de durée d'exposition. Par ailleurs, l'élaboration du tableau relatif à la Covid a montré la réactivité de tous les acteurs concernés, même si certaines organisations syndicales considèrent que le tableau n'est pas suffisant. Pour les pathologies hors tableaux, la CPME est favorable au maintien du taux minimal d'incapacité permanente de 25%.

La CPME demande le statu quo sur les risques psychosociaux. En effet, on observe entre 2018 et 2019 une augmentation de 6% des reconnaissances de maladies professionnelles – ce qui montre que le dispositif actuel, reposant sur la procédure hors tableaux, joue son rôle.

- Déclarations des accidents du travail avec arrêt de travail court

L'employeur a tout intérêt à déclarer les accidents du travail avec arrêt de travail court car, en cas d'aggravation, sa responsabilité peut être engagée s'il n'a pas fait la déclaration initiale. C'est d'ailleurs un point sur lequel la CPME insiste auprès des entreprises.

- Nouvelle procédure d'instruction des demandes d'AT-MP

Même si le manque de recul sur la nouvelle procédure d'instruction, qui a fait l'objet de longues négociations avec les partenaires sociaux, ne permet pas d'en dresser un bilan, **la CPME** note plusieurs évolutions positives :

- S'agissant des accidents du travail, l'employeur dispose désormais de 10 jours francs pour formuler des réserves motivées – ce qui lui permet de les émettre à bon escient, et ainsi de garantir les droits des deux parties, et d'améliorer l'instruction des dossiers ;
- Les deux parties ont une meilleure visibilité sur les étapes de la procédure ;
- Une procédure dédiée est mise en place pour les rechutes et les nouvelles lésions.

La CPME note que l'information a bien été faite sur Améli. Mais elle relève quelques difficultés sur le terrain (qu'il ne faut pas généraliser) : dans certaines CPAM, l'employeur a eu des difficultés à obtenir le questionnaire par voie papier ; surtout, l'employeur est parfois sollicité pour renseigner le questionnaire en quelques jours seulement ; la procédure n'est pas toujours satisfaisante quant au contradictoire. Dans un cas aussi, l'entreprise était sur le point de faire une déclaration d'accident du travail relative à un syndrome anxio-dépressif, suite aux échanges avec la CPAM. Il faut espérer qu'il s'agit de dérapages liés à la mise en œuvre de la réforme, qui ne se poursuivront pas.

La CPME relève aussi d'autres problématiques : l'employeur a parfois des incertitudes sur la mise à jour de son compte employeur – et n'est donc pas toujours en capacité de mesurer l'impact financier d'un AT-MP. Il faut apporter des améliorations à ces dispositifs.

- **Procédure d'élaboration des tableaux de maladies professionnelles**

La CS4 est désormais divisée en deux entre l'ANSES et les partenaires sociaux – scission que la CPME estime dommageable, car ne permettant pas d'enrichir mutuellement les aspects scientifiques et juridiques dans le processus d'élaboration des tableaux de maladies professionnelles.

- **Sous-déclaration dans le secteur de l'intérim ou de la sous-traitance**

La CPME note que la procédure de déclaration est bien établie sur l'intérim : en cas d'accident, l'entreprise utilisatrice informe l'entreprise de travail temporaire, qui effectue la déclaration auprès de la CPAM. En cas de sous-traitance, c'est à l'employeur de faire la déclaration du travail. Dans toutes ces situations, en cas d'accident grave, il y a une alerte de toutes les personnes et organismes concernés. La CPME souligne en outre que l'entreprise n'a aucun intérêt à ne pas déclarer l'accident.

- **Formation des médecins, et coordination entre les différents professionnels**

Le maillage des actions de formation, qui n'a pas tellement évolué depuis la dernière commission, et la sensibilisation des médecins, portent leurs fruits. La COG, le PST et l'ANI de décembre 2020 renforcent le maillage de compétences entre tous les médecins concernés.

La proposition de loi pour renforcer la santé au travail, à la suite de l'ANI de décembre 2020, crée un médecin praticien correspondant, qui pourrait répondre à l'enjeu de coordination entre médecins du travail et médecins de ville pour prévenir les risques professionnels et renforcer la prévention de la désinsertion professionnelle.

- **Prévention des risques professionnels**

La CPME indique que, actuellement, les partenaires sociaux œuvrent essentiellement vers la prévention. Elle invite donc à orienter la réflexion, plus largement, sur le développement de la prévention – et souligne que certains secteurs d'activité sont pénalisés par les budgets actuels.

Audition U2P (Cécile Sauveur et Jean-Baptiste Moustié)

L'U2P tient à rappeler à titre liminaire qu'elle représente les entreprises de moins de 10 salariés. L'U2P indique également être très réservée sur le principe même du transfert de la branche AT-MP vers la branche maladie. L'U2P souligne que l'impact des actions de prévention mises en place depuis 2015 n'a pas été évalué. L'U2P indique également être en désaccord avec la méthodologie du chiffrage de la sous-déclaration, compte tenu d'un manque de données objectives sur le plan quantitatif. Enfin, l'U2P rappelle son attachement à la mise en œuvre de mesures de prévention.

- Sur le chiffrage de la sous-déclaration

L'U2P indique que sur les cancers d'origine professionnelle, la corrélation entre l'activité professionnelle et la pathologie n'est pas toujours objectivée. La question des maladies professionnelles sans frais est également centrale selon l'U2P et devrait être intégrée dans le chiffrage de la sous-déclaration. De manière générale, l'U2P souligne que la quantification n'est pas toujours objective et que la méthode nécessiterait d'être révisée.

Le **Président** de la commission indique que celle-ci est tributaire des travaux scientifiques. Le Président indique par ailleurs que la commission cherchera au cours de ses travaux à réduire la fourchette de la sous-déclaration des cancers d'origine professionnelle. Le Président souligne que la commission se penche également sur la problématique des pathologies psychiques et celle de l'arbitrage entre pension d'invalidité et rente AT-MP.

- Sur les facteurs de sous-déclaration

L'U2P tient à rappeler que les entreprises qu'elle représente comptent moins de 10 salariés. Ces entreprises sont donc au taux collectif et il n'y a, selon l'U2P, aucune raison financière pour ces structures de ne pas déclarer un accident du travail ou une maladie professionnelle. Au quotidien, l'U2P souligne que les chefs d'entreprise et les compagnons travaillent ensemble et qu'il existe un lien humain très fort entre ces deux parties, qui est totalement contraire à l'idée de sous-déclaration. Pour l'U2P, les chefs d'entreprise savent parfaitement que s'ils ne déclarent pas une maladie professionnelle reconnue par la suite, les frais leur seront imputés. Il n'y a donc aucune raison pour les chefs d'entreprise de sous-déclarer les accidents du travail et les maladies professionnelles. L'U2P souligne par ailleurs que les compagnons peuvent effectuer eux-mêmes la déclaration d'accident du travail en tant que salariés. L'U2P rappelle la forte proportion de CDI parmi les compagnons. Il n'y a donc pas pour l'U2P de problématique de volatilité de l'emploi qui existe par ailleurs dans la structure de l'emploi en France. Par ailleurs, les chefs d'entreprises ont selon l'U2P intérêt à ce que les compagnons soient peu absents et donc à faire en sorte que ceux-ci reçoivent les soins appropriés. Ils ont donc tout intérêt à déclarer les maladies professionnelles.

- Sur les facteurs de sous-reconnaissance

La présentation du bilan de la mise en œuvre des recommandations de la précédente commission par la DSS au mois de janvier a montré que des actions fortes avaient été engagées. Les médecins sont ainsi mieux formés à la détection des pathologies professionnelles par exemple.

L'U2P a par ailleurs relevé qu'il y avait une appropriation beaucoup plus facile des informations pour les assurés via les outils numériques. L'U2P souligne en outre que la France reconnaît beaucoup plus de pathologies que l'Allemagne (258 maladies professionnelles reconnues pour 100 000 assurés en France contre 81 en Allemagne). Parler de sous-déclaration est donc difficilement compréhensible pour l'U2P.

L'U2P souligne par ailleurs que le système complémentaire de reconnaissance hors-tableaux permet de reconnaître de plus en plus de plus de pathologies.

- **Sur la procédure de révision des tableaux**

Il est essentiel, pour l'U2P, que les partenaires sociaux puissent se retrouver dans une enceinte pour dialoguer sur la nécessité de modifier ou créer des tableaux de maladies professionnelles. La CS4 du COCT doit conserver ces prérogatives.

Par ailleurs, s'agissant des délais afférents à la création des tableaux de maladies professionnelles, l'U2P souligne que la charte de la CS4 prévoit d'ores et déjà un encadrement des délais des travaux des partenaires sociaux. L'U2P indique que le ministère du travail doit également dans certains cas reprendre la main et fonctionner de la même façon, sachant que des tableaux sur lesquels les partenaires sociaux ont trouvé un consensus ne sont toujours pas parus.

- **Sur la création de tableaux relatifs aux troubles psycho-sociaux**

L'U2P indique conteste l'opportunité de créer un tableau spécifique, dès lors qu'on est à la frontière entre la sphère professionnelle et la sphère personnelle. Par ailleurs, l'UP2 indique qu'il serait très compliqué d'objectiver la 3^{ème} colonne d'un tel tableau. La procédure complémentaire de reconnaissance hors-tableau monte en puissance et prévoit déjà une reconnaissance importante des maladies professionnelles. L'U2P rappelle que plus de 1 000 pathologies psychiques ont été reconnues par cette voie en 2019 et ne voit donc pas l'intérêt à assouplir le taux de 25% pour la procédure prévue par l'alinéa 7.

- **Sur la refonte de la procédure de reconnaissance des maladies professionnelles et des accidents du travail**

L'U2P indique être favorable au renforcement du contradictoire porté par cette réforme et souligne que toute l'information nécessaire aux victimes comme aux employeurs est disponible sur le site de l'INRS et Ameli.

- **Sur la question de l'intérim et de la sous-traitance**

L'U2P indique ne pas rencontrer de problématique sur la sous-traitance et l'intérim, car les salariés qu'elle représente sont très majoritairement en CDI.

- **Sur la question de la communication entre médecin du travail et médecin de ville**

L'U2P indique avoir plaidé dans le cadre de l'ANI pour l'ouverture de la médecine du travail à la médecine de ville du fait de la pénurie de médecins du travail. L'ANI constitue une avancée sur ce point. Le partage du dossier médical va dans le bon sens également selon l'U2P. L'U2P indique qu'il faut accentuer la culture de prévention, très en amont. L'intégration du dossier médical en santé au travail au dossier médical partagé constitue également une avancée pour l'U2P.

Commission relative à la sous-déclaration des accidents du travail et des maladies professionnelles

Contribution de l'U2P - 2021

L'U2P demeure toujours plus que réservée quant aux prélèvements constants dont fait l'objet la branche Accidents du travail et Maladies professionnelles (AT-MP) au prétexte de la sous-déclaration des AT-MP. Elle estime que ces fonds transférés devraient davantage être utilisés pour faire de la prévention et non pas faire office de transfert financier automatique vers la branche Maladie.

Le maintien de ce transfert à 1 milliard d'€ depuis 2015 interroge quant à l'objectivité de ce montant avec notamment une non prise en compte des efforts mis en œuvre pour limiter la sinistralité et les phénomènes de sous-déclaration.

