

Rapport

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

Juin 2005

Commission instituée par l'article L.176-2 du Code de la Sécurité Sociale

Le Président

Paris, le 22 juin 2005

Monsieur le Ministre,

La commission chargée de remettre 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, à la présidence de laquelle vous avez bien voulu me nommer le 30 mars, s'est réunie du 15 avril au 1^{er} juin. Elle a travaillé dans le prolongement des commissions qui avaient été constituées par trois fois entre 1997 et 2002, en s'efforçant naturellement d'intégrer dans ses réflexions le fruit des avancées scientifiques et réglementaires qui avaient pu survenir dans l'intervalle.

Ces avancées ne sont pas négligeables, mais elles ont été inégales. Si on trouve dans la construction réglementaire et conventionnelle la marque d'une prise de conscience et d'une montée des préoccupations de l'opinion publique, autant du reste que le souci de donner des suites aux recommandations des commissions sus-citées, il faut convenir que, de leur côté, les progrès de l'épidémiologie et de la connaissance des coûts effectifs des pathologies, pour méritoires qu'ils aient pu être, ont été peu nombreux.

Il est vrai que sur les coûts la situation devrait pouvoir s'améliorer à court terme, si l'on en juge d'après les travaux en cours, et cela plaide pour qu'un suivi en soit assuré sans attendre l'échéance de trois ans prévue par la loi, et si possible de façon pérenne. Il n'empêche que l'ensemble des connaissances permettant d'évaluer la sous-déclaration reste à ce jour lacunaire; plus globalement, se dégage de la consultation des experts le sentiment que la connaissance des effets pathologiques des modes de travail manque à la fois de l'étendue et de la précision qui la rendraient vraiment opératoire dans la protection de la santé publique.

En tout état de cause, les progrès enregistrés et l'augmentation même du nombre de pathologies reconnues n'entament pas encore sensiblement les facteurs fondamentaux de sous-déclaration déjà répertoriés par les commissions précédentes. Il est préoccupant de noter que

Monsieur Xavier BERTRAND
Ministre de la Santé et des Solidarités

l'évolution actuelle du monde du travail recèle des causes spécifiques d'aggravation du phénomène, ne serait-ce que parce que la traçabilité des origines des pathologies va dans bien des cas devenir plus difficile. Il faut donc se garder de croire que le retentissement d'affaires comme celle de l'amiante va suffire à imposer une ambiance de transparence accrue. Il ne faut pas non plus méconnaître que parmi les facteurs de sous-déclaration et/ou de sous-reconnaissance persistent quelques causes relevant du domaine réglementaire, particulièrement dans le cas de pathologies aussi socialement sensibles que les troubles musculo-squelettiques, les cancers ou les troubles psychiques et psycho-sociaux; malgré le caractère évidemment complexe des problématiques mises en jeu, il y a là un champ d'action manifeste pour la puissance publique.

Quant au coût de la sous-déclaration, la commission a dans un premier temps procédé à l'estimation de la dépense probable de la branche maladie entraînée par la non-déclaration d'accidents et de maladies qui, s'ils avaient été déclarés en tant qu'AT (par les employeurs) ou de MP (par les malades), auraient été reconnus comme tels (hypothèse étant faite que les mécanismes de reconnaissance n'auraient pas introduit d'aléa spécifique) et auraient donc été supportés par la branche AT/MP. La condition postulée par le raisonnement était évidemment que les maladies en cause aient figuré aux tableaux en vigueur (le système complémentaire n'a qu'un impact marginal sur le dispositif). C'est l'exercice auquel s'était livrée la précédente commission, en 2002. Il a été reconduit par la présente commission, tout en étant complété grâce à des éléments épidémiologiques nouveaux concernant certains troubles musculosquelettiques; il a pu également être un peu plus précis à l'égard des cancers et de leurs coûts. Ses limites essentielles tiennent au fait que certaines informations quantitatives disponibles en 2002 n'ont fait, depuis, l'objet d'aucune actualisation, et, d'autre part et surtout, au fait que le chiffrage ne concerne que les pathologies pour lesquelles des études existent; cette dernière imperfection est toutefois à relativiser parce que la liste retenue se trouve correspondre à la plus grande partie des indemnités actuelles au titre AT/MP, ce qui certes n'équivaut pas à la prévalence réelle des maladies professionnelles mais donne des indications significatives. Au total, la dépense en cause atteint probablement, a minima, une fourchette située entre 355 et 750 millions d'euros (hors IJ en ce qui concerne les maladies).

Reste que ces chiffres ne sont pas suffisants pour donner une image réaliste de ce que la méconnaissance de l'origine professionnelle de certaines pathologies coûte à la branche maladie, notamment –mais ce n'est pas la seule raison- parce qu'il y a un écart sensible entre ce qui a été reconnu par des tableaux et la réalité probable des maladies d'origine professionnelle (le problème ne se pose pas dans les mêmes termes pour les accidents du travail). Il faudra donc admettre, pour fonder les raisonnements et les décisions à venir, l'existence de *deux* coûts, dont le plus plausible n'est ni le plus faible ni le plus quantifiable des deux.

Il est vite apparu à la commission qu'elle ne pourrait ne serait-ce qu'approcher le second, pour plusieurs raisons dont parfois l'état de la science lui-même. Elle était cependant en mesure de réunir des éléments d'éclairage à destination du Parlement et du Gouvernement. Elle a donc estimé devoir le faire, pathologie par pathologie, dans la mesure des moyens que lui laissaient les délais impartis, la littérature épidémiologique disponible et l'information des experts consultés. Sa préoccupation n'était du reste pas tant d'affiner la répartition de la charge entre branches de l'assurance maladie que de contribuer à l'oeuvre de prévention en santé publique, en appelant l'attention sur des directions de recherche désormais incontournables.

Parmi les préconisations de la commission, et outre celles déjà évoquées supra, je crois devoir insister sur celles qu'inspire le constat global que le corps médical, en ville comme à l'hôpital, ne paraît pas encore avoir été collectivement convaincu de l'enjeu de santé publique que portent la détection et la déclaration de l'origine professionnelle possible des maladies. Compte tenu des sollicitations dont le corps médical est par ailleurs l'objet, il serait illusoire d'attendre des progrès concrets sans cette prise de conscience ou cette intériorisation, qu'il convient assurément de retenir comme objectif stratégique.

Le rapport sera soumis à l'avis de la Commission des Accidents du Travail et des Maladies Professionnelles le 6 juillet prochain. Cet avis sera communiqué au Secrétariat Général du Gouvernement qui en assurera la transmission au Parlement.

Je vous prie de croire, Monsieur le Ministre, à l'expression de ma haute considération.



Noël Diricq

Conseiller maître à la Cour des Comptes

SOMMAIRE

Introduction	4
1^{ère} partie :	
Bilan des mesures intervenues depuis la dernière commission et causes persistantes de la sous-déclaration	7
<u>I - BILAN DES PROPOSITIONS FORMULÉES PAR LES PRÉCÉDENTES COMMISSION ET MESURES PRISES PAR LES POUVOIRS PUBLICS</u>	7
1-1-LES PROPOSITIONS FORMULÉES PAR LES PRÉCÉDENTES COMMISSIONS	8
1-1-1-LES PROPOSITIONS FORMULÉES PAR LES PRÉCÉDENTES COMMISSIONS	8
1-1-2-LES PROPOSITIONS DES PRÉCÉDENTES COMMISSIONS QUI ONT ÉTÉ MISES EN ŒUVRE	10
1-2-LES MESURES PRISES PAR LES POUVOIRS PUBLICS	11
1-2-1- LA CONVENTION D'OBJECTIFS ET DE GESTION PUR LA BRANCHE AT/MP 2004/2006	11
1-2-2- LA LOI DU 9.08.04 RELATIVE À LA POLITIQUE DE SANTÉ PUBLIQUE ET LE PLAN SANTÉ AU TRAVAIL 2005-2009	13
1-2-3- LE PLAN CANCER	14
1-2-4- LE PLAN NATIONAL SANTÉ ENVIRONNEMENT (PNSE)	14
1-2-5- LA CRÉATION DU FIVA	14
1-2-6- LES ACTIONS CONDUITES PAR LA COMMISSION DES ACCIDENTS DU TRAVAIL ET DES MALADIES PROFESSIONNELLES ET LE CONSEIL SUPÉRIEUR DE LA PRÉVENTION DES RISQUES PROFESSIONNELS	15
1-2-7- MESURES INTERVENUES DANS LA LÉGISLATION DU TRAVAIL	15
1-3- LA JURISPRUDENCE	24
2 – <u>LES PRINCIPALES CAUSES DE LA SOUS-DÉCLARATION DES AT/MP</u>	25
2-1- POUR LES MALADIES PROFESSIONNELLES	25
2-1-1- RAISONS TENANT AUX MALADES ET AUX MÉDECINS	25
2-1-2- DIFFICULTÉS TENANT A LA RÉGLEMENTATION ACTUELLE	28
2-1-3- LA SOUS-IMPUTATION DES DÉPENSES HOSPITALIÈRES	31
2-1-4- L'EXISTENCE DE DISPARITÉS RÉGIONALES DANS LES DÉCLARATIONS DES MP	33
2-2- LA SOUS-DÉCLARATION DES ACCIDENTS DU TRAVAIL	33
2^{ème} partie :	
Éléments d'appréciation sur la déclaration des principales maladies professionnelles et des accidents du travail	34
1 – <u>L'APPAREIL STATISTIQUE</u>	35
1-1- UNE CARENCE D'INFORMATION SUR LE COÛT MOYEN DES PATHOLOGIES, QUI DEVRAIT SE RÉDUIRE À COURT ET MOYEN TERME	35
1-1-1- LES DONNÉES SUR LE COÛT DES PATHOLOGIES RESTENT AUJOURD'HUI TRÈS INSUFFISANTES	35
1-1-2- À MOYEN TERME, LES NOUVELLES BASES DE DONNÉES DE L'ASSURANCE MALADIE DEVRAIENT PERMETTRE DE MESURER DES COÛTS LONGITUDINAUX PAR PATHOLOGIE	38
1-2- LES DONNÉES ÉPIDÉMIOLOGIQUES DEMEURENT PEU NOMBREUSES. NÉANMOINS, L'INVS A INITIÉ UN CERTAIN NOMBRE DE TRAVAUX SUR LES CANCERS PROFESSIONNELS, LES TMS ET L'ASTHME	41
1-2-1- LA MISSION DU DÉPARTEMENT SANTÉ-TRAVAIL DE L'INVS	41
1-2-2- LES TRAVAUX INITIÉS PAR L'INVS SUR LES CANCERS PROFESSIONNELS, LES TROUBLES MUSCULO-SQUELETTIQUES (TMS) ET L'ASTHME	41
1-3- OUTRE L'AMÉLIORATION DE LA CONNAISSANCE DES COÛTS PAR PATHOLOGIE, QUELQUES AUTRES PROGRÈS SONT À ATTENDRE À COURT ET MOYEN TERMES	41
1-3-1 LA COG AT/MP ET CERTAINES DISPOSITIONS DE LA LOI DU 9 AOÛT 2004 RELATIVE À LA POLITIQUE DE SANTÉ PUBLIQUE DEVRAIENT CONTRIBUER À DÉVELOPPER LES INSTRUMENTS STATISTIQUES ET ÉPIDÉMIOLOGIQUES SUR LES AT/MP	41
1-3-2- LES NOUVELLES ÉTUDES ET ENQUÊTES DISPONIBLES À COURT ET MOYEN TERMES	42

2 – <u>ÉLÉMENTS D'APPRÉCIATION QUANTITATIFS ET QUALITATIFS EXISTANT SUR LES MALADIES PROFESSIONNELLES ET LES ACCIDENTS DU TRAVAIL</u>	44
2-1- POUR LES MALADIES PROFESSIONNELLES	44
2-1-1- OBSERVATIONS SUR L'ÉVOLUTION DES PRINCIPALES PATHOLOGIES PROFESSIONNELLES INDEMNISÉES	44
2-1-2- DONNÉES DISPONIBLES SUR LA SOUS-DÉCLARATION DES PRINCIPALES PATHOLOGIES D'ORIGINE PROFESSIONNELLE	45
2-2- POUR LES ACCIDENTS DU TRAVAIL	59
3^{ème} partie : chiffrage de la sous-déclaration	61
1 - <u>LA FOURCHETTE DE COÛT RETENUE PAR LA PRÉCÉDENTE COMMISSION</u>	61
2 - <u>LA MÉTHODOLOGIE RETENUE PAR LA NOUVELLE COMMISSION</u>	61
3 - <u>LES RÉSULTATS DE LA NOUVELLE ÉVALUATION</u>	61
4^{ème} partie : les préconisations de la commission	69
1 - <u>MESURES SUSCEPTIBLES DE PERMETTRE UNE DIMINUTION DE LA SOUS-DÉCLARATION</u>	69
1-1- LE CORPS MÉDICAL	69
1-1-1- LA FORMATION DU CORPS MÉDICAL	69
1-1-2- LA CONDUITE D' ACTIONS D' INFORMATION PAR LES SOCIÉTÉS SAVANTES DE MÉDECINE	69
1-1-3- LE DÉVELOPPEMENT DES QUESTIONNAIRES DE REPÉRAGE DES EXPOSITIONS PROFESSIONNELLES	70
1-1-4- L'AMÉLIORATION DES LIENS ENTRE LES MÉDECINS DU TRAVAIL ET LES MÉDECINS-CONSEILS DES CAISSES	70
1-2- L'AIDE AUX VICTIMES	70
1-3- L'ADAPTATION DE LA RÉGLEMENTATION	70
1-3-1- L'ADAPTATION DES TABLEAUX DES MALADIES PROFESSIONNELLES AUX CONNAISSANCES ÉPIDÉMIOLOGIQUES ET À L'ÉVOLUTION DES TECHNIQUES MÉDICALES	71
1-3-2- LA MEILLEURE PRISE EN COMPTE DES PATHOLOGIES AYANT DES CAUSES MULTI-FACTORIELLES	71
1-3-3- LE SUIVI POST-PROFESSIONNEL	72
2 - <u>LA PRÉVENTION DANS LE CADRE DES ENTREPRISES</u>	72
2-1- ETUDIER L'OPPORTUNITÉ DE L'ENREGISTREMENT INDIVIDUEL DES EXPOSITIONS	72
2-2- UNE MEILLEURE ORIENTATION DES CONTRATS DE PRÉVENTION	73
2-3- DÉVELOPPER LA RECHERCHE SUR LE TERRAIN	73
3 - <u>LA RÉVISION DES MOYENS DE SUIVI ET DE RÉFLEXION SUR LES DONNÉES ÉPIDÉMIOLOGIQUES ET STATISTIQUES EN MATIÈRE D'AT/MP ET SUR LE COÛT DES PATHOLOGIES</u>	73
Annexes	75

INTRODUCTION

L'existence d'un important phénomène de sous-déclaration des accidents du travail et des maladies professionnelles a conduit le législateur à prévoir que la branche accidents du travail et maladies professionnelles, financée par des cotisations à la charge des employeurs, doit opérer un versement à la branche maladie au titre de ces accidents et maladies non déclarés.