Ce transfert amenuise l'efficacité du système de tarification des AT-MP en matière d'incitation à la prévention.

Par ailleurs, comme l'U2P l'a déjà indiqué au cours des précédentes Commissions sous-déclaration, l'U2P demeure également très réservée quant à la méthodologie adoptée pour calculer cette sous-déclaration. L'U2P note que la sous-déclaration est systématiquement présentée comme un phénomène couramment répandu, sans que celui-ci ne soit jamais vraiment scientifiquement prouvé ni statistiquement démontré (seules des estimations sont avancées).

En tout état de cause, l'U2P souhaiterait, à terme, que ce transfert à la branche Maladie soit supprimé.

L'U2P rappelle que la branche AT-MP, plus que toute autre branche, est 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.

Pour l'U2P, ce transfert ne peut donc qu'avoir des effets dissuasifs sur les efforts de bonne gestion de la branche AT-MP qui plus est au vu de l'effort général des entreprises en matière de prévention. Il affaiblit en outre, le système basé sur l'incitation à la prévention par le biais de la modulation du niveau de cotisation.

La « sous-déclaration » est aussi présentée en partie comme une opportunité pour les entreprises de dissimuler leurs risques professionnels. Cette mise à l'index des entreprises est fortement critiquable, tout particulièrement en ce qui concerne les TPE.

Il faut en effet rappeler que les entreprises de moins de 20 salariés sont soumises à la « tarification collective » des risques professionnels. Le taux de cotisation AT-MP d'une TPE ne dépend donc pas directement des risques professionnels qui se sont déroulés au sein de sa propre entreprise. Ce taux est fixé selon un principe de « mutualisation » des risques professionnels au sein d'un secteur d'activité donné. L'employeur d'une TPE n'a donc pas réellement d'intérêt financier à sous-déclarer un risque professionnel.

Il est, à cet égard, important de rappeler que la déclaration des AT-MP incombe généralement, au moins dans un premier temps, au salarié et non au chef d'entreprise.

En effet, pour les accidents du travail, c'est à la victime d'informer (ou faire informer) son employeur de son accident de travail sauf en cas d'impossibilité.

Par ailleurs, en l'absence de déclaration d'accidents du travail par l'employeur, le salarié a toujours la possibilité de faire sa déclaration par lui-même à la caisse primaire d'assurance maladie.

Enfin, la non-déclaration d'un accident du travail est un acte grave, passible de sanctions lourdes notamment financière par le biais du remboursement des dépenses engagées par la caisse. Les chefs d'entreprise sont des acteurs socio-économiques responsables. Les présenter comme recherchant systématiquement une optimisation sociale n'est pas acceptable.

La demande de reconnaissance de maladie professionnelle est quant à elle à l'unique initiative du salarié.

Il faut également noter que des efforts importants ont été accomplis pour permettre l'amélioration des 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 du nombre de maladies professionnelles reconnues, tout particulièrement par le biais des troubles musculosquelettiques, traduit 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.

La reconnaissance des risques professionnels (AT et MP) repose sur le compromis de 1898 puis de 1919 avec la reconnaissance d'une présomption d'imputabilité au travail en l'échange d'une réparation forfaitaire.

Ce compromis a permis de grandement faciliter la reconnaissance des risques professionnels.

En matière de maladie professionnelle, le système français conduit aujourd'hui à reconnaître un champ important de maladies professionnelles qui plus est, dans des conditions qui semblent moins strictes qu'au sein de nos voisins européens.

Un rapport d'EUROGIP¹ de juin 2020 montre que la France reconnaît 258 maladies professionnelles (MP) pour 100 000 assurés tandis que l'Allemagne n'en reconnaît que 81 (l'Espagne : 158, le Danemark : 130 et l'Italie : 106). Il est ainsi délicat de parler de « sous-reconnaissance » des maladies professionnelles en France.

Le mécanisme de reconnaissance hors tableau tend de son côté à monter progressivement en charge comme en atteste l'augmentation tendancielle des réponses favorables données par les Comités régionaux de reconnaissance des maladies professionnelles (CRRMP).

L'U2P relève enfin qu'une bonne part des recommandations de la « Commission sous-déclaration » de 2017 ont été mises en places ou sont sur le point de l'être :

- la formation des médecins ;
- l'amélioration de l'information des salariés, employeurs et professionnels de santé ;
- l'exercice en pratique avancée en santé au travail ;
- ...

¹ EUROGIP est un observatoire et un centre de ressources sur les questions relatives à l'assurance et à la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles (AT/MP) au plan international, et notamment européen. Formé en 1991 au sein de la Branche "AT/MP", EUROGIP en est le relais à l'international.

Audition FNATH (Me Philippe Felissi et Sophie Crabette)

En préambule, **la FNATH** rappelle que l'accompagnement des victimes d'AT-MP constitue son cœur de métier – même si le nom de l'association, créée en 1921, a ensuite été étendu aux « accidentés de la vie ». La FNATH compte environ 80 000 adhérents actifs, et traite environ 10 000 dossiers par an, que ce soit au stade de l'instruction par la CPAM ou au contentieux. L'association est également représentée au sein des conseils des CPAM, et au conseil d'administration du FIVA.

- Facteurs de la sous-déclaration des AT-MP et évolutions depuis 2017

La FNATH n'a pas constaté d'évolution majeure depuis 2017. Les victimes ont souvent des difficultés de compréhension et d'accès au droit – qui constituent des facteurs importants de sous-déclaration n'ayant pas connu d'amélioration depuis 2017, notamment du fait de la progression de la dématérialisation.

La FNATH relève les difficultés particulièrement importantes dans le secteur de l'aide à domicile. Ces publics sont extrêmement précarisés, et ont un niveau de compréhension des procédures globalement très faible ; ils relèvent par ailleurs de structures de travail dans lesquelles ils ont peu de soutien (en l'absence des acteurs classiques tels que les organisations syndicales ou les médecins du travail). Enfin, des difficultés de compréhension de la langue française peuvent encore fragiliser le recours au droit.

Un autre secteur d'activité est particulièrement marqué par la sous-déclaration des AT-MP : celui des plateformes numériques (ubérisation). En effet, les plateformes sont très éloignées des sujets AT-MP, et a fortiori de la lutte contre leur sous-déclaration.

La FNATH note certes un mouvement, accentué par la crise sanitaire actuelle, de prise de conscience des employeurs sur la prévention et les conditions de travail. Mais la problématique de la sous-déclaration des AT-MP demeure importante et, si la question est posée et connue dans certaines professions (cadres intermédiaires, services tertiaires...), d'autres en sont encore très éloignées.

- Facteurs de la sous-déclaration liés aux victimes

La FNATH relève une amélioration de l'accompagnement des personnes en matière de prévention de la désinsertion professionnelle, qu'on retrouve par exemple dans la proposition de loi pour renforcer la santé au travail. La FNATH regrette que ne soit pas mis en place également un accompagnement des victimes d'AT-MP dans leur recours au droit, alors même que ces publics sont particulièrement fragiles.

Une amélioration de l'information des victimes est nécessaire selon la FNATH.

- Accompagnement des victimes par la FNATH

La FNATH accompagne les victimes d'AT-MP dans leurs démarches ; ce sont essentiellement les acteurs de terrain qui orientent les victimes vers l'association. Cette dernière a noté une amélioration de la fréquentation de son site Internet, et notamment de sa plateforme de service de conseil juridique.

- Facteurs de la sous-déclaration liés aux professionnels de santé

La FNATH note, depuis la précédente commission, une amélioration de la sensibilité des médecins généralistes aux sujets des conditions de travail, et du lien entre le travail et certaines pathologies : en effet, l'association a moins souvent besoin de revenir auprès des médecins pour leur expliquer les démarches à engager. Mais il faudrait accompagner davantage les médecins.

Quant à la communication entre le médecin généraliste et le médecin du travail, qui émergeait en 2017, elle s'est améliorée depuis cette date, compte tenu, en particulier, de la meilleure connaissance des enjeux AT-MP par les médecins généralistes ; cette évolution pourrait également être liée à la plus forte sensibilisation des médecins aux RPS. Mais globalement, l'appréhension des sujets AT-MP par les médecins généralistes et la communication avec le médecin du travail restent éparses et variables.

- **Pathologies faisant l'objet d'une forte sous-déclaration**

La FNATH fait part de la forte sous-déclaration liée aux dépressions – même si les personnes sont de mieux en mieux informées de leurs droits. Par ailleurs, souvent, le médecin traitant a bien identifié l'origine potentiellement professionnelle de la pathologie, mais la reconnaissance en maladie professionnelle est compliquée, et la procédure doit se poursuivre au contentieux.

Parmi les autres pathologies faisant l'objet d'une sous-déclaration, la FNATH identifie les troubles musculo-squelettiques, particulièrement dans le secteur du BTP.

La reconnaissance des cancers d'origine professionnelle pose également des difficultés – sur lesquelles la FNATH a alerté lors de la Journée mondiale de la santé et sécurité au travail d'avril 2021. En effet, un glissement pervers est en train de s'opérer en faveur de la prévention, qui conduit à mettre de côté les questions relatives à la réparation. A titre d'exemple, l'exposé des motifs de la proposition de loi sur la santé au travail mentionne uniquement le renforcement de la prévention et la baisse de la sinistralité.

La FNATH note par ailleurs une sous-déclaration plus importante pour les arrêts de travail courts, voire les AT-MP sans arrêt de travail.

- **Création et révision des tableaux de maladies professionnelles**

Selon **la FNATH**, le système conduit à maintenir la sous-reconnaissance des maladies professionnelles. Les tableaux de maladies professionnelles sont devenus un outil pour maîtriser la volumétrie de maladies professionnelles, comme l'ont montré les dernières évolutions du tableau n°57 relatif aux troubles musculo-squelettiques.

La FNATH souligne que le tableau de maladie professionnelle sur le trichloréthylène n'a pas encore été publié [*à la date de l'audition, ndlr*] alors que l'agent a, depuis longtemps, été identifié comme cancérigène par la communauté scientifique : la FNATH relève que les organisations syndicales et patronales constituent les premiers acteurs du processus d'élaboration des tableaux, et que leurs délais sont souvent longs – ce qui aboutit in fine, si l'administration tarde par ailleurs à publier les tableaux, à des délais incompréhensibles. La FNATH souhaite une élaboration/publication rapide du tableau sur le cancer de la prostate et le chlordécone.

- **Autres facteurs de sous-reconnaissance des AT-MP**

Selon **la FNATH**, la mise en place des commissions médicales de recours amiable (CMRA) au 1^{er} janvier 2019 n'a pas amélioré la situation en matière de reconnaissance des AT-MP. En particulier, la FNATH peut siéger à la CMRA, mais ne peut participer à l'examen du dossier d'une victime d'AT-MP.

- **Nouvelle procédure d'instruction des demandes de reconnaissance d'AT-MP**

La FNATH indique que la nouvelle procédure renforce la dématérialisation, et constitue à ce titre un facteur de complexité, car les assurés sont parfois très éloignés de l'accès aux outils numériques. La

dématérialisation est probablement intéressante pour les entreprises et les médecins, mais peut être préjudiciable aux victimes (en fonction de la CSP essentiellement).

- **Dotation à la branche maladie au titre de la sous-déclaration des AT-MP**

La FNATH fait part de son inquiétude de la remise en cause par certaines organisations de la dotation de la branche AT-MP à la branche maladie, alors même que beaucoup de maladies, notamment des cancers, continuent à ne pas être reconnues en maladies professionnelles.

Audition ANDEVA (Jacques Faugeron, Alain Bobbio et Lydie Jablonski)

- Facteurs de la sous-déclaration des AT-MP et évolutions depuis 2017

Selon l'ANDEVA, beaucoup de facteurs de sous-déclaration identifiés en 2017 sont encore d'actualité, notamment du côté des employeurs, qui financent la branche AT-MP, mais ne déclarent parfois pas les accidents du travail, et incitent les salariés à ne pas déclarer leurs maladies professionnelles, pour ne pas mettre en avant les expositions au sein de l'entreprise. Les salariés ont aussi des difficultés à obtenir les attestations d'exposition de la part de l'employeur.

Du côté des assurés, l'ANDEVA souligne qu'ils ne savent parfois qu'ils ont utilisé un produit dangereux, notamment quand il avait un autre nom. Le constat vaut particulièrement pour les agents CMR. La déclaration de maladie professionnelle peut également, pour les assurés encore en activité, être freinée par leur crainte de perdre leur emploi. Ce constat est fait par toutes les associations.

Un autre facteur de sous-déclaration par les victimes est lié à la règle du taux utile pour le calcul de la rente AT-MP. Ainsi, dans certaines situations, la réparation AT-MP est perçue comme peu intéressante, notamment si la victime la compare au risque de perdre un emploi en cas de déclaration de maladie professionnelle. Pour l'ANDEVA, le fossé entre la réparation des AT-MP et l'indemnisation intégrale est désormais trop importante. A cet égard, l'association propose de supprimer la règle du taux utile, et de prendre en compte les préjudices moraux ou de perte de qualité de vie.

L'ANDEVA relève également les facteurs de sous-déclaration liés aux professionnels de santé. En particulier, leur cursus de formation n'inclut pas, ou très peu, les sujets AT-MP. Ce manque de formation a des conséquences graves : la présomption d'imputabilité n'est souvent pas comprise, et le médecin ne sait pas qu'il doit simplement établir l'existence d'un lien possible ou probable entre la pathologie et l'activité professionnelle de la victime. De la même manière, le médecin confond parfois consolidation et guérison : il peut ainsi avoir l'impression qu'on lui demande un faux certificat, s'agissant par exemple d'une consolidation pour un mésothéliome. Concernant le décès, le médecin ne sait souvent pas qu'il faut établir un CMI, et non un certificat de mort naturelle.

S'agissant des professionnels de santé, au-delà de la formation, l'information est primordiale. Selon l'ANDEVA, il faut diffuser une information brève, mais dans un cercle très large de médecins.

- Sous-déclaration des AT-MP dans certaines CSP ou dans certains secteurs d'activité

Les salariés précaires, ou qui n'ont pas la culture nécessaire, ont plus de difficultés à engager les démarches de reconnaissance de maladies professionnelles. Ils craignent aussi de perdre leur emploi, ou de ne pas en retrouver, du fait de leur incapacité permanente – alors que la rente AT-MP ne suffit pas pour vivre, et que la victime doit donc continuer à travailler.

La déclaration de maladie professionnelle est encore plus compliquée dans les TPE-PME, car elle revient à attaquer l'employeur (surtout que l'assuré doit engager une action en faute inexcusable s'il veut toucher une rente AT-MP calculée sur la base du taux réel plutôt que du taux utile). Il y a une vraie crainte de la part des victimes de mettre l'entreprise en péril et/ou de perdre leur emploi.

- Facteurs de la sous-reconnaissance des AT-MP

La sous-reconnaissance des AT-MP est importante, les victimes rencontrent en particulier plusieurs obstacles pour obtenir la reconnaissance du caractère professionnel de leur maladie. En premier lieu, au-delà du fait qu'elles ne savent parfois pas qu'elles ont été exposées professionnellement, elles

pensent souvent, pour les cancers du poumon, que le tabagisme en est à l'origine, ou fait obstacle à la reconnaissance de maladie professionnelle (ce qui n'est pas le cas d'autres cancers, comme ceux liés au trichloréthylène ou au benzène). Ensuite, elles ont souvent des difficultés à obtenir les éléments médicaux requis par les tableaux : en effet, les médecins spécialistes échangent souvent avec le médecin traitant, mais ne transmettent pas les documents, comme les certificats anatomopathologiques ou les EFR, alors que le médecin-conseil les demande (il ne se contente pas de leur mention dans le compte rendu médical). Aussi, les victimes doivent redemander les documents auprès des médecins (à noter que, quand cette transmission se fait de manière dématérialisée, l'assuré ne peut pas y accéder ou signaler une erreur). Par ailleurs, les assurés ont parfois l'impression qu'on leur demande plusieurs fois le même document, mais en fait, ce ne sont pas les mêmes services, ni les mêmes documents. La procédure est trop bureaucratique, et parfois les assurés, qui ne comprennent pas qu'ils doivent s'expliquer sur l'origine professionnelle de leur maladie, abandonnent les démarches, surtout si le médecin leur dit qu'ils sont pris en charge à 100% en ALD.

Parmi les autres facteurs de sous-reconnaissance des AT-MP, l'ANDEVA note que l'avis du médecin du travail, en principe requis dans le cadre de la saisine du CRRMP, est fréquemment absent.

- **Pathologies particulièrement concernées par la sous-déclaration et la sous-reconnaissance**

L'ANDEVA souligne des phénomènes de sous-déclaration et de sous-reconnaissance particulièrement importants s'agissant des plaques pleurales asymptomatiques ou des épaissements pleuraux. En effet, la maladie n'est souvent pas diagnostiquée, surtout quand la personne ne fait l'objet d'aucun suivi médical particulier.

S'agissant du cancer broncho-pulmonaire, le médecin refuse souvent de rédiger le CMI pour des patients fumeurs, par méconnaissance de la présomption d'imputabilité. Par ailleurs, la pathologie est généralement déclarée au titre du tableau n°30 bis (« cancer broncho-pulmonaire primitif »), même lorsqu'elle pourrait relever du tableau n°30 C (« dégénérescence maligne broncho-pulmonaire » survenant après des plaques pleurales). Ce point est problématique, car le tableau n°30 C est moins restrictif dans ses conditions. Par ailleurs, la maladie reconnue au titre du tableau n°30C devrait être considérée comme une nouvelle lésion, et non comme une aggravation des plaques pleurales initiales.

Concernant plus particulièrement la sous-reconnaissance, elle concerne notamment les pathologies cancéreuses, car il existe un décalage important entre la liste des agents cancérigènes avérés et ceux qui sont indemnisés via les tableaux de maladies professionnelles. Il faudrait combler ce gouffre, mais les organisations patronales y sont très opposées. Par exemple, concernant les cancers du larynx, de l'ovaire et du côlon liés à l'amiante, le CIRC a émis un avis dès 2009, à la fois pour les cancers du larynx et de l'ovaire (lien de causalité bien établi) et les cancers du côlon (niveau de preuve moindre), mais les travaux à ce sujet viennent seulement d'être engagés.

Par ailleurs, la rédaction de certains tableaux est très restrictive – et contribue ainsi au phénomène de sous-reconnaissance. Par exemple, le tableau n°100 dédié à la Covid, contre lequel l'ANDEVA a formé un recours, soulève beaucoup de difficultés, du fait de la double restriction qu'il prévoit (concernant la désignation de la maladie, restreinte aux pathologies graves, et la liste de travaux, ciblée sur les soignants). Concernant le tableau n°57 dédié aux TMS, ses récentes modifications ont fait baisser le nombre de maladies reconnues.

- **Communication entre le médecin du travail et le médecin traitant**

L'ANDEVA relève beaucoup de difficultés dans la communication entre le médecin du travail et le médecin traitant, ainsi qu'avec le médecin-conseil. En particulier, l'avis du médecin du travail est souvent manquant dans le cadre de l'examen par le CRRMP, alors que le médecin-conseil l'a demandé. Parfois aussi, l'avis du médecin du travail arrive tardivement, après l'expiration des délais d'instruction (qui ont été réduits dans le cadre de la nouvelle procédure de reconnaissance des AT-MP).

A ce sujet, l'ANDEVA souligne que le salarié ne dispose pas des outils pour accéder à des attestations d'exposition, surtout quand il a relevé de plusieurs entreprises (il ne connaît pas forcément le nom des différents médecins du travail). Aussi, il faudrait que les éléments soient transmis d'un médecin du travail à l'autre, en cas de changement d'entreprise. La situation est particulièrement compliquée pour les mineurs : les documents seraient partis aux archives départementales, et les assurés ne peuvent pas récupérer leurs dossiers. La situation est complexe également pour les personnes qui ne sont plus en emploi ou retraitées, et qui ont contracté des pathologies à effet différé : elles n'ont plus aucun contact avec leur entreprise, et ne savent pas où chercher les informations.

- **Nouvelle procédure d'instruction des demandes de reconnaissance d'AT-MP**

Selon **l'ANDEVA**, la nouvelle procédure permet beaucoup d'avancées, en particulier parce qu'elle prévoit une réduction des délais d'instruction des demandes. Cette évolution est très importante pour les victimes, notamment au niveau des CRRMP (le délai d'instruction était parfois d'un an précédemment). La nouvelle procédure permet également aux victimes d'accéder aux différents éléments du dossier.

Toutefois, la procédure d'instruction (questionnaires) peut soulever des difficultés pour les assurés qui n'ont pas accès à Internet (et/ou n'ont pas de compte Ameli) ; aussi, l'envoi des questionnaires papier doit perdurer, selon l'ANDEVA. L'association souligne que les CPAM appellent parfois les assurés, pour remplir le questionnaire en même temps. Cette démarche peut parfois poser des difficultés, car les assurés ne savent pas ce qu'écrit le conseiller-enquêteur, et ne peuvent pas non plus le relire dans le cadre de la mise à disposition du dossier, car ils n'ont pas accès à Internet (parfois, ils se rendent dans les locaux de l'ANDEVA, et ils peuvent ne pas être d'accord avec ce qui a été écrit). L'ANDEVA signale également un problème technique dans le lien pour accéder au questionnaire en ligne, qu'il faut valider dans le délai d'une heure – ce qui n'est souvent pas faisable.

Plus globalement, l'ANDEVA a l'impression que l'enquête devient l'exception, et le questionnaire la règle. Or, le questionnaire ne permet pas toujours d'identifier les expositions ; c'est l'enquête qui, grâce aux échanges humains avec des personnes qui ont l'expertise technique nécessaire, permet de détecter des expositions. En effet, l'assuré a du mal à exprimer par des mots ce à quoi il a été exposé (car cela faisait partie de son quotidien), alors que l'enquêteur est aguerrri à ce type de sujets, et sait poser les questions.

De même, l'avis de l'ingénieur-conseil de la CARSAT apportait beaucoup, mais il n'est plus aujourd'hui systématiquement consulté.