Le principe de ce versement a été prévu par l'article 30 de la loi du 27 décembre 1996 de financement de la sécurité sociale pour 1997 (codifié à l'article L. 176-1 du code de la sécurité sociale), qui dispose qu'il est institué à la charge de la branche accidents du travail et maladies professionnelles, au profit de la branche maladie du régime général, un versement annuel pour tenir compte des dépenses supportées par cette dernière branche au titre des affections non prises en charge en application du livre IV du code de la sécurité sociale. 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 54 de la loi du 21 décembre 2001 de financement de la sécurité sociale pour 2002 (article L.176-2 du code de la sécurité sociale) a prévu que le montant du reversement est fixé chaque année par la loi de financement de la sécurité sociale.

Cette même loi confie à une commission, présidée par un magistrat de la Cour des Comptes, le soin de remettre tous les trois ans, au Parlement et au Gouvernement, un rapport évaluant le « coût réel pour la branche maladie de la sous-déclaration des accidents du travail et des maladies professionnelles ». Elle prévoit par ailleurs que la commission des accidents du travail et des maladies professionnelles rend un avis sur ce rapport qui est transmis au Parlement et au Gouvernement.

Elle précise en outre que la commission doit se prononcer, non seulement sur la sous-déclaration des maladies professionnelles mais également sur celle des accidents du travail.

L'article 55 de la loi du 20 décembre 2002 de financement de la sécurité sociale pour 2003 dispose que le rapport établi par la commission doit être transmis au Parlement et au Gouvernement avant le 1^{er} juillet de l'année considérée.

Aucun texte ne précisait la composition de la commission chargée d'évaluer le coût de la sous-déclaration des accidents du travail et des maladies professionnelles. Un arrêté en date du 26 janvier 2005 prévoit qu'elle comprend, outre le président, 6 membres dont :

- un médecin conseil désigné par le directeur général de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés ;
- un représentant désigné par le directeur général de l'Institut de Veille Sanitaire ;
- un représentant désigné par la directrice de l'Institut de Recherches et de Documentation en Economie de la Santé ;
- un inspecteur du travail et un médecin inspecteur du travail et de la main d'œuvre désigné par le directeur des relations du travail au ministère de l'emploi, du travail et de la cohésion sociale ;
- un praticien désigné par le président de l'une des sociétés savantes de médecine.

Trois commissions se sont déjà réunies depuis 1997. La présente commission a été mise en place le 15 avril 2005, elle a poursuivi ses travaux jusqu'au 1^{er} juin 2005.

La lettre de mission adressée au président de la commission par le ministre des solidarités, de la santé et de la famille et le secrétaire d'Etat à l'assurance maladie précise qu'il importe que la commission s'attache à examiner l'ensemble des raisons qui induisent une méconnaissance des risques professionnels, que celle-ci résulte d'une absence de déclaration, d'une insuffisance des données statistiques et épidémiologiques ou d'éventuelles disparités de reconnaissance selon les régions.

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

La présente commission s'est ainsi attachée à faire un bilan des propositions formulées par les précédentes commissions et de l'état de leur mise en œuvre ainsi que des mesures prises par les pouvoirs publics, depuis la tenue de la dernière commission, visant à améliorer la santé des salariés au travail et à diminuer les risques auxquels ils sont confrontés dans leur travail. Elle n'a pu que constater qu'en dépit des améliorations intervenues, le phénomène de sous-déclaration des risques professionnels demeure important. Elle a donc recensé, au vu des données nouvelles disponibles, les causes persistantes de cette sous-déclaration.

La commission a ensuite examiné l'état des données statistiques, épidémiologiques et de coûts des pathologies permettant de parvenir à un chiffrage de cette sous-déclaration. Elle a préalablement recensé les éléments disponibles relatifs à la sous-déclaration, pathologie par pathologie, selon deux approches :

-d'une part, elle a considéré les maladies professionnelles qui pourraient faire l'objet d'une reconnaissance au travers des textes et tableaux en vigueur ;

-d'autre part, elle a fait le point sur un ensemble plus large de pathologies d'origine professionnelle plausible.

Enfin, elle a formulé un certain nombre de recommandations visant à remédier à cette sous-déclaration.

Statistiques récentes

Pour les maladies professionnelles (MP)

Le nombre de MP déclarées-constatées-reconnues (y compris les MP reconnues dans le cadre du système complémentaire) a beaucoup augmenté : il est passé de 15 554 en 1997 à 44 245 en 2003, selon les dernières statistiques provisoires de la CNAMTS (voir tableau ci-dessous).

	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003 (provisoire)	évolution 1997-2003
Nombre de maladies professionnelles déclarées-constatées- reconnues	15 554	17 722	24 208	30 224	35 715	41 673	44 245	184%

Source : statistiques trimestrielles - CNAMTS/DRP, décembre 2004, page 29

Le nombre de maladies reconnues dans le cadre du système complémentaire est relativement faible : sur un total de 41 673 MP déclarées-constatées-reconnues en 2002, 1418 cas l'ont été dans le cadre du système complémentaire relatif aux tableaux et 92 cas hors tableaux.

Pour les accidents du travail

Sur le long terme, on constate une tendance à la baisse du nombre d'accidents du travail déclarés et reconnus. Le nombre d'accidents du travail déclarés avec arrêt est passé d'environ 1 million en 1980 à 735 000 en 2003, soit une baisse de 36 %.

Sur la période récente (1998-2003), les statistiques de la CNAMTS indiquent que le nombre d'accidents survenus a diminué de 7 % et que le nombre d'accidents mortels s'est réduit de 8 % (voir tableau ci-dessous). Cependant les chiffres ci-dessous montrent que cette baisse débute en 2001 et qu'elle serait donc à confirmer, d'autant que les données de 2002 et de 2003 ne sont que des estimations. La statistique du nombre d'accidents ayant entraîné un arrêt de travail d'au moins vingt-quatre heures a, elle, augmenté de 6 % sur la même période. Plus préoccupant, compte tenu de l'évolution générale du marché du travail, la tendance à la baisse ne se retrouve pas dans le secteur des services et dans le travail temporaire, à la différence par exemple de l'industrie lourde ; le rapport du nombre d'accidents au nombre d'heures travaillées a aussi augmenté en 2003.

	1998	1999	2000	2001	2002 (estimation)	2003 (estimation)	Evolution 1998-2003
accidents survenus	1 337 951	1 362 068	1 361 259	1 349 647	1 313 797	1 239 748	-7%
dont accidents avec arrêts	690 947	724 015	7 555 588	755 778	754 845	735 545	6%
dont accidents mortels	719	743	730	730	686	661	-8%

Source : statistiques trimestrielles et statistiques technologiques - CNAMTS/DRP

Montants financiers relatifs à la prise en charge des prestations AT/MP

En 2003, d'après le rapport de la Commission des Comptes de la Sécurité Sociale de septembre 2004, les prestations légales versées par la branche AT/MP du régime général s'élèvent à 6,3 milliards d'euros, dont 2,9 milliards de prestations d'incapacité temporaire (dépenses de soins à l'hôpital et en ville et indemnités journalières au titre des AT et des MP) et 3,4 milliards d'euros de prestations d'incapacité permanente (rentes AT/MP).

Exposition aux risques dans le cadre du travail (Premiers résultats de l'enquête SUMER 2003)

La dernière enquête Sumer fait apparaître que les contraintes organisationnelles (horaires, rythmes de travail), les pénibilités physiques, l'exposition au bruit et au travail sur écran se sont globalement accrues. Les longues journées de travail et le travail répétitif ont par contre diminué. L'exposition à des agents biologiques est restée stable mais l'exposition aux produits chimiques a augmenté plus particulièrement pour les ouvriers et les employés; les poly-expositions deviennent plus nombreuses.

1^{ère} partie :
**Bilan des mesures intervenues depuis la dernière
 commission et causes persistantes de la sous-déclaration**

Trois commissions se sont déjà réunies depuis 1997. Elles se sont attachées non seulement à évaluer le montant du versement de la branche accidents du travail et maladies professionnelles à la branche maladie au titre de la sous-déclaration des risques professionnels mais également à examiner les causes de la persistance d'une sous-déclaration de ces risques et à formuler différentes recommandations pour y remédier.

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

- *La deuxième*, présidée par Mme LEVY-ROSENWALD, a remis son rapport en septembre 1999. Elle a proposé, compte tenu de l'absence de données nouvelles, de reconduire le montant déterminé par la 1^{ère} commission après actualisation. Ce montant a été fixé à 141,02 M€ et réactualisé pour les années 2000 et 2001 ;

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

Montants annuels des versements de la branche AT/MP à la branche maladie

Montants	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003 à 2005
M €	137,20	138,71	140,38	141,02	144,06	299,62	330

1- Bilan des propositions formulées par les précédentes commissions et mesures prises par les pouvoirs publics

Les précédentes commissions ont toutes constaté l'importance du phénomène de sous-déclaration des risques professionnels et les difficultés de l'appréhender.

La dernière commission avait ainsi identifié quatre causes essentielles à ce phénomène :

- sous-évaluation par le corps médical de l'origine professionnelle des pathologies ;
- sous-déclaration des accidents du travail par les employeurs et des maladies professionnelles par les victimes elles-mêmes ;
- sous-reconnaissance par les caisses primaires d'assurance maladie (CPAM) ;
- sous-imputation des dépenses hospitalières à la branche AT/MP dans les établissements financés par dotation globale.

Les précédentes commissions ont présenté un certain nombre de propositions pour y remédier, qui n'ont pas toutes été mises en œuvre pour des raisons tenant, pour certaines d'entre elles, à la complexité de leur concrétisation et à la multiplicité des acteurs que celle-ci requérait.

Par ailleurs, un certain nombre de mesures et de plans ont été également adoptés par les pouvoirs publics pour prévenir les risques professionnels, du fait notamment des changements économiques et sociaux intervenus et de l'apparition de nouveaux risques pour la santé des travailleurs.

1-1- Les propositions formulées par les précédentes commissions

1-1-1- Les propositions formulées par les précédentes commissions pour remédier à la sous-déclaration peuvent être rassemblées autour de quatre grands thèmes : le rôle du corps médical dans le dispositif de déclaration, la place de la victime dans la procédure de déclaration, l'amélioration des procédures de déclaration et de reconnaissance et le développement des outils statistiques, épidémiologiques et de coûts compte tenu de l'extrême pauvreté des statistiques disponibles sur les risques professionnels.