- **Décès de la victime et indemnisation des ayants droit**

L'ANDEVA accompagne les ayants droit (y compris sur d'autres champs que les AT-MP, par exemple concernant la pension de réversion). Dans ce cadre, elle constate une vraie difficulté à obtenir les bons documents afin d'effectuer la demande de reconnaissance de maladie professionnelle après le décès. Dans ces situations par ailleurs, les droits sont moindres que dans le cas où la maladie professionnelle a été reconnue du vivant de la victime, notamment s'agissant du capital décès (qui n'est ouvert qu'aux ayants droit des personnes qui, lorsqu'elles n'étaient plus salariées, avaient obtenu une rente d'incapacité permanente d'au moins 2/3 au moins trois mois avant leur décès).

Concernant par ailleurs l'indemnisation des ayants droits de victimes dont la maladie a été reconnue d'origine professionnelle avant le décès, les conditions d'indemnisation des ayants droit sont restrictives dans la fonction publique, car l'ayant droit doit avoir été marié avec la personne décédée (alors que les partenaires de PACS et les concubins ont droit à la même indemnisation que les conjoints au régime général). Il faut que le droit évolue et s'adapte aux changements de la société. L'ANDEVA note aussi que la définition des ayants droit est plus large au FIVA que dans le champ des AT-MP, par exemple parce qu'elle inclut les enfants sans limite d'âge. L'association recommande un élargissement de la notion d'ayants droit dans le cadre des AT-MP (enfants de plus de 20 ans).

- **Modalités d'élaboration des tableaux de maladies professionnelles**

L'ANDEVA considère que le fait de confier l'expertise scientifique à un organisme indépendant est une avancée nette, car il existait précédemment un mélange douteux entre expertise et dialogue social.

L'ANDEVA relève que le délai de publication du tableau relatif au cancer du rein lié au trichloréthylène est inacceptable.

- **Information des professionnels de santé sur les pathologies liées à l'amiante¹⁹⁵**

Selon l'ANDEVA, les médecins des services de consultations de pathologies professionnelles sont bien informés ; c'est le cas également de certains pneumologues, notamment dans les zones géographiques avec beaucoup de sites amiantés. En revanche, les autres soignants ne sont pas informés, notamment pour la détection des maladies potentiellement professionnelles des conjoints de personnes qui étaient exposées dans le cadre de leur activité professionnelle (nettoyage de bleus de travail). La sous-déclaration est également importante pour les femmes qui ont été exposées dans un cadre professionnel, notamment lorsqu'elles ont travaillé dans des sites amiantés à une date très ancienne et qu'elles ont ensuite quitté leur travail pour s'occuper de leur famille – car elles n'identifient pas, et les médecins non plus, l'origine potentiellement professionnelle de leur maladie.

Concernant plus spécifiquement le mésothéliome, l'ANDEVA relève l'efficacité du programme national de surveillance du mésothéliome pleural (PNSM) par rapport au taux de déclaration. Ainsi, le bilan du PNSM sur 20 ans (1998-2017) relève que le taux de déclaration moyen sur les 21 départements couverts par le PNSM présente un écart important avec le taux France entière. Ceci s'explique notamment par le fait que le PNSM confie à des personnes très formées sur l'amiante le soin de faire un long interrogatoire professionnel auprès des victimes. Il en découle des CMI de grande qualité.

Cela ne signifie toutefois pas que la situation est satisfaisante. La sous-déclaration reste en effet importante : 42% des cas ne donnent lieu à aucune déclaration de maladie professionnelle à la CPAM ; 27% des cas ne sont déclarés ni à la CPAM ni au FIVA.

- **Pistes d'amélioration de la déclaration des mésothéliomes**

¹⁹⁵ S'agissant des maladies liées à l'amiante, le nombre de maladies déclarées a significativement diminué au cours des dernières années (y compris au FIVA). Mais au sein de ces pathologies, la part de pathologies bénignes baisse très fortement, alors que la part des nouveaux dossiers de cancers est en forte expansion, notamment concernant les mésothéliomes (qui ont connu une progression à la fois en valeur absolue, et en proportion des maladies liées à l'amiante). Le mésothéliome est lié à des expositions brèves et peu intenses, souvent environnementales, notamment chez les femmes. Par ailleurs, ces maladies interviennent plus tardivement qu'avant ; au FIVA, l'âge moyen de la survenue de la pathologie et de la demande d'indemnisation est de 73 ans.

L'ANDEVA souligne qu'il existe un corpus très vaste de dispositifs dédiés et de règles spécifiques au mésothéliome : il s'agit d'une maladie à déclaration obligatoire depuis 2012 ; le dispositif « Net-Méso » (issu de l'association entre Mésopath et Mésoclin) valide le diagnostic et apporte un soutien psychologique ; la CNAM recommande des modalités d'enquête simplifiées pour le mésothéliome (via la « circulaire Johanet » du 17 août 1999) ; il s'agit d'une maladie spécifique de l'amiante, ce qui explique qu'elle ne soit assortie d'aucune durée minimale d'exposition au tableau n°30D, et qu'elle vaille justification d'exposition à l'amiante au FIVA. Aussi, la situation est inacceptable, mais il y a suffisamment de points d'appui pour redresser la situation dans un délai court (2 ans).

- **Articulation entre les différents acteurs chargés de l'indemnisation des pathologies liées à l'amiante**

L'articulation entre les CPAM et le FIVA est cohérente : le FIVA complète l'indemnisation versée par la CPAM, et il peut transmettre le dossier à la CPAM si une origine professionnelle apparaît possible, ce qui vaut déclaration. De plus, il peut y avoir engagement d'une action en faute inexcusable de l'employeur : ce n'est pas la situation dans d'autres pays, où on échange en quelque sorte l'immunité de l'employeur contre l'indemnisation par un fonds. Le projet de fusion de l'ONIAM et du FIVA est une très grande crainte de régression, car les deux organismes n'ont ni le même fonctionnement, ni les mêmes principes d'indemnisation. L'ANDEVA craint que le niveau des indemnisations soit tiré vers le bas, alors même que, déjà, le barème d'indemnisation du FIVA n'a pas été modifié depuis 2008.

- **Traçabilité des risques professionnels au sein des entreprises**

Le rapport Lejeune de 2008 sur la traçabilité des expositions professionnelles constituait un pas en avant, il insistait en effet sur l'importance de la traçabilité pour le suivi médical des travailleurs et la déclaration des maladies professionnelles, en particulier pour les agents chimiques à effet différé. Il existe des outils (document unique d'évaluation des risques, dossier médical en santé au travail), mais du point de vue réglementaire, il y a un recul sur la traçabilité, surtout pour les agents chimiques hors amiante. Ces difficultés en matière de traçabilité sont liées aussi à la précarisation de l'emploi : en particulier, dans le cadre des contrats de chantier, la traçabilité est très faible. Avec la suppression des CHSCT, l'ouverture des contrats de chantier aux chantiers amiante est l'une des décisions les plus néfastes prises récemment.

Par ailleurs, les CHSCT étaient un outil très important, avec la formation au fil des années d'équipes militantes motivées sur la sécurité, qui avaient le pouvoir de faire une enquête sur une maladie professionnelle, et de suivre une déclaration. L'intégration au CSE est, selon l'ANDEVA, une régression très grave, dont on ne mesure pas encore tous les effets.

- **Suivi post-professionnel des travailleurs exposés à certains facteurs de risques**

L'ANDEVA dresse un bilan très négatif du dispositif de suivi post-professionnel, malgré la recommandation du rapport sur la sous-déclaration de 2008 (« reprendre la pratique du suivi post-professionnel, qui aujourd'hui reste très modeste en-dehors du cas de l'amiante »). Certes, la conférence de consensus de 1999 a permis de définir des orientations, toujours valables, notamment une organisation régionale. Mais le suivi post-professionnel reste l'exception.

L'ANDEVA fait état d'initiatives régionales (dont elle a d'ailleurs participé aux COFIL), par exemple une campagne d'information engagée auprès d'Alstom en Seine-St-Denis (avec une réunion publique organisée par la CPAM et les associations). D'autres démarches ont bien fonctionné, par exemple auprès des chantiers navals de Cherbourg, ou chez Everitube à Clermont-Ferrand.

Mais, selon les statistiques de la CNAM, seules 1 300 demandes de suivi post-professionnel ont été formées en 2018, dont un peu plus de la moitié suite à une exposition à l'amiante – ce qui est très faible comparé au nombre de retraités exposés à l'amiante au cours de leur vie professionnelle.

L'ANDEVA a insisté sur l'importance du dispositif, mais il ne sera effectivement mis en œuvre que si les assurés sont accompagnés dans leurs démarches, dans le cadre d'un travail en réseau entre les différents acteurs (CPAM, représentants syndicaux, associations...). Les personnels des CPAM sont souvent très peu formés, et ne connaissent que la réparation pour les personnes déjà malades.

Il faut aussi avoir une réflexion spécifique sur l'information des assurés. Les cancers du sein et les cancers colorectaux, qui font l'objet d'une information grand public, peuvent avoir une origine professionnelle, donc il faudrait qu'elle soit mentionnée, ainsi que le dispositif de suivi post-professionnel, dans les brochures grand public diffusées par courrier.

Par ailleurs, les démarches du suivi post-professionnel sont complexes : il faut demander un Cerfa pour aller consulter un pneumologue, beaucoup abandonnent parce que c'est trop compliqué. Et certains médecins refusent les imprimés, et donc le tiers payant. Aussi, selon l'ANDEVA, des efforts pourraient être faits à moindre coût, qui auraient une incidence très forte sur le grand public.

SOUS-DÉCLARATION DES MALADIES PROFESSIONNELLES

Note de l'Andeva

remise après l'audition du 28 mai 2021 par la commission

Pour l'Andeva :

Jacques FAUGERON, Président de l'Andeva, Addeva 44 ;

Alain BOBBIO, secrétaire national de l'Andeva, président de l'Addeva 93 ;

Lydie JABLONSKI : membre du bureau de l'Andeva et présidente de l'Adevartois

Pour la commission sous-déclaration des maladies professionnelles :

Christian CARCAGNO, président de la commission

Cécile BUCHEL, DSS/SD2 accès aux soins, prestations familiales et accidents du travail / 2C

Raphaël HOROWITZ : DSS/SD2 accès aux soins, prestations familiales et accidents du travail / 2C

APPRECIATION GLOBALE DE LA SOUS-DECLARATION ET DE LA SOUS-RECONNAISSANCE :

- *Quels sont les facteurs de la sous-déclaration (employeurs, victimes, professionnels de santé) et ont-ils évolué depuis 2017 (vous trouverez ci-joint le précédent rapport, et notamment son analyse des phénomènes à l'origine de la sous-déclaration) ?*

Beaucoup de facteurs analysés dans le rapport de 2017 restent valables.

- **Les employeurs** financent la branche AT-MP. Ils cherchent tous les moyens de payer le moins possible. La déclaration des accidents du travail (AT) leur incombe. Ils ne les déclarent pas tous. La déclaration des maladies professionnelles (MP) incombe aux victimes. Les employeurs font pression pour qu'elles renoncent à les déclarer et pour que les salariés en activité ne témoignent pas sur les expositions professionnelles de collègues.
- **Les salariés, anciens salariés, ayants droit** ne sont pas informés sur leurs droits ; ils ont du mal à retrouver – 30 ou 40 ans après – la mémoire et les preuves de leurs expositions professionnelles passées, en particulier pour les produits à effet différé : cancérigènes, mutagènes et reprotoxiques (CMR). Chez les actifs la déclaration se heurte à la peur de perdre son emploi dans un contexte de précarisation du monde du travail. Si la déclaration et/ou l'instruction du dossier ont lieu *post mortem* la difficulté à retrouver la mémoire des expositions passées est encore plus grande pour les ayants droit et notamment les veuves qui sont souvent peu informées des conditions de travail précises de leur mari..
- **Les professionnels de santé** : les expositions et les maladies professionnelles sont à peine évoquées dans leur cursus de formation. Beaucoup de médecins ne comprennent pas la notion de présomption d'imputabilité. Ils rechignent à délivrer un certificat médical initial (CMI), en croyant qu'on leur demande de certifier que l'amiante a causé la maladie, alors qu'ils doivent seulement indiquer qu'il existe **un lien possible ou probable** entre l'exposition professionnelle

et la maladie (c'est à la CPAM qu'incombe ensuite l'instruction du dossier). Ils ne posent pas les bonnes questions sur les métiers et les situations de travail et ont tendance à attribuer systématiquement les cancers bronchopulmonaires au tabac. La rédaction de certains CMI est de si mauvaise qualité qu'elle peut générer des refus de prise en charge alors que la reconnaissance serait possible.

Beaucoup de généralistes, voire de spécialistes, confondent « consolidation » et « guérison ». Des médecins confondent la rédaction médico-légale d'un certificat de « mort naturelle » (le décès n'étant pas dû à une agression ou un suicide) et un certificat attestant du lien causal entre maladie et décès.

- **Des CPAM** ne jouent pas leur rôle de conseiller du salarié et se rangent au point de vue des employeurs quand ceux-ci contestent l'exposition.

- Existe-t-il selon vous un phénomène de sous-reconnaissance et, dans ce cas, quels en sont les facteurs ?

Oui, les deux phénomènes sont liés :

- la **sous-déclaration** qui prive des victimes du travail d'un droit qui leur est reconnu par la Loi (manque d'information sur leurs droits et leurs expositions, peur de perdre leur emploi)
- La **sous-reconnaissance** qui conduit des demandes légitimes à l'échec, en transformant l'instruction du dossier en véritable « parcours du combattant ».

Un ouvrage récent (« *Cent ans de sous-reconnaissance des maladies professionnelles* ») montre qu'il s'agit de phénomènes massifs qu'on retrouve dans divers pays d'Europe¹⁹⁶.

Il y a des difficultés à obtenir certains documents médicaux ou administratifs :

- **Exemple 1** : Une veuve qui demande le dossier médical de son mari au directeur d'une clinique ou au médecin conseil de sa CPAM peut se heurter à une non réponse ou à un refus, même si elle se réfère explicitement à la loi du 4 mars 2002 sur les droits des malades en apportant la preuve de son lien de parenté avec le défunt et en précisant le motif de sa demande (« *afin de faire valoir mes droits* »). Pour débloquer la situation, elle n'a souvent d'autre recours que de saisir la Commission d'accès aux documents administratifs (CADA), à condition qu'elle connaisse son existence.
- **Exemple 2** : Une veuve qui demande le dossier médical de son mari au médecin conseil de sa CPAM peut se voir demander de prouver que le défunt ne s'est pas opposé *de son vivant* à la communication *post mortem* du dossier médical à son épouse. La charge de la preuve est inversée !
- **Exemple 3** : Une victime qui demande l'avis du CRRMP après avoir reçu la notification de la décision de la CPAM (prise en charge ou rejet) peut se heurter à un refus ou à une non-réponse. La non-communication de ce document peut retarder, voire bloquer l'attribution d'une indemnisation complémentaire par le Fiva. Elle ne respecte pas le principe du contradictoire.

- Quelles pathologies vous semblent faire l'objet d'une sous-déclaration plus particulièrement ? D'une sous-reconnaissance ?

¹⁹⁶ Cent ans de sous-reconnaissance des maladies professionnelles - Catherine Cavalin, Emmanuel Henry, Jean-Noël Jouzel, Jérôme Pélisse / janvier 2021.

L'Anses analyse à juste titre la sous-déclaration et la sous-reconnaissance des maladies professionnelles comme des phénomènes structurels : « *Il est aujourd'hui bien établi qu'il existe un large décalage entre, d'une part, l'état des connaissances sur les effets d'un certain nombre de facteurs de risques, et, d'autre part, leur prise en compte par le système de déclaration des tableaux, ce qui contribue à la sous-reconnaissance structurelle des maladies professionnelles* »¹⁹⁷

- Exemples de maladies sous-déclarées :

- Plaques pleurales : certaines sont totalement asymptomatiques ; d'autres s'accompagnent de symptômes non spécifiques que le malade aura tendance à mettre sur le compte de l'âge sans penser à une possible origine professionnelle. S'il ne bénéficie pas d'un suivi médical post-professionnel, ses plaques ne seront pas diagnostiquées : « *Quand on ne cherche pas, on ne trouve pas !* »
- Cancer broncho-pulmonaire primitif : c'est une maladie plurifactorielle. Des médecins refusent de rédiger un CMI lorsque leur patient est fumeur, par ignorance de la présomption d'imputabilité.

- Exemples de maladies sous-reconnues :

- Cancer broncho-pulmonaire primitif seul :

Les conditions du tableau 30 bis (10 ans d'exposition minimum, liste **limitative** de travaux) sont difficiles à réunir. La reconnaissance par un CRRMP l'est encore davantage.

On peut faire des travaux générant de très forts niveaux d'exposition à l'amiante pendant 30 ans, et ne pas remplir les critères du tableau 30 bis, si ces travaux ne figurent pas sur la liste limitative.

Si tous les critères du tableau ne sont pas remplis, reste la possibilité d'être reconnu par le système complémentaire (CRRMP), mais dans ce cas la victime perd la présomption d'imputabilité et a beaucoup de mal à prouver l'existence d'un « **lien direct** » entre l'exposition à l'amiante et sa maladie.

- Cancer broncho-pulmonaire primitif survenant après des plaques pleurales :

La majorité des médecins qui font une déclaration ne connaissent que le tableau 30 bis, ce qui pénalise leurs patients. Pour un cancer bronchopulmonaire survenant après des plaques pleurales, ils devraient toujours se référer au tableau 30-C dont les conditions sont beaucoup moins restrictives (**5 ans** d'exposition minimum, liste **indicative** de travaux)

Un cancer bronchopulmonaire survenant après une pathologie pleurale ou parenchymateuse bénigne devrait toujours être considéré comme une **seconde maladie** et non comme une **aggravation** de la première, contrairement à ce que font encore trop souvent certaines CPAM. D'un point de vue médical, considérer un cancer comme « l'aggravation » d'une fibrose pleurale ou parenchymateuse est une ineptie. D'un point de vue financier, cette qualification revient à imputer indûment à la branche maladie les dépenses liées à cette grave maladie professionnelle alors qu'elles devraient être mises intégralement à la charge de la branche AT-

¹⁹⁷ Guide méthodologique de l'Anses pour l'élaboration de l'expertise en vue de la création ou de la modification de tableaux de maladies professionnelles, ou de recommandations aux comités régionaux de reconnaissance des maladies professionnelles p 21 / juillet 2020.

MP financée par les employeurs. Cela peut en outre priver la victime de la possibilité d'engager une action en faute inexcusable de l'employeur après le diagnostic de son cancer, (son action pouvant être alors considérée comme prescrite).

- Quel est votre regard sur la procédure de révision des tableaux de maladies professionnelles ? Sur leur contenu ?

Les tableaux ne prennent en compte qu'une petite partie des cancers professionnels existants.

Le Constat fait par l'Anses est éclairant : « Le CIRC¹⁹⁸ a classé à ce jour 120 substances comme cancérigènes certains pour l'humain et plus de 400 comme cancérigènes probables ou possibles¹⁹⁹. Un certain nombre d'entre elles ont été ou sont toujours présentes en milieu professionnel. En 2005, une étude a ainsi montré que dix-sept cancérigènes avérés (groupe 1 du CIRC) n'entraient dans aucun tableau en France²⁰⁰. Récemment, des épidémiologistes ont estimé à un minimum de 12 000 cas par an, le nombre de cancers, liés au travail en France²⁰¹, alors que le nombre de cancers annuellement reconnus par la branche AT-MP est d'environ 1 800 cas, parmi lesquels plus de 80% sont liés à des expositions à un seul cancérigène professionnel : l'amiante. Plus largement, l'exemple des cancers permet de constater que le système français, construit autour de l'association entre un facteur de risque* et une maladie, est peu favorable à la prise en charge des maladies à long délai de latence, a fortiori pouvant résulter d'expositions multiples et non spécifiques. »²⁰²

Le contenu de plusieurs tableaux est restrictif.

- **Exemple 1 : le tableau 100** (Affections respiratoires aiguës liées à une infection au SARS-Cov2) ne prend en compte que les maladies ayant nécessité une oxygénothérapie (sans tenir compte de l'état actuel des connaissances scientifiques). Il limite la présomption d'imputabilité aux seuls soignants sans inclure des salariés travaillant au contact du public. L'Andeva a engagé un recours en Conseil d'Etat contre le décret créant ce tableau.
- **Exemple 2 : le tableau 57** a été révisé en 2011 à l'initiative de la CNAM. Résultat : le taux de reconnaissances a chuté de 30 %.

Le système de création de nouveaux tableaux et de révision de tableaux existants se heurte à d'importants blocages, à cause de l'opposition systématique des représentants du patronat et de l'inertie des pouvoirs publics.

- **Exemple 1 : le décret du 20 mai 2021** a créé un tableau sur le cancer du rein dû à l'exposition au trichloréthylène. Le texte était rédigé de longue date. Mais il a fallu attendre des années la signature du ministre ;
- **Exemple 2 : le CIRC** (Centre international de recherche sur le cancer) a émis un avis en 2009 sur le lien entre amiante et les cancers du larynx et de l'ovaire. Il a fallu attendre 12 ans pour que l'Anses soit saisie et organise des auditions en mai-juin 2021 pour préparer un rapport d'expertise. Combien d'années faudra-t-il encore pour que ces tableaux soient créés ?

¹⁹⁸ Centre International de Recherche sur le Cancer

¹⁹⁹ Cf. <https://monographs.iarc.fr/agents-classified-by-the-iarc/>

²⁰⁰ KasbiBenassouli et al. 2005

²⁰¹ Marant-Micallef et al. 2018

²⁰² Guide méthodologique de l'Anses pour l'élaboration de l'expertise en vue de la création ou de la modification de tableaux de maladies professionnelles, ou de recommandations aux comités régionaux de reconnaissance des maladies professionnelles p 27 / juillet 2020.

Le recours à l'expertise collective d'un organisme indépendant (l'Anses) avant la création ou la modification d'un tableau est une avancée. Le mélange des genres entre « l'expertise scientifique » et la « négociation entre partenaires sociaux » était néfaste. La séparation chronologique entre les deux devrait contribuer à assainir la situation²⁰³.