Elles ont ainsi préconisé :

a) Pour le corps médical

- d'améliorer la formation initiale et continue des médecins (généralistes, spécialistes et hospitaliers) ;
- de mieux définir le rôle du médecin du travail dans le processus de déclaration de la maladie professionnelle ;
- d'assurer une meilleure coordination de l'ensemble des partenaires concernés (médecins traitants, médecins du travail, médecins-conseils, inspecteurs du travail, CPAM, CRAM) afin de mieux connaître les maladies professionnelles et d'en favoriser la prévention.

b) Pour la victime

- d'entamer une réflexion sur sa place dans la procédure de déclaration, soit en confiant la responsabilité de la déclaration de la maladie, non plus à la victime, mais au médecin du travail lorsque la personne est en activité, sous réserve de son accord, soit en examinant la possibilité d'impliquer, dans le processus déclaratif, le médecin traitant, le médecin du travail et le médecin-conseil de la caisse de sécurité sociale ;

- d'instituer un document permettant un suivi systématique de la carrière du salarié précisant ses différents emplois et les expositions professionnelles ;
- de permettre un versement des indemnités journalières jusqu'à la date de la décision du médecin du travail sur l'aptitude ou l'inaptitude du salarié à reprendre le travail ;
- de permettre une réinsertion professionnelle pour le salarié déclaré inapte à reprendre son travail et de verser une allocation pour recherche d'emploi pour les personnes obligées de quitter leur travail.

c) Sur l'amélioration des procédures de reconnaissance

- de faire respecter les dispositions de l'article L. 461-4 du code de la sécurité sociale qui imposent à l'employeur de déclarer à la CPAM et à l'inspecteur du travail les procédés susceptibles de provoquer des MP ;
- de supprimer l'envoi à la victime du document de "contestation préalable" qui permettait à la caisse de s'affranchir du délai de réponse de 2 mois ;
- de redéfinir le point de départ de la prescription biennale de manière à ce que le délai ne coure qu'à compter du moment où la victime connaît l'origine professionnelle de sa maladie ;
- d'élargir le mécanisme du système complémentaire en abaissant de 66,66 % à 25 % le taux d'IPP à partir duquel on peut y recourir ;
- de faire prendre en charge les pneumoconioses, non plus par la branche maladie, mais comme les autres MP ;
- de poursuivre le toilettage des tableaux et d'assouplir notamment les conditions administratives trop strictes du tableau N° 42 - surdité provoquée par les bruits lésionnels ;
- d'étudier la possibilité d'établir, pour les maladies pluri-factorielles, des pourcentages de prise en charge entre les branches maladie et AT/MP à l'exemple de la pratique danoise ;
- d'exploiter les registres des accidents bénins ;
- d'allonger les délais de déclaration des AT pour les employeurs et les victimes, délais qui sont trop courts actuellement et qui ne sont pas respectés ;
- de prendre le texte réglementaire d'application de l'article L. 461-6 du code de la sécurité sociale (obligation pour tout médecin de déclarer tout symptôme d'imprégnation toxique et de toute maladie lorsqu'ils ont un caractère professionnel) prévoyant les modalités selon lesquelles la déclaration est établie et transmise ainsi que son ou ses destinataires ;
- de supprimer la procédure de l'enquête légale sur les AT paraissant devoir entraîner la mort ou une incapacité permanente totale (IPT), compte tenu de la difficulté pour les caisses de réaliser cette enquête.

d) Sur l'amélioration des connaissances épidémiologiques, statistiques et de coût

- de confier à l'institut de veille sanitaire (InVS) une mission d'impulsion et de coordination des études et recherches ;
- d'intégrer des questions relatives à la déclaration des maladies professionnelles dans l'enquête SUMER ;
- de développer rapidement les moyens statistiques de connaissance par la CNAMTS des maladies professionnelles ;
- d'améliorer la connaissance des coûts des pathologies, qui n'avaient fait l'objet que de rares études ;
- d'initier des recherches adaptées (conduite d'enquêtes spécifiques sur certaines maladies sous-déclarées, études de coût des pathologies par an et sur la durée totale de la maladie, demande de travaux spécifiques aux CPAM) ;
- d'instaurer une vigilance au plan national avec notamment la participation du réseau national informatisé de vigilance et de prévention des pathologies professionnelles regroupant l'ensemble des centres de consultation de pathologies professionnelles (CCPP), mis en place par la CNAMTS ;
- de corriger la sous-imputation des dépenses hospitalières dans les établissements financés par dotation globale par la mise en œuvre de dispositions en matière de saisie des données.

1-1-2- Propositions des précédentes commissions qui ont été mises en œuvre

Un certain nombre des préconisations des précédentes commissions ont été mises en œuvre :

- * la loi de financement de la sécurité sociale pour 1999 a modifié les règles de prescription de la déclaration de MP : le délai court désormais à compter de la date à laquelle la victime est informée par un certificat médical du lien possible entre sa maladie et une activité professionnelle et non plus à compter de la date de la première constatation médicale de la maladie ;
- * un décret du 31 août 1999 a aligné les conditions de prise en charge et de réparation des pneumoconioses sur celles applicables aux autres maladies professionnelles ;
- * un décret du 27 avril 1999 a supprimé la procédure dite "de contestation préalable". Les délais d'instruction des dossiers sont désormais de 3 mois (prolongation de 3 mois possible) ;
- * les conditions d'accès au dispositif complémentaire de reconnaissance des maladies professionnelles ont été élargies. Un décret du 18 avril 2002 ramène le taux d'IPP permettant l'accès à ce dispositif complémentaire de reconnaissance de 66,66 % à 25 % ;

* les tableaux de maladies professionnelles ont été améliorés :

- trois nouveaux tableaux de MP ont été créés en 1999 (un sur les affections aiguës par hantavirus et deux sur les affections chroniques du rachis lombaire) ;

- le décret du 11 février 2003 a amélioré les tableaux concernant les allergies respiratoires et cutanées (dans le but d'uniformiser la caractérisation médicale des pathologies ainsi que les délais de prise en charge- 29 tableaux modifiés) et créé 2 nouveaux tableaux (49 bis et 66 bis). Le tableau 10 ter (chrome) a été étendu au cancer des cavités nasales ;

- le décret du 28 mars 2003 a révisé le tableau N° 25 (affections consécutives à l'inhalation de poussières renfermant de la silice et de la houille) ;

- le décret du 15 septembre 2003 a révisé le tableau N° 42 concernant les surdités ;

- le décret du 21 novembre 2003 a réformé les tableaux N° 10 et 66 bis ;

- le décret du 25 février 2004 a révisé le tableau N° 47 -poussières de bois ;

- le décret du 22 mars 2005 a révisé les tableaux N° 44 et 44 bis.

* la procédure de l'enquête légale a été supprimée par une ordonnance en date du 15 avril 2004.

Par ailleurs, on retrouve la marque des propositions des commissions dans les mesures plus générales exposées ci-dessous en 1-2-1.

1-2- Les mesures prises par les pouvoirs publics

Depuis la précédente commission les pouvoirs publics ont défini un certain nombre de mesures en vue d'améliorer la prévention des risques professionnels. Ces mesures peuvent avoir une incidence sur les pratiques de déclaration et de reconnaissance, et, en tout état de cause, sur les moyens futurs d'évaluation de la sous-déclaration.

Peuvent, à ce titre, être cités la convention d'objectifs et de gestion (COG) pour la branche AT/MP 2004-2006, le Plan Santé au Travail-2005-2009, les projets d'études de la Commission des Accidents du Travail et des Maladies Professionnelles (CATMP) et du Conseil Supérieur de la Prévention des Risques Professionnels (CSPRP) ainsi que la création du Fonds d'Indemnisation des Victimes de l'Amiante (FIVA). Des dispositions sont également prévues dans le cadre du Plan Cancer et du Plan National Santé-Environnement pour prévenir les cancers professionnels. D'autres mesures ont été intégrées dans le code du travail pour améliorer la prévention des risques dans les entreprises.

1-2-1- La convention d'objectifs et de gestion pour la branche AT/MP 2004-2006

Cette convention reprend beaucoup des propositions des précédentes commissions et notamment de la dernière.

Elle prévoit ainsi :

a) Sur le développement de l'expertise de la branche et les partenariats avec les autres acteurs de la prévention :

- la définition du cadre conventionnel dans lequel s'exerceront les actions pluridisciplinaires menées entre les CRAM et les services de santé au travail ;
- la mobilisation des compétences des centres de consultations de pathologies professionnelles (CCPP) et le fonctionnement en réseau des centres afin de constituer une base de données pouvant être utilisée pour des études épidémiologiques.

b) Sur l'amélioration des outils statistiques et épidémiologiques :

- la prise par l'Etat des dispositions nécessaires pour permettre un suivi informatique des accidents bénins avant la mi-2005 ;
- l'augmentation de la production d'études statistiques destinées à éclairer l'activité de la branche AT/MP ;
- l'engagement de la CNAMTS de créer, pour la fin 2005, une base de données permettant un suivi exhaustif des éléments fondamentaux sur la sinistralité au sein de la branche AT/MP.

c) Sur l'évaluation de l'homogénéité des procédures :

- le lancement d'une enquête qui permettra de mieux appréhender les causes des écarts observés entre organismes en matière de taux de reconnaissance des AT/MP ;
- l'alimentation d'ici fin 2005 d'un tableau de bord statistique sur les taux de reconnaissance en AT/MP notamment par organisme et la définition d'une typologie des motifs de rejet.

d) Actions en direction des professionnels de santé

- la prise des textes d'application de l'article L. 461-6 du CSS ;
- le renforcement par la CNAMTS des actions de communication en direction des médecins traitants, la proposition par celle-ci de la mise en œuvre d'accords de bon usage des soins et l'information des médecins par les caisses de l'implantation des centres de consultation de pathologies professionnelles ;
- l'inscription, dans le cursus universitaire des médecins, d'une formation aux risques professionnels.

e) Pour les victimes

- la conduite d'une expérimentation de nouveaux dispositifs dans 3 régions pendant 2 ans (mi-2003-mi-2005) destinée à informer le corps médical et les assurés concernés et à les sensibiliser à l'intérêt du suivi post-professionnel « amiante » (distribution de brochures aux caisses et de guides techniques aux médecins) ;

- la mise en place d'une procédure d'accompagnement des victimes (ou des ayants droit) dans leurs démarches relatives à une maladie professionnelle (mise en place d'un dispositif expérimental fin 2005) ;
- le développement d'actions pour améliorer la réinsertion professionnelle des victimes ;
- la mise en place d'un groupe de travail chargé de proposer des mesures correctrices lorsque l'assuré placé dans un état d'incapacité à reprendre son travail ou d'inaptitude à exercer une activité se trouve sans revenu de remplacement.

f) Sur l'amélioration des procédures

- la réalisation d'une étude relative à l'application et à l'efficacité des dispositions de l'article L. 461-4 du CSS qui imposent à tout employeur qui utilise des procédés de travail susceptibles de provoquer des maladies professionnelles d'en faire la déclaration à la CPAM et à l'inspecteur du travail ;
- la réalisation d'ici à 2006 d'un bilan des contrats de prévention en examinant notamment leurs effets au sein de l'entreprise ;
- la suppression d'ici la fin du 1^{er} trimestre 2005 de l'enquête sociale en cas de rachat ;
- la prise, avant la fin du 1^{er} trimestre 2005, des textes d'application de l'ordonnance du 15 avril 2004 relatifs à la suppression de l'enquête légale ;
- la dématérialisation des déclarations des accidents du travail courant 2006 afin de faciliter la déclaration par l'employeur (la déclaration est actuellement faite à la CPAM par lettre recommandée avec demande d'avis de réception dans les 48 heures suivant la connaissance de l'accident).

1-2-2- La loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique et le Plan Santé au Travail 2005-2009

a) L'article 15 de la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique prévoit la mise en œuvre par l'InVS, en liaison avec l'assurance maladie et les services statistiques des départements ministériels concernés, d'un outil permettant la centralisation et l'analyse des statistiques sur les AT, les MP, les maladies présumées d'origine professionnelle et de toutes les autres données relatives aux risques sanitaires en milieu du travail.

b) Le Plan Santé au Travail a pour objectif d'améliorer durablement, pour les cinq années à venir, la prévention des risques professionnels et d'encourager "la diffusion d'une véritable culture de prévention dans les entreprises".

Il prévoit notamment :

- de réduire le nombre d'accidents routiers mortels, de diminuer de 20 % à l'horizon 2009 le nombre de troubles musculo-squelettiques (TMS) déclarés, de réduire le nombre de travailleurs soumis à un niveau de bruits de plus de 85 dB(a) plus de 20 heures par semaine, de systématiser la surveillance épidémiologique des travailleurs exposés à des agents cancérigènes, de prévenir les risques psycho-sociaux sur le lieu de travail et d'évaluer la faisabilité de l'identification des cancers d'origine professionnelle dans les registres généraux du cancer ;

- de sensibiliser les professionnels de santé, dès leur formation initiale et dans le cadre de la formation continue, à la santé au travail et à ses déterminants ainsi qu'à une meilleure identification des pathologies d'origine professionnelle ;
- la mise en place d'un groupe de travail présidé par une personnalité qui devra définir les orientations et les actions à mener en application de l'article 15 de la loi du 9 août 2004 précitée, qui prévoit la mise en œuvre par l'InVS d'un outil de centralisation et d'analyse des statistiques sur les AT et les MP ;
- la création d'une agence publique chargée des questions de la santé au travail et la surveillance au long court des travailleurs par l'InVS ;
- l'engagement, au niveau national et régional, d'une démarche concertée avec les organismes et branches professionnelles, en vue de l'élaboration d'outils destinés aux petites et moyennes entreprises pour faciliter la mise en œuvre de la démarche d'évaluation des risques professionnels et le renforcement de l'effectivité de la démarche de prévention de ces risques en entreprise, en particulier au sein des très petites entreprises, en adaptant la présentation du document unique qui transcrit les résultats de l'évaluation des risques, de manière à mieux prendre en compte la nature de l'activité exercée et la taille de l'entreprise et - le lancement d'une enquête auprès des entreprises employant plus de 50 salariés visant à mieux apprécier la connaissance du dispositif d'évaluation a priori des risques et l'évaluation de la connaissance de ce dispositif auprès des entreprises.