- Quelle est l'appréciation des victimes d'ATMP sur la nouvelle procédure de reconnaissance mise en place en 2019, ainsi que sur la dématérialisation possible de certaines de ses étapes ?

La nouvelle procédure de reconnaissance mise en place en 2019 comporte des avancées, telles que :

- La réduction des délais, notamment pour les dossiers examinés par des comités régionaux de reconnaissance des maladies professionnelles (CRRMP)
- La possibilité pour le demandeur d'accéder par Internet aux pièces du dossier pour consultation, téléchargement et dépôt de nouvelles pièces durant un laps de temps déterminé lors de l'instruction par le système des tableaux (alinéa 5) ou par le système complémentaire (CRRMP, alinéas 6 et 7)

Mais – contradictoirement – des difficultés préexistantes se sont aggravées et de nouvelles difficultés sont apparues :

- le questionnaire d'exposition tend à remplacer de plus en plus souvent l'enquête,
- La consultation de l'ingénieur de la CRAMIF ou de la CARSAT (qui, en général, connaît bien les entreprises de la région) devient facultative.
- Les informations arrivent à la victime sur son compte Ameli (il n'y a plus d'envoi par lettre recommandée). Il y a un risque de laisser passer le délai si la personne ne consulte pas régulièrement son compte Ameli.

La dématérialisation de certaines étapes de l'instruction des dossiers accentue les inégalités entre d'une part les familiers de l'informatique et d'autre part les personnes, souvent âgées, qui ne maîtrisent pas le fonctionnement d'un ordinateur :

- Le remplissage en ligne du questionnaire d'exposition s'avère long et laborieux. L'assistance téléphonique d'une personne de la CPAM pour cette opération peut la priver d'une possibilité de relecture et aboutir à une retranscription incomplète de ses propos .
- La dématérialisation est souvent vécue comme une déshumanisation.

- La communication entre médecin du travail et médecin de ville vous semble-t-elle avoir progressé depuis les derniers travaux de la commission ? Dans quelle mesure contribue-t-elle à lutter contre la sous-déclaration ?

La communication entre médecin du travail et médecin de ville est l'exception plutôt que la règle. Les associations locales de l'Andeva n'ont pas constaté de progrès significatif dans ce domaine. Elles constatent surtout :

- un affaiblissement général de la médecine du travail,
- des pressions de certains employeurs sur les médecins du travail (plaintes déposées devant le Conseil de l'Ordre),
- et au bout du compte un très faible nombre de CMI délivrés par des médecins du travail.

²⁰³ Guide méthodologique de l'Anses p 21.

PATHOLOGIES LIEES A L'AMIANTE :

- Observez-vous une diminution ou une augmentation des déclarations de maladies professionnelles liées à l'amiante au cours de ces dernières années ?

Le nombre total de maladies professionnelles déclarées sur les tableaux 30 et 30 bis est en nette diminution. Il est passé de **5000** en 2011 à **2811** en 2019.

Le nombre de nouveaux dossiers de victimes (professionnelles ou non) ouverts par le Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante baisse aussi. Il est passé de **5 202** en 2013 à **3 724** en 2019.

Mais ces chiffres globaux masquent une évolution différenciée par type de maladie :

- La part des nouveaux dossiers de **pathologies pleurales bénignes** (plaques , épaissements) a fortement diminué : elle est passée de **65%** du total en 2010 à **44%** du total en 2019
- La part des nouveaux dossiers de **cancers** (cancer bronchopulmonaire, mésothéliome) a fortement augmenté : elle est passée de **30%** du total en 2010 à **51%** en 2019.
- La part de l'asbestose est stable (**5,5%** du total), mais le nombre d'asbestoses graves diminue.

En 2010, il y avait 2 fois plus de nouveaux dossiers de pathologies pleurales bénignes que de cancers.

En 2019, le nombre de nouveaux dossiers de cancers a dépassé le nombre de nouveaux dossiers de pathologies pleurales bénignes. Du point de vue financier, cette évolution a des conséquences, car le coût de la prise en charge d'un cancer est sans commune mesure avec celui de plaques pleurales.

L'évolution de chaque type de cancer n'est pas identique :

- Le **mésotéliome** a fortement progressé en pourcentage et en valeur absolue. Il est passé de 526 en 2017 à 577 en 2019 (avec une progression plus rapide chez les femmes)
- Le **cancer bronchopulmonaire** a connu une faible progression en pourcentage et une baisse en valeur absolue (il est passé de **712** en 2017 à **648** en 2019)

Ces évolutions différenciées peuvent s'expliquer notamment par :

- Des écarts importants dans l'âge moyen de survenue de chaque maladie : 73 ans pour le mésothéliome, 64 ans pour le cancer broncho-pulmonaire²⁰⁴. Cet âge moyen tend à augmenter.
- La possibilité de survenue d'un mésothéliome après un temps de latence très long, suite à des expositions de faible intensité et/ou de faible durée.

La sous-déclaration pour les pathologies liées à l'amiante est-elle moins importante ou plus importante selon vous que pour les autres pathologies ?

La sous-déclaration est un peu moins importante pour les maladies liées à l'amiante que pour d'autres maladies professionnelles. Elle reste cependant à un niveau absolument inacceptable.

Quel serait selon vous le facteur explicatif ?

Cela s'explique sans doute par l'ampleur de la catastrophe sanitaire de l'amiante et sa médiatisation ainsi que par la force du mouvement social des victimes qui a su à la fois faire reconnaître la dangerosité de l'amiante, obtenir son interdiction et arracher des conditions plus favorables pour la réparation des préjudices subis par les victimes et les ayants droit : faute inexcusable de l'employeur,

²⁰⁴ Bilan d'activité 2019 du FIVA

FIVA, « pré-retraite amiante ». Cela dit, la sous-déclaration et la sous-reconnaissance des maladies liées à l'amiante restent encore beaucoup trop importantes avec des conséquences sociales très graves (voir plus bas)

- Plusieurs études mettent en avant la difficulté, pour les personnes souffrant de pathologies graves, à engager des démarches de reconnaissance de maladie professionnelle (car la priorité est donnée aux soins) et, par conséquent, le rôle majeur des ayants droit pour les accompagner : observez-vous ce phénomène ?

Malgré des progrès dans les traitements, le mésothéliome et le cancer bronchopulmonaire restent des pathologies de sombre pronostic :

- Pour un mésothéliome, la médiane de survie est de l'ordre de 12 à 15 mois après le début des symptômes et de 8 à 10 mois après le diagnostic ; on note cependant dans la plupart des séries des survies parfois plus prolongées²⁰⁵. Il y a entre 6% et 7% de survies à 5 ans pour cette pathologie.
- Pour le cancer bronchopulmonaire, la survie à 5 ans est de 14%.

La lutte contre la maladie mobilise beaucoup d'énergie chez la victime et chez les proches qui l'accompagnent. Cet investissement personnel quotidien des « aidants » familiaux augmente avec la perte d'autonomie du malade. Les associations de l'Andeva constatent, elles aussi, que des victimes et des ayants droit remettent à plus tard l'engagement de démarches administratives, voire y renoncent, s'ils ne sont pas aidés par une association. L'expérience de l'Andeva depuis 25 ans montre l'importance du rôle des associations de victimes à la fois pour aider à la résilience après l'annonce d'une maladie gravissime ou d'un deuil (accueil, écoute, soutien moral) et pour apporter une aide technique dans toutes les démarches administratives. Les deux aspects sont liés.

L'ANDEVA accompagne-t-elle aussi les ayants droit, à la fois dans les démarches pour la reconnaissance de maladie professionnelle de leur proche et, en cas de décès, pour leur propre indemnisation ?

Oui. Cet accompagnement est au cœur de l'activité de l'Andeva. Le fonctionnement de ses associations locales repose sur la solidarité entre personnes ayant vécu les mêmes situations difficiles. « *Sans vous, je n'y serais jamais arrivé(e)* » est une réflexion souvent entendue.

Il faut souligner que la liste des personnes considérées comme des ayants droits dans le régime général de la Sécurité sociale est plus restrictive que celle des ayants droit reconnus par le FIVA,

- **Sont ayants droit pour la Sécurité sociale** : les conjoint.e.s, concubin.e.s ou pacsé.e.s, les enfants de moins de 20 ans et les parents s'ils sont à charge.
- **Sont considérés comme ayants droit par le Fiva** : les conjoint.e.s, concubin.e.s ou pacsé.e.s, les enfants sans limite d'âge, les parents sans condition ainsi que la fratrie.

Ajoutons que dans la Fonction publique, la personne qui a vécu en couple avec un agent décédé d'une maladie professionnelle n'est considérée comme ayant droit que s'ils étaient mariés. Les concubin(e)s et pacs(és) ne sont pas des ayants droit. Il serait urgent de corriger cet archaïsme.

- Les professionnels de santé sont-ils correctement informés des spécificités liées aux expositions professionnelles à l'amiante ?

²⁰⁵ Mésothéliome pleural malin, 14^{ème} édition, Référentiels Auvergne Rhône-Alpes, Dr. Pascal Foucher – Dr. Maurice Pérol Pr. Arnaud Scherpereel – Pr. Gérard Zalcman - Et le comité de rédaction de l'édition 2019 en oncologie thoracique

Les médecins des consultations de pathologies professionnelles sont en général très bien informés de ces spécificités. Certains pneumologues également, notamment lorsqu'ils exercent à proximité de sites industriels amiantés. Pour tous les autres soignants, la réponse est presque toujours : Non.

Rares sont ceux qui savent que des expositions faibles et/ou de courte durée peuvent provoquer des maladies gravissimes chez des salariés qui ne sont jamais intervenus au contact direct de l'amiante (en milieu scolaire par exemple). Plus rares encore sont ceux qui savent que des expositions paraprofessionnelles (épouses lavant les vêtements de travail) ou des expositions environnementales (lieu d'habitation, de travail, ou de scolarité proche d'une usine d'amiante) peuvent provoquer des maladies indemnisables par le Fiva.

- L'existence de dispositifs de surveillance (programme national de surveillance du mésothéliome) contribue-t-elle à la réduction de la sous-déclaration des maladies professionnelles ?

Oui. Le Programme national de surveillance du mésothéliome (PNSM), créé en 1998, couvre aujourd'hui 21 départements et environ 30% de la population française. Il assure le suivi des cas de mésothéliome pleural, des expositions (professionnelles ou non) et des processus d'indemnisation. Dans ce cadre, sont réalisés des entretiens individuels visant à reconstituer la mémoire des expositions passées à l'amiante. Ces entretiens sont assurés par des personnes formées et spécialisées.

L'efficacité de ce dispositif est bien supérieure à celle obtenue par l'envoi d'un questionnaire. Le taux moyen de déclarations et de reconnaissances de mésothéliomes par habitant est nettement plus élevé dans ces 21 départements que dans les autres²⁰⁶.

**Le mésothéliome est un cancer d'évolution rapide et de sombre pronostic.
La sous-déclaration de cette pathologie mérite une réflexion particulière.**

- Il y a environ **1100** cas par an
Seuls **577** (58%) ont fait l'objet d'une déclaration en maladie professionnelle en 2019 !
- 42% des cas ne donnent lieu à aucune déclaration en maladie professionnelle
27% des cas ne sont déclarés ni à la Sécurité sociale ni au Fiva

De tels chiffres sont inacceptables.

Ils indiquent clairement qu'aux souffrances de la maladie et du deuil, s'ajoutent dans plus d'un cas sur quatre des difficultés financières évitables dues à la méconnaissance des droits du conjoint survivant et des autres proches.

Cette situation est d'autant plus choquante que le PNSM n'est pas la seule structure existante. Il existe, pour le mésothéliome, des dispositions particulières qui devraient logiquement réduire la sous-déclaration et faciliter la reconnaissance :

- Depuis 2012, le mésothéliome est une maladie à **déclaration obligatoire** (DO), comme la tuberculose : tout médecin qui pose le diagnostic est tenu de le signaler à l'Agence régionale de Santé (ARS)

²⁰⁶ Programme national de surveillance du mésothéliome pleural (PNSM) : vingt années de surveillance (1998-2017) des cas de mésothéliome, de leurs expositions et des processus d'indemnisation

- Pour la validation du diagnostic et le choix des traitements, les victimes peuvent bénéficier de l'aide du **réseau national NETMESO**, qui réunit des experts cliniciens (ex-MESOCLIN) et anatomopathologistes (ex-MESOPATH) ;
- La CNAM recommande de longue date aux caisses primaires « *des modalités d'enquête simplifiées en vue d'établir le caractère professionnel* » de cette pathologie²⁰⁷.
- Le mésothéliome étant une **maladie spécifique de l'amiante**, le tableau 30-D de maladies professionnelles n'impose **aucune durée minimum d'exposition**.
- Pour la même raison, **le FIVA** instruit les dossiers de mésothéliome en considérant que « **le diagnostic vaut preuve d'exposition** ».
- Dans le cas où le dossier est instruit par le système complémentaire (toutes les conditions du tableau 30 n'étant pas remplies), des recommandations aux CRRMP validées par les directeurs du Travail et de la Santé recommandent aux CRRMP de ne pas émettre d'avis défavorable si le délai de prise en charge est supérieur à 40 ans et/ou si l'exposition à l'amiante a été faible.

208

L'Andeva est convaincue qu'une action dédiée permettrait d'atteindre, en deux ou trois ans, une diminution de moitié de la sous-déclaration des mésothéliomes.

- L'articulation entre les différents acteurs (CPAM, FIVA) s'agissant de l'indemnisation des pathologies liées à l'amiante vous semble-t-elle satisfaisante ?

Le législateur a prévu :

- que le Fiva complète l'indemnisation versée par la CPAM au titre de la maladie professionnelle en indemnisant les préjudices non pris en charge par la CPAM ;
- qu'il complète – s'il y a lieu – l'indemnisation du préjudice fonctionnel à hauteur de son propre barème ;
- que le Fiva transmet le dossier à la CPAM si apparaît une possible origine professionnelle (cette transmission vaut déclaration) ;
- qu'une décision négative du Fiva (offre jugée insuffisante ou refus) peut être contestée en justice ;
- qu'une victime ou un ayant droit ne peut pas être indemnisé deux fois des mêmes préjudices par deux voies différentes ;
- que le Fiva est subrogé dans les droits du demandeur pour engager une action en faute inexcusable de l'employeur en vue de mettre à la charge de l'employeur fautif l'indemnisation financée par la branche AT-MP. Si cette action aboutit, la rente MP versée par la Sécurité sociale au demandeur sera majorée au taux maximum.

Cette articulation est cohérente. Contrairement au fonds d'indemnisation existant en Belgique, l'indemnisation par le Fiva n'est pas assortie d'une garantie d'immunité pour les employeurs.

Que pense l'Andeva du projet de fusion entre l'ONIAM et le FIVA ? [question Andeva]

L'existence d'un Fonds d'indemnisation spécifique assurant une indemnisation simple et rapide est un acquis. Sa disparition dans une « fusion-absorption » avec l'ONIAM serait un recul considérable pour les victimes de l'amiante. Ces deux organismes n'ont ni le même fonctionnement ni les mêmes

²⁰⁷ Circulaire de M. Gilles Johannet, directeur de la Caisse nationale d'assurance maladie (17 août 1999).

²⁰⁸ « Guide pour les comités régionaux de reconnaissance des maladies professionnelles (rédigé par un groupe d'experts présidé par le Pr A. Bergeret et validé par le Directeur général du Travail et le directeur de la Sécurité sociale).

principes d'indemnisation. Le niveau des indemnisations et la qualité du service rendu aux victimes et aux familles seraient inévitablement tirées vers le bas.

L'existence d'une réparation intégrale pour les pathologies liées à l'amiante vous semble-t-elle de nature à réduire la sous-déclaration ?

La sous-déclaration a des causes diverses. L'une d'elle est le sentiment qu'avec une réparation forfaitaire - qui donne par exemple un taux de rente de 20% pour un taux d'incapacité de 40% - « cela ne vaut pas le coup » de risquer de perdre son emploi.

Un des leviers pour faire reculer la sous-déclaration serait d'améliorer le niveau global de la réparation des maladies professionnelles, sans que la victime ait à démontrer l'existence d'une faute de l'employeur.

- La sous-déclaration vous semble-t-elle toucher plus spécifiquement certaines catégories socio-professionnelles ?

Oui. La sous-déclaration croît avec la précarité des situations professionnelles et « l'ubérisation » du monde du travail. Les salariés précaires (intérim, CDD) qui déclarent une maladie professionnelle risquent de voir leur mission interrompue.

Dans le bâtiment et d'autres secteurs, le développement des contrats à durée de chantier, fragilise les salariés exposés. L'Andeva demande que ce type de contrat soit interdit pour les travailleurs de l'amiante.

Ou certains secteurs d'activité, par exemple du fait du poids plus ou moins fort des collectifs (syndicaux notamment) pour informer les salariés sur les maladies professionnelles, et les démarches à engager ?

Oui. Dans les PME et les TPME où la présence syndicale est la plus faible la sous-déclaration et la sous-reconnaissance sont plus importantes. Cela dit, dans beaucoup de grandes entreprises, l'activité syndicale est encore surtout polarisée par les salaires et l'emploi.

La disparition des CHSCT en tant qu'instance autonome spécialisée dans la santé au travail prive les travailleurs d'un outil efficace.

- Quel regard portez-vous sur la traçabilité des grands risques professionnels ?

Le rapport Lejeune²⁰⁹ publié en 2008 soulignait l'importance décisive de cette traçabilité, particulièrement pour les produits à effet différé et notamment les cancérogènes, mutagènes et reprotoxiques (CMR).

Il existe un certain nombre d'outils permettant cette traçabilité, tels que l'attestation d'exposition ouvrant droit à un suivi médical post-professionnel, le document unique d'évaluation des risques, le dossier médical en santé au travail ...

Ces dernières années, nous avons plutôt assisté à un recul la traçabilité avec la disparition des CHSCT comme organisme autonomes en charge de la santé au travail.

L'instauration par décret d'une visite médicale de fin de carrière et d'une note de synthèse des expositions professionnelles à remettre à l'intéressé, à son départ de l'entreprise, par le médecin du

²⁰⁹ La traçabilité des expositions professionnelles par Daniel Lejeune (Inspection générale des Affaires sociales). 2008.

travail devraient ouvrir de nouvelles possibilités. Cela dit, elles n'auront une pleine efficacité que si des moyens suffisants sont donnés aux médecins du travail pour assumer ces tâches.

- Quelle est votre appréciation sur le dispositif de surveillance médicale post-professionnelle de la branche ATMP ? Est-il de nature à encourager la déclaration des maladies professionnelles, lorsqu'elles sont à effet différé et interviennent alors que la personne est retraitée ?

Le droit à un suivi médical post professionnel (SPP) financé à 100% pour les retraités, chômeurs et inactifs existe dans la réglementation française depuis un quart de siècle²¹⁰. Les examens sont aujourd'hui financés par la branche AT-MP.

Pour les demandeurs ayant été exposés à des produits CMR, ce suivi peut permettre le repérage précoce de certaines pathologies liées à l'amiante et faciliter leur reconnaissance en maladie professionnelle. Pour les personnes atteintes d'une maladie liée à l'amiante ainsi repérée, une indemnisation par le Fiva pourra compléter l'indemnisation versée par la CPAM au titre de la maladie professionnelle. Pour les actifs victimes de l'amiante, la reconnaissance de cette maladie ouvrira le droit à une « pré-retraite » amiante (ACAATA).

En 2019, dans un document de l'Andeva transmis à la HAS, l'Andeva faisait le constat suivant : « *Un rapport très récent de la CNAM-TS²¹¹ « en 2018, recense environ 1300 demandes de suivi post-professionnel dont un peu plus de la moitié fait suite à une exposition à l'amiante ». On ne compterait donc qu'environ 700 demandes de suivi médical « amiante » par an en France, soit 7 demandes en moyenne par département ! Rappelons qu'il y a en France plus de 16 millions de retraités et qu'un homme retraité sur quatre a été exposé à l'amiante au cours de sa vie professionnelle. Ajoutons que, dans toutes les régions, le nombre d'examens effectivement réalisés est toujours inférieur au nombre de demandes. Pour prendre la mesure du problème, indiquons qu'en Allemagne 243 655 personnes ayant été exposées à l'amiante bénéficient d'un suivi comportant un examen clinique, une spirométrie et un scanner à faible dose et haute résolution à une fréquence variant de 1 à 3 ans. Ce dispositif permet de dépister 900 maladies professionnelles liées à l'amiante par an.²¹² Il y a en France un fossé entre le nombre de bénéficiaires potentiels et le nombre de bénéficiaires réels de ce dispositif. »²¹³*

La situation du SPP en France n'est guère brillante. **Pourtant des expériences régionales ou sectorielles** ont confirmé l'efficacité de ce dispositif, en particulier lorsqu'il s'appuie sur un **travail en réseau** dont les associations de victimes en sont partie prenante : cohorte ARDCO (amiante, retraités), DCN de Cherbourg (amiante, chantiers navals), Clermont-Ferrand (amiante, Everitube et d'Amisol), Spirale (amiante, centres d'examens de santé), Espri (poussières de bois et amiante chez les artisans)

Suite aux recommandations de la HAS en avril 2010²¹⁴, **un décret du 6 décembre 2011** a validé l'examen TDM comme examen de référence dans le protocole de suivi « amiante » (ce que préconisait déjà la conférence de consensus de janvier 1999). Pour les autres cancérrogènes pulmonaires, la réglementation ne prévoit à ce jour que des radiographies.

L'Andeva demande par ailleurs que **les porteurs de plaques pleurales** puissent bénéficier d'un suivi médical spécifique avec des scanners plus rapprochés, car les résultats du suivi de la cohorte ARDCO confirment l'existence d'un surrisque de cancer bronchopulmonaire pour les porteurs de plaques.

²¹⁰ Décret de mars 1993, arrêté du 28 février 1995.

²¹¹ Cancers reconnus d'origine professionnelle : évolution statistique, actions de prévention et d'accompagnement des salariés exposés (avril 2019)

²¹² Sinistralité et repérage des cancers professionnels dans neuf pays européens : Allemagne, Autriche, Belgique, Danemark, Finlande, France, Italie, Suède et Suisse » (Étude Eurogip décembre 2018)

²¹³ Suivi post-professionnel des personnes exposées à l'amiante – Mise à jour du protocole et de la grille de lecture d'imagerie médicale. HAS / Service des bonnes pratiques professionnelles / août 2019. Remarques de l'Andeva, page 33.