1-2-3- Le Plan Cancer définit la mise en œuvre d'actions visant à mieux connaître et à prévenir les cancers professionnels.

Le contrat-cadre signé le 13 février 2004 entre le Ministre de la Santé et le Ministre du Travail prévoit ainsi :

- l'amélioration de la connaissance des risques en entreprise et le renforcement des règles de protection des travailleurs exposés ;
- une meilleure détection des cancers professionnels dans l'entreprise et la mise en place d'un suivi post-professionnel des travailleurs exposés ;
- une meilleure connaissance de l'importance des cancers professionnels au sein de la population.

1-2-4 - Le Plan National Santé Environnement (PNSE), présenté en juin 2004, élaboré par les ministres chargés de la santé, du travail et de l'environnement, comprend des dispositions relatives à la prévention du risque sanitaire lié aux produits chimiques, notamment en milieu professionnel. Certaines des actions de ce plan concernent la prévention des cancers professionnels : évaluation des risques sanitaires des substances chimiques dangereuses, réduction des expositions professionnelles aux agents cancérigènes, mutagènes et reprotoxiques (notamment celles concernant les poussières de bois, le benzène, le plomb et les fibres céramiques réfractaires).

1-2-5 - La création du FIVA : cet organisme a été créé par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001. Il est opérationnel depuis 2002.

Le FIVA indemnise les victimes de l'amiante (professionnelle ou environnementale). 95 % des dossiers concernent des expositions professionnelles dont des expositions para-professionnelles (conjointes de victimes).

Le nombre total de dossiers de victimes reçus par le FIVA depuis sa création s'élevait à 22 462 au 31 mai 2005. Il avait effectué, à cette date, près de 35 000 paiements (provisions, offres partielles ou totales) pour un montant de 723 millions d'euros.

Il est, par ailleurs, précisé que le FIVA, dès lors qu'il est saisi d'une demande d'indemnisation par une victime, est habilité par la loi à faire la déclaration de maladie professionnelle à la CPAM.

1-2-6- Les actions conduites par la Commission des Accidents du Travail et des Maladies Professionnelles (CATMP) et le Conseil Supérieur de la Prévention des Risques Professionnelles (CSPRP)

a) *La CATMP* composée pour moitié de représentants des assurés sociaux et pour moitié de représentants des employeurs exerce, pour la branche AT/MP, les compétences dévolues au conseil d'administration de la CNAMTS notamment en ce qui concerne la définition et la mise en oeuvre des mesures de prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles.

Le projet pour la prévention, adopté par la CATMP le 21 avril 2004 (orientations à moyen terme pour la période 2004-2007), a retenu plusieurs grands "thèmes mobilisateurs" dont :

- la prévention des cancers professionnels par le développement d'actions visant à une meilleure connaissance de ces maladies en intégrant les facteurs extra-professionnels et la conduite d'actions spécifiques de prévention ;
- la prévention des troubles musculo-squelettiques par le recensement et l'évaluation des actions-types de prévention menées et des outils créés, la définition des activités ou types d'entreprises auprès desquelles des actions doivent être menées, l'étude des partenariats et relais possibles afin de démultiplier les actions et la création, si besoin est, de nouveaux outils et de méthodologies autres.

b) *Le CSPRP* participe à l'élaboration de la politique nationale de prévention des risques professionnels. Il propose au ministre chargé du travail toutes les mesures susceptibles d'améliorer la santé et la sécurité sur les lieux de travail. La commission spécialisée en matière de maladies professionnelles de ce conseil a mis, à son ordre du jour, les pneumoconioses (qui a conduit à modifier des tableaux 44 et 44 bis par le décret du 22 mars 2005), les cancers du pharyngo-larynx et amiante (examen d'une révision des tableaux N° 30 et 30 bis) et les solvants (examen d'une révision des tableaux N° 12 et 84). La révision des tableaux N° 1 (plomb), N° 4 (benzène), 16 bis (goudrons), 36 bis (huiles minérales d'origine pétrolière), 51 (résines époxydiques), 61 (cadmium) et 62 (isocyanates organiques) figurent également au programme de la commission.

1-2-7- Mesures intervenues dans la législation du travail

Des mesures visant à renforcer la prévention de la santé des salariés au travail ont été inscrites dans le code du travail.

a) Le décret N° 2001-1016 du 5 novembre 2001 portant création d'un document relatif à l'évaluation des risques pour la santé et la sécurité des travailleurs (article R 230-1 du code du travail) précise le contenu de l'obligation pour l'employeur de créer et conserver un document transcrivant les résultats de l'évaluation des risques à laquelle il a procédé (appelé "document unique") pour répondre à trois exigences :

- de cohérence (regroupement des données dans un même document) ;
- de facilité du suivi de la démarche de prévention ;
- de "traçabilité".

Le document unique est tenu, dès lors qu'ils en font la demande, à la disposition :

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

Des sanctions pénales sont prévues en cas de non respect de l'obligation de transcription et de mise à jour de l'évaluation de ces risques professionnels.

Des CPAM interrogées par la présente commission indiquent cependant que ce document n'est en général peu ou pas encore réalisé (la caisse de Grenoble indique que ce document est tenu dans sa région par certaines grandes entreprises). Elles signalent la difficulté pour les petites entreprises d'établir un tel document.

b) A compter de 2002, des dispositions spécifiques ont été introduites dans le code du travail sur le harcèlement moral (loi du 17 janvier 2002 - articles L 122-49 à L 122-54) mais également sur l'extension de la responsabilité de l'employeur dans la protection de la santé non seulement physique mais également mentale des salariés dans l'entreprise (article L 230-2-I) ;

c) Les décrets du 1^{er} février 2001 et du 23 décembre 2003 (article R 231-56-11 du code du travail) relatifs aux personnes exposées à des substances cancérigènes prévoient qu' "une attestation d'exposition aux agents cancérigènes, mutagènes ou toxiques pour la reproduction est remplie par l'employeur et le médecin du travail dans des conditions fixées par arrêté conjoint des ministres chargés du travail et de l'agriculture. Elle est remise au travailleur à son départ de l'établissement."

Peu d'entreprises remettraient cette attestation au salarié. Cependant, certaines grandes entreprises (par exemple : EDF/GDF) le font systématiquement.

Le code du travail prévoit également l'obligation pour le médecin du travail de tenir, pour chaque travailleur exposé à ces substances cancérigènes, un dossier individuel qui doit être conservé pendant 50 ans.

d) Le décret du 28 juillet 2004 (circulaire d'application du 7 avril 2005) a réformé la médecine du travail

Ce décret renforce l'indépendance des médecins du travail en rendant notamment plus difficile leur licenciement.

Il prévoit par ailleurs que l'action du médecin du travail s'exerce suivant deux axes complémentaires, l'action en milieu du travail et le suivi médical individuel des salariés :

- l'action en milieu du travail (axe prioritaire) : un médecin du travail employé à temps plein doit consacrer à cette mission (intervention au bénéfice d'une entreprise, participation aux réunions du CHSCT) au moins 150 journées de travail soit 1/3 de son temps de travail effectif ;

- en ce qui concerne le suivi médical des salariés, les examens périodiques ont désormais lieu tous les 24 mois (au lieu de 12 antérieurement) si le salarié ne rentre pas dans une catégorie qui nécessite une surveillance particulière. En cas de surveillance médicale renforcée (salariés affectés à certains travaux ou en raison de certaines situations personnelles), les examens sont renouvelés tous les 12 mois.

**Suites données aux propositions de la 1^{ère} commission
(rapport d'octobre 1997)**

Propositions	Mise en œuvre	Observations	Nature des difficultés rencontrées
<p>Améliorer l'information statistique sur les AT/MP : mieux analyser les conditions de leur reconnaissance ou de leur refus</p> <p>Identifier leurs coûts</p>		<p>La COG prévoit :</p> <ul style="list-style-type: none"> -l'augmentation de la production d'études statistiques destinées à éclairer l'activité de la branche ; -la proposition par la CNAMTS, d'ici la fin 2005, d'un dispositif d'analyse et de développement des connaissances en matière d'AT/MP ; -la création par la CNAMTS, d'ici fin 2005, d'une base de données permettant un suivi exhaustif sur la sinistralité au sein de la branche. 	
<p>Mieux associer l'ensemble des partenaires concernés (médecins, CPAM, CRAM) pour mieux connaître les MP et favoriser leur prévention</p>		<p>Prévu par la COG : La branche AT/MP définira le cadre conventionnel dans lequel s'exerceront les actions pluridisciplinaires menées entre les CRAM et les services de santé au travail.</p>	<p>Action à long terme.</p> <p>Rôle des instances nouvelles notamment de l'Agence de Santé au Travail</p>
<p>Améliorer la formation initiale et continue des médecins et attirer leur attention sur les métiers à risque</p>	<p>Des actions menées localement par les CRAM et l'INRS (ex. CRAM Normandie) et quelques CPAM</p>	<ul style="list-style-type: none"> - La COG prévoit un renforcement des actions de communication en direction des médecins et l'inscription d'une formation aux risques professionnels dans le cursus universitaire des médecins ; - Le Plan Santé au Travail prévoit de développer la formation des professionnels de santé en matière de santé au travail ; -le plan cancer 2003-2007 prévoit une information des médecins pour sensibiliser les oncologues à la déclaration des cancers professionnels. 	<p>Longueur et complexité de la formation des médecins</p>

Propositions	Mise en œuvre	Observations	Nature des difficultés rencontrées
Renforcer le rôle des médecins du travail (obligation pour la CPAM de recueillir leur avis sur chaque déclaration de MP et les sensibiliser sur l'enregistrement des données relatives aux MP dans ils auraient connaissance)			
Respect des dispositions de l'art. L 461-4 du CSS qui imposent à l'employeur de déclarer à la CPAM et à l'inspecteur du travail les procédés susceptibles de provoquer des MP		La COG prévoit que d'ici la fin 2005 l'Etat et la CNAMTS réaliseront une étude relative à l'application de cette disposition en vue d'en évaluer l'efficacité	
Suppression de l'envoi à la victime du document de "contestation préalable"	Oui Décret du 27 avril 1999	/	
Redéfinition du point de départ de la prescription de manière à ce que le délai ne court qu'à compter du moment où la victime connaît l'origine professionnelle de sa maladie	Oui Art. 40 de la LFSS pour 1999	/	
Prise en charge des pneumoconioses non pas par la branche maladie mais comme les autres MP	Oui Décret du 31 août 1999	/	
Elargissement du mécanisme du système complémentaire par un abaissement du taux d'IPP	Oui Décret du 18 avril 2002 ramène le taux d'IPP de 66,66 % à 25 %	/	

**Suites données aux propositions de la 2^{ème} commission
(rapport de septembre 1999)**

Propositions	Mise en œuvre	Observations	Nature des difficultés rencontrées
Entamer une réflexion sur la place de la victime dans la procédure de déclaration : - confier la déclaration au médecin du travail; -examen de la possibilité d'impliquer le médecin traitant, le médecin du travail et le médecin-conseil dans la déclaration.	Non	La COG prévoit la mise en place d'une procédure d'accompagnement des victimes dans leurs démarches relatives aux MP	
Améliorer la formation des médecins	Non Des actions menées localement par les CRAM et l'INRS (ex. CRAM Normandie) et quelques CPAM	Prévu comme déjà indiqué par la COG AT/MP, le PST et le plan cancer	
Certificat médical initial (CMI) : le modifier de manière à faire apparaître clairement le fait que le médecin certifie l'existence de la maladie et suspecte son origine professionnelle			
Réaffirmer l'obligation pour tout médecin de déclarer toute maladie de caractère professionnel		La COG prévoit la prise du texte réglementaire d'application de l'art. L 461-6 du CSS	La DRT doit proposer des modalités d'application de l'article L.461-6, compte tenu des moyens dont les MIRTMO disposent.
Préciser le rôle des médecins du travail en repensant leur place au sein du système de prévention (création d'équipes pluridisciplinaires de prévention et de santé au travail)			
Réfléchir à l'organisation des services médicaux des CRAM (à l'exemple de la CRAMIF où des médecins-conseils sont spécialisés dans le domaine des AT/MP)			
Pour le dispositif complémentaire ramener le taux d'IPP de 66,66 % à 25 %.	Oui Décret du 18 avril 2002	/	
Poursuivre le toilettage des tableaux -assouplir les conditions administratives du tableau N° 42 - atteinte auditive provoquée par les bruits lésionnels	Décrets des 11 février, 28 mars et 21 novembre 2003, du 25 février 2004 et du 22 mars 2005 Décret du 15 septembre 2003 pour le tableau 42	/	

Propositions	Mise en œuvre	Observations	Nature des difficultés rencontrées
<p>Examen de la possibilité d'établir, pour les maladies pluri-factorielles, des pourcentages de prise en charge entre les branche maladie et AT/MP (pratique danoise).</p> <p>Approfondissement par l'InVS de ces pathologies pour mettre en œuvre des méthodologies de pondération des risques pour les MP les plus coûteuses.</p>			
<p>Corriger la sous-imputation des dépenses hospitalières pour les établissements financés par dotation globale : mise en œuvre de saisie des données</p>		<p>La tarification à l'activité devrait permettre de mieux relier la facture à un risque professionnel</p>	
<p>Confier à l'InVS un rôle fédérateur en matière de coordination de veille sanitaire et de recherche -augmenter ses moyens</p>		<p>L'article 15 de la loi du 9 août 2004 prévoit de confier à l'InVS un rôle centralisateur des données statistiques sur les AT/MP</p>	
<p>Intégrer dans l'enquête SUMER des questions relatives à la déclaration des MP et exploitation des données relatives aux MP</p>	<p>Oui</p>	<p>Des questions de ce type seront intégrées dans la prochaine enquête de la DARES - conditions de travail</p>	
<p>Développement rapide par la CNAMTS de ses moyens statistiques de connaissance des MP</p>		<p>Des dispositions prévues par la COG comme déjà indiqué</p>	
<p>Initier des recherches adaptées à la mission de la commission :</p> <ul style="list-style-type: none"> -enquêtes spécifiques sur certaines maladies sous-déclarées; -études de coût des pathologies par an et sur la durée totale de la maladie; -travaux spécifiques à demander aux CPAM. 			

**Suites données aux propositions de la dernière commission
(rapport de septembre 2002)**

Propositions	Mise en œuvre	Observations	Nature des difficultés rencontrées
Développement au niveau national de réseaux d'intervenants locaux		Prévu par la COG	Action à long terme. Rôle des instances nouvelles notamment de l'agence de santé au travail
L'instauration d'un dispositif national de vigilance sur la santé au travail	Un bilan a été fait, fin 2004, sur le réseau national de vigilance et de prévention des pathologies professionnelles regroupant l'ensemble des CCPP	Le Plan Santé au Travail prévoit la création d'une agence chargée de la santé au travail	
L'amélioration du devenir socio-professionnel des victimes d'AT/MP (modification de l'art. L 433-1 et réparation intégrale pour la personne ne percevant pas d'IJ)		La COG prévoit que la CNAMTS réalisera d'ici au 3 ^{ème} trimestre 2005 un bilan des situations rencontrées. Un groupe de travail proposera des mesures correctrices	Action à long terme.
Meilleure information du corps médical par une amélioration de leur formation initiale et continue	Des actions menées localement par les CRAM et l'INRS (ex. CRAM Normandie) et quelques CPAM	Prévu comme déjà indiqué par la COG AT/MP, le PST et le plan cancer	Longueur et complexité de la formation des médecins
Information sur le suivi post-professionnel : instauration d'un document permettant un suivi systématique de la carrière du salarié	- Etudes conduites par l'InVS : projets « SPIRALE » (suivi post-professionnel individuel des travailleurs exposés à des cancérogènes-retraités du régime général) et « ESPrI » (surveillance des travailleurs indépendants) ; - Expérimentation conduite par la CNAMTS dans 3 régions (Rhône-Alpes, Haute et Basse Normandie et Aquitaine)	- La COG prévoit que la CNAMTS mènera une expérimentation dans 3 régions destinée à informer et sensibiliser le corps médical et les assurés sur l'intérêt du suivi post-professionnel amianté ; - le plan cancer 2003-2007 prévoit, pour les cancers professionnels, la création d'un suivi post-exposition et la mise en oeuvre effective de suivis post-professionnel	L'expérimentation menée dans les 3 régions s'achèvera en septembre 2005. Extension du suivi post-professionnel : obstacles imprévus : instance à qui confier la révision des protocoles d'examen, rôle du médecin traitant et surtout modalités de financement.

Propositions	Mise en œuvre	Observations	Nature des difficultés rencontrées
Inclusion d'engagements des médecins traitants sur la détection et le signalement des AT/MP dans le cadre des contrats de santé publique prévus par la loi du 6 mars 2002			Ces engagements concernent les bonnes pratiques médicales ; ils doivent déboucher sur une amélioration des déclarations des « maladies à caractère professionnel » par l'utilisation plus fréquente de la procédure de l'article L.461-6.
Amélioration de la connaissance des coûts des pathologies	La CNAMTS a instauré une base de données sur les rentes	La COG prévoit des dispositions comme déjà indiqué	
Les registres des accidents bénins pourraient être tenus sous une forme facilitant leur exploitation		La COG prévoit la prise de dispositions avant la mi 2005	Difficultés de mise en œuvre, signalées notamment par la DARES. En revanche, utilité dans la perspective de la mise en place d'indices de sinistralité plus près du risque dans le temps.
Modification des délais de déclaration : -Allongement des délais de déclaration des AT ; -Prise des textes d'application de l'article L 461-6 du CSS		La COG prévoit la prise du texte réglementaire d'application de l'art. L 461-6 du CSS	La DRT proposera des modalités d'application de l'article L.461-6, compte tenu des moyens dont les MIRTMO disposent.
Suppression de l'enquête légale	Oui	Ordonnance du 15 avril 2004. La COG prévoit la prise des textes réglementaires avant la fin du 1 ^{er} trimestre 2005	Textes réglementaires soumis au Conseil d'État en mai 2005

Le point commun à la plupart de ces mesures est, on le voit, de n'avoir pu encore produire d'effets sensibles, ni sur la santé au travail, ni sur les pratiques de déclaration, ni même, pour ce qui concerne spécifiquement la présente Commission, sur la mesure de la sous-déclaration et de son coût. Dans ce dernier domaine, on notera en particulier que ce n'est qu'à partir de la fin de 2005 qu'on pourra bénéficier des améliorations normalement induites par la COG AT-MP.

On remarquera d'autre part que dans cet ensemble très diversifié de mesures, celles qui pourraient viser le corps médical (notamment les médecins traitants), sa prise de conscience des enjeux de santé publique attachés à la détermination de l'origine des pathologies, l'effectivité de son action en la matière, etc...ne sont pas spécialement développées. C'est a priori un point faible.

En tout état de cause, pour utiles et nécessaires qu'elles aient été, ces mesures ne sont pas forcément à la hauteur des facteurs lourds de permanence de la sous-déclaration, facteurs qu'il convient d'évoquer à présent, après avoir signalé les évolutions jurisprudentielles qui ont elles aussi modifié le contexte.

1-3 - La jurisprudence

Quelques décisions de justice intervenues dans le secteur des AT/MP auront notamment un impact sur la réparation. Peuvent être citées :

- une décision de la Cour de Cassation du 19 décembre 2002 concernant la reconnaissance d'une maladie professionnelle à caractère multi-factoriel dans le cadre du système complémentaire par laquelle la Cour a considéré que dès lors que le Comité régional de reconnaissance des maladies professionnelles de Nancy a estimé que l'intéressé avait été exposé de manière constante et habituelle au bichromate de potassium à l'occasion de ses fonctions et qu'il présentait également des antécédents d'intoxication tabagique de sorte que sa maladie avait une origine multi-factorielle, la Cour d'appel, sans remettre en cause l'avis du comité régional, a pu en déduire que la maladie a été causée directement par son travail habituel. Il ressort donc de cet arrêt que les co-facteurs ne peuvent écarter la qualification de maladie professionnelle dès lors que le travailleur a été exposé de manière constante et habituelle au risque dans le cadre de son travail ;

- une décision du 1^{er} juillet 2003 de la chambre sociale de la Cour de Cassation qui a confirmé un arrêt rendu par la cour d'appel de Bordeaux du 21 mars 2002, qui avait jugé qu'une dépression nerveuse, apparue soudainement deux jours après un entretien d'évaluation au cours duquel avait été notifié à l'intéressé un changement d'affection, et consécutive, selon l'expertise médicale technique, à cet entretien devait être considérée comme un accident de travail. Cette décision élargit la notion d'accident de travail, qui n'apparaît plus comme étant constitutif uniquement de lésions corporelles mais comme pouvant relever également de troubles psycho-sociaux ;

- la décision du Conseil d'Etat du 4 mars 2004 qui a considéré que l'Etat avait commis une faute de nature à engager sa responsabilité en ne prenant pas les mesures adéquates, compte tenu des données scientifiques alors disponibles, pour prévenir les risques courus par les travailleurs exposés à des produits contenant de l'amiante ;

- plusieurs arrêts rendus en 2002 par la Cour de Cassation, qui ont redéfini la notion de faute inexcusable de l'employeur : dans une série d'arrêts du 28 février 2002, la Cour estime qu'en vertu du contrat de travail le liant à son salarié, l'employeur est tenu envers lui à une obligation de sécurité qui est une obligation de résultat tant pour les maladies professionnelles (arrêts du 28 février 2002) que pour les accidents du travail (arrêts des 11 et 23 mai 2002). Le nouveau critère retenu est celui de la connaissance qu'avait ou aurait dû avoir l'employeur du danger et l'absence de mise en œuvre de mesures nécessaires à la protection du salarié.

2- Les principales causes de la sous-déclaration des AT/MP

La commission ne peut que constater que, malgré les améliorations intervenues, le phénomène de sous-déclaration demeure et que son estimation n'a pas gagné en facilité. Elle s'est attachée à en examiner les causes, compte tenu des données nouvelles disponibles.

2-1- Pour les maladies professionnelles

Les causes principales de sous-déclaration des maladies professionnelles résident dans des facteurs tenant aux malades et aux médecins et dans la rigidité du dispositif actuel de reconnaissance de ces maladies.

2-1-1- Raisons tenant aux malades et aux médecins

a) Le malade

* *La déclaration de la maladie professionnelle à la caisse de sécurité sociale incombe à la victime. Cette dernière peut ne pas souhaiter déclarer sa maladie par crainte notamment de perdre son emploi ou de rencontrer par la suite des difficultés ou des conflits dans son travail (contestation par ex. par l'employeur du lien de la maladie avec le travail) ou de voir son revenu diminuer ou en raison de pressions exercées par l'employeur.*

Le fait n'est pas nouveau, mais il connaît un regain d'actualité. De tels comportements ont en effet d'autant plus de chances de se rencontrer que le marché de l'emploi est plus tendu, d'une part, et que, d'autre part, le statut des salariés est plus marqué par la précarité ou moins durablement lié à un employeur déterminé. Le premier point est d'expérience courante, par exemple, auprès des CPAM ayant des entreprises industrielles dans leur ressort, du moins pour les industries susceptibles de connaître des fermetures et des délocalisations (la commission a incidemment eu connaissance de cas où des délocalisations avaient eu tendance à aggraver la sous-déclaration tant qu'elles étaient perçues comme une menace, puis à jouer dans le sens contraire après qu'elles étaient confirmées. Mais il serait surprenant que les deux mouvements s'équilibrent globalement).

D'autre part, dans un même secteur productif et à conjoncture égale, les caractéristiques de l'emploi peuvent également agir sur les pratiques de déclaration et ainsi accroître les inégalités. Le développement du travail temporaire ou, plus généralement, des emplois à brève durée de séjour sur un même site ou a fortiori dans une même entreprise est un obstacle au jeu normal des mécanismes de déclaration (et plus évidemment encore à la traçabilité et à la reconnaissance). Dans les cas où il touche des populations dont l'intégration culturelle est imparfaite – et il les touche souvent – on peut aboutir de facto à des situations où les victimes ne se connaissent ou ne se reconnaissent même pas comme investies de droits ; la sous-déclaration est alors massive.

Malheureusement, les faits semblent vouloir donner raison aux abstentionnistes. En effet, si la personne est déclarée inapte à reprendre son ancien emploi, elle peut rencontrer des difficultés de reclassement ou se voir licenciée. Des études menées sur le devenir socio-professionnel des victimes montrent les difficultés auxquelles elles se heurtent pour retrouver un emploi (la précédente commission citait une enquête du professeur Ameille faisant apparaître que 60 % des salariés victimes d'un asthme professionnel se retrouvaient sans emploi).

Au demeurant, la mise en invalidité est dans certains cas plus avantageuse financièrement que l'indemnisation dans le cadre des AT/MP (notamment pour les cas d'IPP les plus faibles).

Rappel du dispositif actuel de reconnaissance des AT/MP

1- Pour les accidents du travail

L'article L 411-1 du CSS prévoit qu' "est considéré comme accident du travail, quelle qu'en soit la cause, l'accident survenu par le fait ou à l'occasion du travail à toute personne salariée ou travaillant à quelque titre ou en quelque lieu que ce soit, pour un ou plusieurs employeurs ou chefs d'entreprise".

2- Pour les maladies professionnelles

2-1- Aux termes de l'art. L 461-1 du CSS "est présumée d'origine professionnelle toute maladie désignée dans un tableau de maladies professionnelles et contractée dans les conditions mentionnées à ce tableau".

Les tableaux sont créés et modifiés par décret en Conseil d'Etat, après avis du Conseil Supérieur de la Prévention des Risques Professionnels.

Chaque tableau comporte :

- les symptômes ou lésions pathologiques que doit présenter le malade ;
- le délai de prise en charge (délai maximal entre la cessation d'exposition au risque et la 1^{ère} constatation médicale de la maladie) ;
- la liste des travaux susceptibles de provoquer l'affection en cause (elle peut être limitative ou indicative) ;
- une durée minimale d'exposition au risque peut figurer dans certains tableaux.