²¹⁴ Arrêté du 6 décembre 2011.

Le **cancer colo-rectal** fait l'objet d'importantes campagnes de prévention des pouvoirs publics ciblé sur une tranche d'âge. Les personnes de plus de 50 ans reçoivent régulièrement des informations à domicile les incitant à suivre un dépistage. Ces incitations sont utiles. On peut s'étonner que des moyens analogues ne soient pas utilisés pour le SPP. On peut aussi regretter que dans ces documents sur le cancer colo-rectal envoyés à domicile ne soit jamais mentionnée une possible origine professionnelle liée à une exposition à l'amiante.

Comment les associations perçoivent-elles l'évolution de la réparation des maladies professionnelles en France ? [question Andeva]

Dans beaucoup de régions, les associations locales de l'Andeva constatent une précarisation du monde du travail et les premiers effets négatifs de la disparition des CHSCT comme organismes indépendants spécialisés dans la santé et la sécurité au travail. Elles constatent une déshumanisation de la gestion des dossiers de MP par les caisses primaires. Elles notent que le nouveau barème médical de la Sécurité sociale pour les maladies professionnelles respiratoires est plus défavorable que le barème actuel. Elles constatent une baisse du niveau moyen des indemnités accordées par les tribunaux pour des actions en faute inexcusable de l'employeur. Elles sont fortement opposées à la disparition annoncée du Fiva en tant que Fonds d'indemnisation spécifique des victimes de l'amiante dans le cadre d'un projet de fusion-absorption entre l'ONIAM et le FIVA.

Les associations expriment la crainte de voir remis en cause d'importants acquis des luttes des victimes de l'amiante et du travail.

ON PEUT FAIRE RECULER LA SOUS-DÉCLARATION ET LA SOUS-RECONNAISSANCE DES MALADIES PROFESSIONNELLES

Le versement d'une somme dépassant le milliard d'euros de la branche AT-MP à la branche maladie était une mesure de justice visant à corriger une anomalie. Cela dit, l'Andeva est convaincue que la sous-déclaration et la sous reconnaissance des maladies professionnelles ne sont pas une fatalité. Il est possible de les faire reculer. Ce qui a fait défaut jusqu'ici ce ne sont pas les préconisations, c'est la volonté politique de les mettre en œuvre.

Beaucoup de recommandations qui figurent dans le rapport de 2017 (et dans les précédents) relèvent du bon sens.

Pour l'Andeva, les leviers essentiels devraient être les suivants :

1) Une information complète et systématique des principaux intéressés

Les victimes et les familles doivent être informées sur leurs droits à la reconnaissance et à l'indemnisation de leurs préjudices.

Les CPAM doivent jouer pleinement leur rôle de conseiller du salarié.

2) Revoir la formation et de l'information médecins

Un cycle de formation sur les maladies professionnelles et les accidents du travail doit être intégré dans la **formation médicale de base**.

Dans l'immédiat, il faut envoyer à la totalité des médecins des **fiches pratiques** donnant des explications synthétiques sur trois documents essentiels : le Certificat médical initial (CMI), la consolidation, le certificat médical validant l'existence d'un lien causal entre maladie et décès.

Une réflexion particulière devrait s'engager sur l'aide que peuvent apporter des **assistantes sociales et assistants sociaux** (d'une CPAM, d'une ville ou d'un hôpital) à des victimes et des familles. Elles occupent en effet une place privilégiée pour les informer sur leurs droits, les convaincre de déposer une demande, leur donner quelques bons conseils pour démarrer un dossier et les mettre en relation avec les associations qui peuvent les aider. Une **formation courte** (une journée) devrait suffire pour leur donner les points de repères essentiels.

3) Une traçabilité renforcée des expositions professionnelles

Pour le travail de mémoire sur les produits à effet différé et les situations de travail anciennes, deux méthodes complémentaires devraient être systématiquement privilégiées : le questionnement direct par un enquêteur spécialisé (qui documente infiniment mieux les expositions passées que le questionnaire à remplir par l'intéressé) et l'avis de l'ingénieur de la caisse régionale.

La visite médicale de départ avec remise d'une synthèse des expositions par le médecin du travail devrait renforcer la traçabilité. À condition de renforcer les moyens et l'indépendance de la médecine du travail.

4) Une action dédiée contre la sous-déclaration du mésothéliome

La nature particulière du mésothéliome (maladie spécifique de l'amiante, de sombre pronostic), l'existence de plusieurs dispositifs organisationnels spécifiques (PNSM, DO, NETMESO...) ainsi que l'existence de recommandations visant à faciliter la prise en charge du mésothéliome par les CPAM et par le FIVA, rendent possible **une action nationale dédiée**, impliquant les associations de victimes, avec un soutien financier des pouvoirs publics.

Cette action devrait combiner non seulement une information systématique des victimes et des ayants droit dès le début des soins, mais aussi une aide à la documentation des expositions et aux démarches administratives.

Compte tenu de ces particularités, il semblerait parfaitement réaliste de se fixer pour objectif de réduire de moitié la sous-déclaration des cas mésothéliomes en trois ans.

5) Une relance du suivi médical post-professionnel (SPP)

Les chômeurs, inactifs, retraités qui ont été exposés doivent savoir qu'ils ont droit à un suivi médical post-professionnel avec des examens pris en charge à 100%, s'ils ont été exposés. Pour les informer il faut mobiliser des moyens comparables aux campagnes menées sur le dépistage du cancer du côlon ou du cancer du sein en ciblant les bénéficiaires de l'Acaata et les néos-retraités.

Le SPP doit s'appuyer sur un travail en réseau incluant les CPAM, les médecins les associations et les organisations syndicales.

La mise en place d'outils statistiques fiables doit permettre un état des lieux et un suivi des progrès réalisés. Ils doivent nécessairement renseigner des indicateurs tels que le nombre de demandes, le nombre d'examens effectivement réalisés, le nombre d'examens pris en charge par la branche AT-MP, le nombre de pathologies repérées, le nombre de pathologies déclarées, le nombre de pathologies reconnues...

Il faudrait qu'un codage informatique spécifique pour le SPP rende possible l'utilisation de la carte Vitale, sans mettre indûment le coût des examens à la charge de la branche maladie.

6) Une amélioration de la réparation des maladies professionnelles

Des mesures simples peuvent contribuer à réduire le fossé entre réparation des maladies professionnelles et réparation intégrale de droit commun.

Par exemple :

- l'égalisation du taux de rente et du taux d'IPP ;
- la prise en compte de tous les préjudices, à commencer par les souffrances physiques et morales et la perte de qualité de vie ;
- La suppression du seuil minimum de 25% d'IPP pour l'indemnisation des maladies « hors tableaux » par un CRRMP.
- la prise en compte des mêmes ayants droit que le droit commun ;
- la suppression de dispositions archaïques qui pénalisent les pacsé.e.s et les concubin.e.s survivant.e.s dans la Fonction publique.

De telles mesures, améliorant l'indemnisation sans que la victime ou l'ayant droit ait à démontrer l'existence d'une faute, contribueraient à faire reculer la sous-déclaration et la sous-reconnaissance des maladies professionnelles.

Annexe 3 : Composition de la commission

(Arrêté du 14 février 2011 modifié relatif à la composition de la commission prévue à l'article L. 176-2 du code de la sécurité sociale)

1° M. Christian CARCAGNO, conseiller-maître à la Cour des Comptes, président

2° *Désigné par le directeur général de la Caisse nationale de l'Assurance Maladie :*

M. le Docteur Philippe PETIT, médecin-conseil, responsable adjoint du département du service aux assurés

3° *Désigné par le directeur général de Santé publique France :*

M. Julien BRIERE, épidémiologiste, direction santé-environnement-travail

4° *Désigné par le directeur de l'Institut de recherches et de documentation en économie de la santé :*

M^{me} Pascale LENGAGNE, économiste

5° *Désignés par le directeur général du travail au ministère chargé du travail :*

M^{me} le Docteur Corinne PIRON, médecin inspecteur du travail, cheffe du service de l'inspection médicale du travail à la direction générale du travail (DGT)

M^{me} Anna SCHPITZ, inspectrice du travail, DIRECCTE Ile-de-France

6° *Désigné par le directeur général de l'Agence nationale de sécurité sanitaire, de l'alimentation, de l'environnement et du travail :*

M. Henri BASTOS, adjoint au directeur de l'évaluation des risques en santé travail

7° *Le directeur du groupement d'intérêt public Eurogip :*

M. Raphaël HAEFLINGER

M^{me} Christine KIEFFER, chargée d'études

8° *Désignés par la présidente de la société de pneumologie de langue française :*

M. le Docteur Jean-Bernard AULIAC (Centre hospitalier de Créteil)

M. le Docteur Didier DEBIEUVRE (GHT Mulhouse Sud Alsace)

9° *Désignée par le président de la société française du cancer :*

M^{me} le Docteur Florence MOLINIÉ, CHU de Nantes

10° *Désignés par le président de la société française de médecine du travail :*

M. le Professeur Jean-Dominique DEWITTE, PU-PH de médecine du travail, président de la société française de médecine du travail

M. le Docteur Antoine GISLARD, PH de médecine du travail

Membres invités

Au titre de la Direction de la Sécurité Sociale

- M. Denis LE BAYON, sous-directeur de l'accès aux soins, des prestations familiales et des accidents du travail
- M^{me} Stéphanie GILARDIN, adjointe au sous-directeur de l'accès aux soins, des prestations familiales et des accidents du travail
- M^{me} Cécile BUCHEL, cheffe du bureau des accidents du travail et maladies professionnelles
- M. Raphaël HOROWITZ, chargé de mission reconnaissance des maladies professionnelles au bureau des accidents du travail et des maladies professionnelles
- M^{me} Méлина RAMOS-GORAND, adjointe à la cheffe du bureau des études et évaluations
- M. David POTREL, chargé de mission AT-MP au bureau des études et évaluations

Au titre de la Caisse nationale de l'Assurance Maladie

- M. Laurent BAILLY, responsable du département du service aux assurés
- M. Pascal JACQUETIN, mission statistique de la direction des risques professionnels
- M^{me} Stéphanie DE FLAUGERGUES, mission statistique de la direction des risques professionnels

Rapport remis sur le fondement de l'article L. 176-2 du code de la sécurité sociale

Au titre de la Direction générale du travail

- M^{me} Marianne KOSZUL, responsable du pôle réparation des maladies professionnelles au bureau des risques chimiques, physiques et biologiques
- M^{me} Nina DEBENAY, chargée de mission pathologies professionnelles au bureau des risques chimiques, physiques et biologiques

Rapporteurs

- M^{me} Cécile BUCHEL, cheffe du bureau des accidents du travail et maladies professionnelles
- M. Raphaël HOROWITZ, chargé de mission reconnaissance des maladies professionnelles au bureau des accidents du travail et des maladies professionnelles
- M^{me} Mélina RAMOS-GORAND, adjointe à la cheffe du bureau des études et évaluations
- M. David POTREL, chargé de mission AT-MP au bureau des études et évaluations