La pathologie est présumée d'origine professionnelle dès lors que les conditions des tableaux sont remplies et ce sans qu'il soit nécessaire d'en établir la preuve. La victime, pour être indemnisée, doit faire une demande de reconnaissance de maladie professionnelle auprès de sa caisse d'assurance maladie.

2-2- Si la victime ne répond pas aux conditions des tableaux, elle peut prétendre à une indemnisation dans le cadre du dispositif de reconnaissance complémentaire à la condition qu'elle apporte la preuve d'un lien direct et essentiel entre son travail et la maladie (pas de présomption d'origine professionnelle dans ce cas) et qu'elle présente un taux d'IPP d'au moins 25 %.

** Une autre raison avancée réside dans les difficultés du processus de déclaration de la maladie, décrit par certains médecins ou associations comme un « parcours du combattant » qui peut décourager certaines victimes notamment lorsqu'elles sont issues de milieux défavorisés.*

L'étude réalisée dans la Seine-Saint-Denis parue en décembre 2004 (Dispositif permanent de suivi des cancers d'origine professionnelle en Seine-Saint-Denis) souligne les difficultés que rencontrent les malades et leur famille dans l'accès aux droits de la réparation des cancers professionnels et ce en dépit du suivi effectué par l'équipe Scop93. Elle précise ainsi que la sous-déclaration avérée se confirme comme un phénomène structurel lié (hors les cas de décès précoce) à la difficulté pour les patients et leur famille de comprendre la procédure de reconnaissance en MP et d'engager les démarches.

Cette situation serait due, selon les auteurs de l'étude, à une absence structurelle d'information sur les risques professionnels dans le milieu de travail. Ils notent ainsi que "*la déclaration d'un cancer en maladie professionnelle semble demeurer aujourd'hui un acte militant ou, du moins, être réservée aux personnes qui se sentent en mesure d'entreprendre la procédure, en sachant rechercher l'information sur ses modalités auprès des médecins, des organisations syndicales et des associations ou des services de l'assurance maladie. La distance culturelle entre les patients recrutés dans Scop93 et les institutions rend difficiles voire impossibles de telles démarches pour une majorité de patients*".

L'étude souligne qu'une aide active à la déclaration nécessiterait d'être instaurée et qu'elle pourrait être notamment assumée par la CPAM dès lors que celle-ci détient l'information sur le cancer.

b) Les médecins : difficulté de faire le lien entre le travail et la maladie et formation insuffisante aux maladies professionnelles

* *Le généraliste est souvent le premier praticien à constater une possible pathologie liée au travail. La difficulté, pour lui, est de faire le lien entre celle-ci et l'activité professionnelle du patient qui lui-même n'établit souvent aucune relation entre ses problèmes de santé et son travail. Tout d'abord, l'état de la science ne permet pas, à ce jour, de détecter tous les liens qui peuvent exister entre certaines pathologies et les conditions de travail. Mais même dans les autres cas, la démarche volontaire qui devrait être celle des praticiens ne va manifestement pas de soi.*

Le médecin, pour établir un diagnostic, doit interroger le patient sur les conditions d'exercice de son travail, sur les produits éventuellement manipulés, sur la dépense physique exigée, etc... Le diagnostic, puis l'élaboration du certificat médical initial (CMI) s'il parvient à établir un lien entre la maladie et le travail peuvent donc demander du temps au médecin qui, de ce fait, peut ne pas rechercher systématiquement une cause professionnelle à des pathologies, notamment lorsqu'elles sont bénignes.

* *L'insuffisante formation des médecins aux pathologies professionnelles a été également mise en avant parmi les causes de sous-déclaration des MP (facteur mentionné par l'ensemble des commissions). Ainsi, comme le souligne un article paru dans "Le bulletin de l'ordre des médecins" de décembre 2001, le champ des maladies professionnelles est vaste et il ne cesse de se transformer avec l'évolution des techniques ; la formation notamment des généralistes en médecine du travail est insuffisante, ils ignorent largement la réglementation des AT/MP ainsi que les tableaux des MP. Les CMI établis par les médecins peuvent être très lacunaires et nécessiter des expertises complémentaires par la CPAM. Certaines caisses (ex. CPAM de Grenoble) organisent du reste des actions de formation par les médecins-conseils en direction des médecins libéraux, mais la pratique est encore marginale.*

Par ailleurs, certaines pathologies telles que les cancers peuvent avoir des temps de latence très longs (10 à 50 ans) et se déclarer alors que les personnes sont à la retraite. Cela impose de reconstituer le parcours professionnel pour repérer l'exposition à des cancérogènes professionnels. En pratique clinique, cela s'avère dans les faits extrêmement difficile, et d'autant plus si la personne a occupé plusieurs emplois ¹.

¹ Des outils sont nécessaires, pour aider les cliniciens dans ce repérage. Pour les cancers broncho-pulmonaires, la Société de Pneumologie de Langue Française et la Société Française de Médecine du Travail ont élaboré un questionnaire, publié pour la première fois en 2002, et qui est actuellement largement utilisé par les professionnels concernés du fait de son ample diffusion. La SPLF œuvre également pour remédier à la sous-déclaration des pathologies pulmonaires d'origine professionnelle.

Plus généralement, la question souffre probablement d'une insuffisante prise de conscience du lien qui existe entre détection de l'origine professionnelle des pathologies et santé publique. Hors cette prise de conscience, il est illusoire de penser que les médecins traitants, déjà sollicités à des titres divers par la collectivité, se plieront en grand nombre à la discipline contraignante que suppose la bonne marche du dispositif de prise en charge des maladies professionnelles.

** Les insuffisantes relations entre les médecins traitants, les médecins des caisses et les médecins du travail et les problèmes d'éthiques rencontrés*

- Le médecin traitant, pour établir son diagnostic, peut avoir besoin d'informations plus précises notamment sur les produits manipulés ou sur le poste de travail lorsque le patient ne lui fournit pas suffisamment d'éléments à ce sujet. Ces renseignements peuvent être fournis par le médecin du travail (notamment quand la personne est encore en activité) plus apte à établir un lien de cause à effet puisque son rôle consiste à conseiller le chef d'entreprise dans ses actions de prévention des risques professionnels. Mais le médecin traitant ne peut demander ces renseignements au médecin du travail que s'il a l'accord du patient et ce, pour des raisons déontologiques. Il est fréquent que celui-ci ne souhaite pas déclarer sa maladie.

Il ressort par ailleurs d'un sondage IFOP- RSS effectué par Le Quotidien du Médecin (22 juin 2004) que 52 % des médecins généralistes déclarent n'avoir jamais ou rarement de relations avec le médecin du travail; seuls 6 % indiquaient avoir souvent des relations avec eux. L'article indique par ailleurs que le médecin généraliste peut conseiller au patient de consulter son médecin du travail, plus apte à établir un lien de cause à effet, mais le patient peut être réticent à consulter le médecin du travail, notamment parce qu'il craint les suites pour son emploi.

- Les relations des médecins-conseils des CPAM et des CPAM elles-mêmes avec les médecins du travail sont très inégales d'une caisse à l'autre. Elles peuvent être quasi-inexistantes. Certaines CPAM n'obtiennent même pas de réponse aux questionnaires qu'elles adressent aux médecins du travail pour l'instruction des dossiers.

L'insuffisance des liens entre les médecins traitants, les médecins-conseils des caisses et les médecins du travail, dans le dispositif de déclaration des MP, déjà soulignée par les précédentes commissions se confirme (cf notamment une étude récente de P. BILGER, O. BADOUIN, P.BONNET (...) " Cancers professionnels : peut-on en améliorer le repérage et la déclaration à partir des données médicalisées de l'assurance maladie?" -Revue Médicale de l'Assurance Maladie" octobre-décembre 2004 et "Quotidien du Médecin"-22 juin 2004 "Le médecin traitant doit alerter le médecin du travail").

2-1-2- Difficultés tenant à la réglementation actuelle

a) Les tableaux de maladies professionnelles

Les tableaux de maladies professionnelles peuvent ne pas tenir compte de l'état des connaissances médicales. C'est le cas notamment du tableau 57, qui apparaît inadapté aux pratiques cliniques actuelles et des tableaux relatifs aux pathologies engendrées par des substances cancérigènes (voir ci-dessous et 2^{ème} partie, point 2-1-2 a).

- *Problèmes posés par le tableau 57*

Le nombre des troubles musculo-squelettiques liés à la pathologie professionnelle, est en augmentation forte parfois exponentielle. Pourtant, il est probablement sous-estimé. Ceci est dû en grande partie aux conditions de travail modernes. De plus en plus les salariés sont soumis à des rythmes « machines » en lieu et place des rythmes « humains » dans un passé encore proche. Ceci occasionne des stress psychologiques et physiques qui se répercutent sur les membres supérieurs. D'une part, les mouvements de manutention modernes (rotation, flexion et préhension répétées avec des charges cumulées élevées, jusqu'à une tonne par heure...) expliquent en grande partie ce phénomène. D'autre part, les conditions physiopathogéniques mettent le membre supérieur dans des conditions de souffrance. En particulier, les mouvements avec le bras élevé, très souvent rencontrés dans l'industrie, s'accompagnent d'une fermeture des différents défilés du passage cervico-thoraco-brachial (muscles scaléniques, pince costo-claviculaire), entraînant une stase vasculaire et notamment veineuse et un travail en ischémie.

Le tableau 57 dans son état actuel, reflète très mal tout cela. Les présentations cliniques sont particulièrement insuffisantes. Le cas de l'épaule est particulièrement déficient puisque les tableaux cliniques sont actuellement obsolètes et en désaccord complet avec l'évaluation moderne des classifications acceptées et recommandées par les sociétés savantes. Par ailleurs, les moyens d'exploration de ces structures péri-articulaires se sont multipliés, permettant une approche de bien meilleure qualité : l'échographie (exploration des tendons, que ce soit à l'épaule ou au coude, mais aussi du canal carpien), le scanner et l'arthroscanner (l'épaule), l'IRM pour toutes les structures péri-articulaires et à terme l'IRM dédiée. Le tableau 57 n'en tient pas suffisamment compte.

Par ailleurs les cervicalgies engendrées notamment par le travail sur écran ne sont pas prises en compte dans ces tableaux.

- *Le nombre restreint de cancérogènes figurant dans les tableaux des maladies professionnelles*

Les tableaux des MP reconnaissent seulement 18 produits comme cancérogènes alors que beaucoup d'autres sont identifiés comme cancérogènes par le centre international de recherche sur les cancers (CIRC), organisme dépendant de l'OMS.

Plusieurs études ont signalé l'existence de cet écart (cf 2^{ème} partie -point 2-1-2 a).

Les victimes peuvent certes être indemnisées, pour leur maladie, dans le cadre du dispositif complémentaire mais il leur appartient, dans ce cas, d'apporter la preuve du lien entre la maladie et la profession ce qui peut s'avérer difficile dans certains cas et les exclure de toute reconnaissance (cf l'étude conduite en Seine-Saint-Denis).

- *Les tableaux ne prennent pas en compte les cas de poly-exposition*

Les modalités d'indemnisation des tableaux correspondent à des mono-expositions continues et de longue durée. La construction de ces tableaux tend à devenir obsolète, compte tenu des transformations du monde du travail. Ils ne sont pas adaptés à des personnes ayant des parcours professionnels marqués par l'intermittence d'emplois et d'expositions. Des victimes peuvent de ce fait se trouver exclues de toute indemnisation, y compris dans le cadre du système complémentaire.

- *Les causes multi-factorielles*

Le lien entre une maladie et le travail peut être difficile à établir, la maladie peut avoir des causes multi-factorielles et résulter d'une interaction entre des causes professionnelles et extra-professionnelles (tabagisme, alcool). Ainsi comme l'indiquent, à propos des cancers, les professeurs J.C. Paireon et C. de Clavière, dans un article intitulé : "principaux cancérogènes et épidémiologie des cancers professionnels" ("Revue du Praticien" du 15 octobre 2004), si un lien fort peut être établi entre la pathologie et le travail pour le mésothéliome dû à l'exposition à l'amiante et l'adénocarcinome de l'ethmoïde dû à l'exposition aux poussières de bois, la corrélation s'avère plus difficile à établir pour des cancers pulmonaires, des tumeurs de la vessie, des leucémies et des tumeurs cutanées.

Certains pays ont résolu ces problèmes de causes multi-factorielles en fixant des seuils attribuables aux facteurs professionnels dans la maladie.

b) Difficultés de reconstitution des parcours professionnels : le problème du suivi post-professionnel

Pour les personnes dont la maladie se déclare plusieurs années après l'exposition, la reconstitution de la carrière peut être extrêmement difficile à effectuer notamment lorsque la personne a occupé plusieurs emplois. Les difficultés de reconstitution du parcours professionnel peuvent entraîner la non-reconnaissance de la maladie.

L'instauration d'un suivi post-professionnel apparaît important à certains car il permet de faire le lien entre une exposition à un risque et une pathologie pouvant survenir. Il contribue par ailleurs à apporter des éléments statistiques et épidémiologiques à des fins de prévention des MP.

** Ce suivi n'est actuellement pas systématique, il résulte d'une démarche volontaire de l'intéressé :*

- l'article D 461-23 du CSS prévoit que la personne qui cesse d'être exposée à un risque susceptible d'entraîner une affection mentionnée aux tableaux N° 25, 44, 91 et 94 bénéficie sur sa demande, d'une surveillance médicale post-professionnelle tous les 5 ans. Il précise par ailleurs que la CPAM peut proposer aux travailleurs qui ont été exposés aux risques de les soumettre à cette surveillance ;

- l'article D 461-25 du CSS prévoit que la personne, qui au cours de son activité salariée, a été exposée à des agents cancérogènes figurant dans les tableaux de MP ou au sens de l'article R 231-56 du code du travail peut demander, si elle est inactive, demandeur d'emploi ou retraitée, à bénéficier d'une surveillance médicale post-professionnelle prise en charge par la CPAM sur production par l'intéressé d'une attestation remplie par l'employeur et le médecin du travail. Lorsque l'intéressé se trouve dans l'impossibilité d'obtenir une attestation d'exposition de la part de l'employeur, la CPAM doit faire procéder à une enquête.

La Cour des Comptes dans son rapport de 2002 sur la gestion du risque AT/MP notait la mise en pratique très réduite de ce suivi post-professionnel. Un sondage réalisé par la Commission auprès de CPAM montre que les suivis professionnels tendent en pratique à concerner essentiellement des personnes atteintes de pathologies liées à l'amiante.

* Une expérience, mise en place par la DRT et la branche AT/MP de la CNAMTS, est actuellement conduite dans 3 régions (Rhône-Alpes, Haute et Basse Normandie et Aquitaine) sur le suivi post-professionnel des personnes retraitées ou inactives ayant été exposées à l'amiante. Une évaluation de l'expérimentation devrait être réalisée au second semestre 2005.

Il ressort du bilan intermédiaire fait en décembre 2004 que :

- pour la région Aquitaine : 1023 questionnaires ont été adressés aux assurés par les CPAM, 602 questionnaires ont été retournés aux CPAM - 440 accords de prise en charge ont été délivrés - aucune MP n'a été déclarée ;

- pour les régions de Haute et de Basse Normandie : 5307 questionnaires ont été adressés aux assurés, 3253 questionnaires ont été retournés aux caisses - 149 CMI ont été établis;

- pour la région Rhône-Alpes : 33 444 personnes ont été contactées - 9175 questionnaires ont été retournés - 60 MP ont été déclarées.

* L'InVS conduit actuellement deux projets : l'un dit « *SPIRALE* » concerne le suivi post-professionnel individuel de retraités du régime général et de chômeurs qui ont été exposés à des cancérrogènes, le second « *ESPrI* » porte sur les travailleurs indépendants (en priorité artisans) exposés à des nuisances professionnelles (amiante en priorité).

* Les attestations d'exposition aux agents cancérigènes, mutagènes ou toxiques pour la reproduction que l'employeur doit remettre au travailleur à son départ de l'établissement sont en fait rarement remises.

2-1-3- La sous-imputation des dépenses hospitalières

Les précédentes commissions avaient mis en exergue une sous-imputation des dépenses hospitalières en raison notamment du mécanisme de financement des hôpitaux par dotation globale.

L'instauration de la tarification à l'activité devrait pallier ces inconvénients ou les réduire puisqu'une facture est établie par patient tenant compte des soins subis et qui mentionne si ceux-ci concernent un AT /MP.

**Liaisons caisses d'assurance maladie /établissements de santé
pour la prise en charge des accidents du travail
et des maladies professionnelles**

Deux cas doivent être distingués, selon que la victime est déjà prise en charge ou non, pour sa maladie, au titre des AT/MP.

1- La victime est déjà prise en charge pour sa maladie au titre des AT/MP

Le patient doit présenter à tous les échelons (urgence, consultation externe, hospitalisation) la feuille de soins spécifique aux AT/MP pour la prise en charge totale de ses soins.

1-1- En cas d'hospitalisation :

La carte VITALE et une pièce d'identité peuvent être utilisées (article R 174-4 du code de la sécurité sociale) pour recueillir les informations relatives aux coordonnées de la personne (nom, prénom, adresse, N° de SS) mais pas pour la prise en charge des soins compte tenu de la spécificité existant pour les AT/MP (prise en charge totale des soins et non pas simple exonération du ticket modérateur).

Lors de l'admission, dans le respect des dispositions de l'article R 174-4 du CSS, le service "admission" de l'hôpital enregistre le séjour en tant qu'AT/MP. Il recueille également les coordonnées de l'employeur.

Il demande électroniquement à la CPAM de confirmer la prise en charge des soins au titre des AT/MP (*imprimé SP4 informatisé*).

Le service de l'hôpital attend la réponse de la caisse quant à la prise en charge des soins au titre des AT/MP.

Si la caisse n'a pas répondu à la demande de prise en charge de l'hôpital dans les 56 jours, l'accord est considéré comme tacite mais dans ce cas les soins sont imputés au risque maladie (dans les faits, les services de l'hôpital attendent la réponse de la caisse pour éviter des contestations et régularisations ultérieures).

- **Etablissements publics de santé et établissements de santé privés mentionnés au b) et c) de l'article L 162-22-6 du CSS** (établissements de santé privés à but non lucratif admis à participer au service public hospitalier ou ayant opté pour la dotation globale de fonctionnement)

Dès réception de la demande de prise en charge par les services de l'hôpital la caisse de SS vérifie le dossier de l'assuré notamment les dates et N° du risque.

Si la caisse confirme la prise en charge au titre du risque AT/MP, l'hôpital enregistre le séjour à ce titre - il est ensuite traité dans le cadre de la chaîne, soit de facturation de la tarification à l'activité si le traitement du patient relève de la médecine, chirurgie, obstétrique ou odontologie, soit de la dotation annuelle de financement pour les activités (psychiatrie ou soins de suite ou réadaptation) qui relèvent de ce mode de financement.

Un traitement informatique mensuel, au niveau de la caisse pivot, édite et exploite les rejets qui sont retransmis aux CPAM. Ces dernières les vérifient pour savoir s'il convient ou non de les imputer au risque AT/MP -Elles informent l'hôpital des corrections éventuelles.

- **Etablissements de santé privés mentionnés au d) de l'article L 162-22-6 du CSS** (autres que ceux mentionnés aux b) et c) de ce même article)

L'établissement privé établit une facture qui est transmise électroniquement à la caisse (un double document papier est établi). Chaque caisse gestionnaire traite les factures.

Figurent sur la facture notamment les dates, N° du risque. La facture est vérifiée par la caisse.

Ces factures font l'objet d'un traitement informatique. Les rejets sont exploités et vérifiés. Un courrier est adressé à l'établissement pour l'informer de la prise en charge ou non de la facture.

Une décision d'ordonnancement est prise aux fins de règlement de l'établissement privé dès lors que la facture ne présente pas d'anomalie.

1-2- Consultations externes ou aux urgences

Le malade doit présenter la feuille de soins spécifique aux AT/MP. Les services de l'hôpital ne font pas de demande de prise en charge dans ce cas (art. R 174-4 du CSS) Les services de l'hôpital enregistre informatiquement et facture à la caisse pivot (en 2005, la consultation fait partie des consultations valorisées par l'ARH en application de l'art. 33 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004) la consultation en tant

que risque professionnel.

Si la personne ne présente pas la feuille de soins spécifique aux AT/MP et qu'elle indique à l'hôpital que la consultation est faite par suite d'un AT/MP, l'hôpital met le dossier en instance aux fins de régularisation.

- **Etablissements publics de santé et établissements de santé privés mentionnés au b) et c) de l'article L 162-22-6 du CSS**

Les données enregistrées par l'hôpital sont intégrées dans le traitement de la chaîne selon le cas, de facturation à l'activité ou de la dotation annuelle de financement.

Un traitement informatique permet, comme précédemment, une édition des rejets que les caisses vérifient. Elles informent les services hospitaliers des rectifications éventuelles.

- **Etablissements de santé privés mentionnés au d) de l'article L 162-22-6 du CSS**

Les factures sont, comme pour les hospitalisations, transmises électroniquement (les mêmes procédures s'appliquent que pour les hospitalisations - vérification, rejet et règlement).

2- La personne ne bénéficie pas d'une prise en charge au titre des AT/MP

Si la personne arrive aux urgences (accident du travail grave par ex.), l'accident est renseigné en tant qu'AT si la victime le signale aux services des urgences.

Si son état nécessite une hospitalisation, les services de l'hôpital demandent à la caisse de SS de confirmer la prise en charge au titre des AT/MP (comme précédemment)- les mêmes circuits s'appliquent qu'au 1-1.

Pour les consultations externes et aux urgences, si la personne ne présente pas de feuille de soins spécifique aux AT/MP et si elle n'indique pas que la consultation est faite dans le cadre d'un AT ou d'une MP, l'hôpital ne peut pas savoir qu'il s'agit d'un AT/MP, les soins ne sont donc pas enregistrés en tant que tels.

2-1-4- L'existence de disparités régionales dans les déclarations des MP

Les précédentes commissions notaient l'existence de disparités régionales dans la reconnaissance des MP, disparités qui étaient moins un problème en soi que l'indice d'une sous-reconnaissance dans un certain nombre de caisses une fois faite la part des facteurs locaux objectifs. Un groupe de travail est en cours à la CNAMTS sur ce sujet. Pour l'instant la commission ne dispose d'aucune donnée nouvelle lui permettant d'assurer que les disparités se sont réduites et que les politiques locales de reconnaissance se sont normalisées.

Il est en outre précisé que la charte des AT/MP (guide pour les gestionnaires) a été revue en février 2001 par la CNAMTS de manière à permettre aux CPAM d'appliquer les mêmes règles dans le traitement des dossiers et ainsi d'harmoniser les pratiques des caisses.

2-2- La sous-déclaration des accidents de travail

Le phénomène de sous-déclaration des AT est difficile à appréhender et à mesurer. Les deux premières commissions ne disposaient quasiment d'aucune donnée sur le sujet.

La précédente commission s'était fondée pour effectuer un chiffrage sur des éléments ressortant de l'enquête "conditions de travail" de la DARES

La nouvelle enquête "conditions de travail" de la DARES ne sera disponible qu'en 2006. Dans cette attente, il serait imprudent d'avancer que la sous-déclaration du fait des employeurs a pu

évoluer, et a fortiori d'en tirer des conclusions nouvelles sur ses motivations.

2^{ème} partie :

Éléments d'appréciation sur la sous-déclaration des principales maladies professionnelles et des accidents du travail

La disposition législative qui fonde le présent exercice d'évaluation vise « le coût réel pour la branche maladie de la sous-déclaration des accidents du travail et des maladies professionnelles ».

Ce texte peut recevoir deux lectures différentes, au moins en ce qui concerne les maladies. Par « coût réel » on peut entendre le coût pour la branche maladie de la prise en charge de pathologies qui, si elles avaient été déclarées en tant que professionnelles, auraient été reconnues comme telles en application des textes et tableaux actuels et prises en charge par la branche AT-MP. Mais on peut aussi l'entendre comme le coût pour la branche maladie des pathologies d'origine professionnelle ou dont l'origine professionnelle est plausible. La différence entre les deux notions est importante, bien qu'évidemment non mesurée, c'est celle qui sépare l'ensemble des pathologies d'origine professionnelle du sous-ensemble des pathologies qui figurent aux tableaux (et, très subsidiairement, de celles qui peuvent être reconnues dans le cadre du système complémentaire).

La première lecture a pour elle d'avoir été retenue lors des travaux des commissions antérieures ; le souci d'homogénéité et de continuité impose donc de poursuivre dans cette voie. D'autre part, elle aboutit plus facilement que l'autre à un chiffrage, ne serait ce que parce qu'elle s'appuie sur une liste limitative de pathologies.

Il ne faut cependant pas se leurrer sur la portée exacte de ce chiffrage, dont on verra que pour être le seul accessible, il n'en est pas moins nécessairement lacunaire et tributaire d'une information encore sporadique. Surtout, il a paru à la commission qu'il n'était plus possible aujourd'hui, sous peine d'un déni désormais peu défendable d'une réalité largement médiatisée, de ne pas explorer également la seconde voie. Que le chiffrage du coût réel ait été à l'évidence hors de portée ne justifiait pas qu'on néglige l'occasion de réunir les éléments d'information susceptibles d'éclairer la question et d'ouvrir les pistes de recherche pour les années à venir. Cela, dans l'intérêt du système de sécurité sociale, ou du moins de sa cohérence, mais aussi et surtout de la santé publique.

C'est pourquoi la suite du rapport s'efforcera de mener de front les deux démarches, pathologie par pathologie : d'une part chiffrer le coût de la sous-déclaration dans le cadre du dispositif actuel, comme l'avaient fait les commissions précédentes, pour aboutir au chiffre ou à la fourchette qui nourrira la préparation de la loi de financement de la sécurité sociale ; d'autre part donner les éléments d'appréciation disponibles sur les pathologies dont l'origine professionnelle est plausible.

La première démarche pourra prendre en compte une liste de pathologies un peu plus fournie qu'en 2002, grâce à quelques rares avancées épidémiologiques. La seconde aura naturellement un champ plus large encore, puisqu'elle abordera des pathologies qui ne sont pas reconnues par les tableaux des maladies professionnelles ; elle pourra également apporter des éléments de discussion nouveaux sur des pathologies reconnues. Dans quelques cas, elle pourra donner des esquisses de chiffrage ; dans d'autres, elle se limitera à des indications de tendance ou à des éléments qualitatifs. Il faut souhaiter que ces limites soient provisoires.

1- L'appareil statistique

La commission a mené un travail d'information sur l'ensemble des données mobilisables utiles à la connaissance et à l'évaluation financière de la sous-déclaration AT/MP : pour l'essentiel, données sur les coûts des pathologies et données épidémiologiques permettant d'évaluer le nombre de pathologies d'origine professionnelle, le produit des deux devant donner une idée du coût des non-déclarations. Dans ce but, elle s'est rapprochée notamment de la Direction des Risques Professionnels, de la Direction des Statistiques et des Etudes et de la Direction du Service Médical de la CNAMTS, de l'Institut de Veille Sanitaire (InVS), de l'Institut de Recherche et de Documentation en Economie de la Santé (IRDES), de l'Institut National du Cancer, de la Direction de l'Animation, de la Recherche, des Etudes et des Statistiques (DARES) et de la Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins (DHOS).

Il résulte de cet état des lieux qu'hors les premiers résultats des travaux initiés par l'InVS notamment sur les cancers professionnels et les TMS, et des premières évaluations de coûts longitudinaux pour certaines pathologies de la Direction des risques professionnels de la CNAM (voir partie 3), l'information disponible a peu évolué comparativement à celle dont disposait la précédente commission, il y a trois ans. Néanmoins, un certain nombre de progrès sont à attendre pour les prochaines années s'agissant notamment de l'information sur le coût des pathologies, qui devrait sensiblement s'enrichir grâce aux nouvelles bases de données de l'assurance maladie.

1-1- Une carence d'information sur le coût moyen des pathologies, qui devrait se réduire à court et moyen terme

1-1-1- Les données sur le coût des pathologies restent aujourd'hui très insuffisantes

Il n'existe pas actuellement en France de base de données regroupant des coûts par pathologie mesurés sur la durée totale de la maladie (coût longitudinal) et associant dépenses de ville et dépenses à l'hôpital.

Les sources de données associant des consommations de soins à des éléments de diagnostic sont disponibles, mais elles sont très peu nombreuses. C'est le constat que fait d'ailleurs l'IRDES dans sa tentative de construire des comptes de la santé par pathologie, qui fait référence aux « carences des sources de données »² en la matière.

Les trois principales sources de données administratives que la commission a pu recenser sont :

- Les statistiques annuelles de la Direction des Risques Professionnels de la CNAMTS, qui présentent des coûts annuels³ par regroupement de maladies professionnelles (tableaux de maladies professionnelles) : ces statistiques sont issues des bases de données servant à la tarification des entreprises pour le risque AT/MP ;

² Voir la publication de l'IRDES (anciennement CREDES), Questions d'économie de la santé, n°56 – septembre 2002, encadré 3.

³ Remboursements de soins au titre du risque AT/MP pour les accidents du travail et les maladies professionnelles, pour lesquels la branche a versé des prestations sur l'année (quelle que soit la date de survenance du sinistre).

- Le PMSI (Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information) pour les dépenses hospitalières ;
- Les bases de données de la direction du service médical de la CNAMTS sur les assurés du régime général admis en ALD (affection de longue durée)⁴.

a) Les statistiques sur les maladies professionnelles de la CNAMTS

La direction des risques professionnels de la CNAMTS dispose d'informations de dénombrement et de coût annuel à un niveau relativement fin : le syndrome ou la maladie inscrite dans les tableaux de maladies professionnelles. Néanmoins, les données relatives aux coûts de prise en charge par la branche présentent un certain nombre de limites pour évaluer un coût moyen par pathologie (voir encadré 1).

Encadré 1 - Les statistiques sur les Maladies Professionnelles (MP) communiquées par la CNAMTS

Les maladies professionnelles reconnues par la branche AT/MP du régime général sont regroupées par tableaux, chaque tableau étant constitué de plusieurs syndromes ou maladies. Pour chaque syndrome, deux catégories de données ont été demandées à la CNAMTS :

- Le nombre de cas reconnus chaque année ;
- Le coût moyen de prise en charge par la branche AT/MP sur le champ ONDAM (soins de ville et dépenses hospitalières).

Les sources d'information utilisée par la CNAMTS pour extraire ces données sont de deux ordres :

- Les statistiques technologiques et financières des accidents du travail, du trajet et des maladies professionnelles (données annuelles), qui dénombrent les accidents et maladies professionnelles sur la base de la date à laquelle a été effectué le premier règlement d'une prestation en espèces. Ces statistiques sont établies au niveau de chacune des 16 CRAM et 4 CGSS, à partir des données nécessaires au calcul des taux de cotisation AT/MP, dont un certain nombre de données sur les caractéristiques des maladies et les prestations versées, qui sont fournies par les caisses primaires.
- Les statistiques trimestrielles d'accidents du travail, trajet, maladies professionnelles, qui dénombrent les accidents et maladies en fonction de la date de survenance.

Plusieurs informations ont été extraites de ces statistiques, pour chacun des syndromes de maladies professionnelles :

- Le nombre de maladies déclarées, constatées, reconnues sur l'année (source : Statistiques trimestrielles) ;
- Le nombre de cas pour lesquels a été effectué un premier règlement de prestations en espèces au cours de l'année 2003 (source : Statistiques Technologiques) ;
- Le coût annuel sur le champ des dépenses ONDAM, calculé sur la base d'une part, de l'ensemble des règlements intervenus entre la date du 1^{er} règlement et le 31 décembre 2003, et d'autre part de toutes les prestations versées au titre de maladies professionnelles comptabilisées les années antérieures (source : Statistiques Technologiques).

Les données de coûts annuels présentent toutefois quelques limites pour calculer un coût moyen de prise en charge par la branche pour une pathologie. En effet, les coûts annuels ne reflètent pas les coûts totaux des pathologies déclarées au cours d'une année : en particulier, si une maladie est reconnue par exemple au 1^{er} décembre de l'année, seuls les règlements compris entre le 1^{er} décembre et le 31 décembre seront comptabilisés (on remarquera que dans les coûts annuels, sont aussi comptabilisées les dépenses de soins de l'année relatives à des maladies reconnues les années antérieures).

Compte tenu de ces limites la Direction des Risques Professionnels a mené, à la demande de la commission, un travail d'évaluation de coûts longitudinaux sur trois ans (2001-2002-2003) pour certaines pathologies professionnelles (syndrome du canal carpien, épicondylite, tendinite ...), à partir des statistiques triennales de tarification (voir partie 3).

⁴ Ces bases sur les admissions en ALD peuvent, pour des besoins spécifiques, faire l'objet d'un appariement avec les bases de consommation de soins de l'assurance maladie.

b) Le PMSI

Les bases PMSI (Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information) contiennent, pour chaque séjour hospitalier, des éléments de diagnostics enregistrés dans le résumé de sortie associé à chaque séjour. Par ailleurs, un tarif relatif à chaque séjour hospitalier, ou plus exactement à des groupes homogènes de séjours a été évalué, dans le cadre de la mise en place de la tarification à l'activité des établissements.

A partir du PMSI, il est donc possible de disposer d'un tarif hospitalier par pathologie, lorsque la pathologie engendre un seul séjour à l'hôpital (en considérant par ailleurs que le codage du diagnostic associé à un séjour est de bonne qualité). Une estimation d'un tarif moyen à l'hôpital est aussi possible pour une pathologie donnant lieu à plusieurs séjours hospitaliers (cas des cancers), mais les délais nécessaires pour réaliser ces évaluations sont incompatibles avec ceux de la commission (voir encadré 2).

S'agissant plus particulièrement des cancers, une estimation du coût global de la prise en charge hospitalière des cancers (6,04 Md€) a été réalisée à partir du PMSI pour l'année 1999. Cette estimation, sur laquelle repose le chiffrage de la sous-déclaration des cancers professionnels réalisé par la précédente commission, est issue d'une étude publiée dans le bulletin des cancers sur le volume et le coût de la prise en charge hospitalière du cancer en France en 1999⁵. Un nouveau groupe d'experts, à l'initiative de l'Institut National du Cancer, travaille actuellement sur un nouvel outil d'extraction des séjours "cancers" des bases PMSI nationales. Ces travaux devraient permettre, à court terme, de disposer d'une nouvelle évaluation du coût des cancers à l'hôpital (pour l'année 2003).

Encadré 2 - Tarifs hospitaliers par pathologie mobilisables via le PMSI

Sur une pathologie donnant lieu à un seul séjour comme l'opération chirurgicale de libération du canal carpien, il est possible de calculer un tarif moyen (en ne prenant pas en compte les complications).

Ainsi, pour ce syndrome, il existe deux GHM (Groupement Homogène de Malades) : un GHM libération du canal carpien avec séjour de moins de deux jours et un GHM libération du canal carpien avec séjour supérieur à deux jours. Pour chacun de ces GHM, deux tarifs existent, un tarif hôpital public et un tarif cliniques privées. A partir, de ces informations, il est possible de calculer un tarif moyen hôpital pour l'assurance maladie (voir tableau ci-dessous).

		effectif (bases 2003)	structure effectif	tarifs 2005 (en euros)
cliniques privées	séjour <= 1 jour (GHM 761)	76 830	64%	445,19
	séjour > 1 jours (GHM 6)	16 248	13%	726,22
hôpital	séjour <= 1 jours (GHM 761)	20 782	17%	710,55
	séjour > 1 jours (GHM 6)	6 523	5%	1 470,89
total		120 383	100%	

tarif moyen **584,51**

Sur une pathologie donnant lieu à plusieurs séjours et/ou GHM comme un cancer, il est nécessaire de définir un parcours de séjours GHM moyen (à partir des chaînages de séjours dont le diagnostic principal est une pathologie X), puis de le valoriser à partir des tarifs GHM (comme pour le syndrome du canal carpien). Ces exploitations du PMSI nécessitent des délais de traitement par l'ATIH (Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation) incompatibles avec ceux de la commission.

⁵ Etude Borella L, Finkel S, Crapeau N, Peuvrel P, Sauvage M, Lepage E, Garrigue B, Bulletin cancer 2002, 89 (9), 809-821.

Le PMSI comporte par ailleurs un codage spécifique aux pathologies liées aux conditions de travail (code Y96 dans les résumés de sortie anonymisés), mais l'analyse des séjours du PMSI 2003 montre que très peu de signalements ont été effectués : 972 signalements sur près de 19 millions de séjours (voir tableau 1). D'une manière générale, les quelques signalements enregistrés correspondent à des accidents du travail graves, beaucoup plus rarement à des maladies professionnelles.

Tableau 1 – Analyse des séjours codés Y96 parmi l'ensemble des séjours PMSI en 2003

	Année 2003	
	effectif total	dont code Y96
Nombre de séjours	18 945 214	972
Nombre de patients	9 578 710	640
zoom sur les 5 premières catégories de diagnostics codés Y96		
dont LESI. TRAUMA. DE TENDONS NIV. POIGNET, MAIN	nc	71
dont AMPUT. TRAUMA. POIGNET, MAIN	nc	71
dont FRAC. NIV. POIGNET, MAIN	nc	67
dont PLAIE OUV. POIGNET, MAIN	nc	59
dont FRAC. DE LA JAMBE, Y COMPRIS LA CHEVILLE	nc	51
zoom sur les principaux cancers signalés Y96		
dont Cancer bronchopulmonaire	382 773	11
dont Mésothéliome	8 336	36
dont Cancer de la vessie	118 585	0
dont Cancer de l'ethmoïde	6 203	0
dont Leucémies	146 257	0
zoom sur les principaux troubles musculo-squelettiques signalés Y96		
dont Canal carpien opéré	120 718	3
dont Hernie discale avec sciatique opérée	15 544	1
dont Tendinite de l'épaule opérée	33 232	0

source : DHOS / ATIH

Note : 46 établissements (39 publics et 7 privés) ont des séjours ayant un DAS=Y96 en 2003.

c) Les bases de données ALD

Quelques données de coûts par pathologie sont par ailleurs disponibles dans des études de la Direction du Service Médical de la CNAMTS. Ces évaluations nécessitent un appariement des bases regroupant les informations sur les assurés du régime général en affection de longue durée (ALD) du service médical avec les bases de remboursement de soins aux assurés de l'assurance maladie.

1-1-2- A moyen terme, les nouvelles bases de données de l'assurance maladie devraient permettre de mesurer des coûts longitudinaux par pathologie

A court terme, les données de l'échantillon EPAS appariées avec la base affection de longue durée (ALD) du service médical, devraient être mobilisables pour apprécier des coûts par pathologie. A moyen terme, le meilleur instrument devrait être le nouvel échantillon au 1/100ème tous régimes de l'assurance maladie.

a) L'appariement de l'échantillon EPAS avec la base ALD du service médical

L'EPAS (Echantillon Permanent des Assurés Sociaux) est un échantillon représentatif au 1/1200ème des assurés du régime général et de leurs ayants droit. Il contient deux catégories d'information :

- des informations se rapportant aux personnes protégées par le régime général : sexe, date de naissance, caisse primaire d'assurance maladie gestionnaire ...
- des données sur les remboursements de prestations des assurés : code acte, montant remboursé, date de remboursement, date de soins, spécialité du prescripteur, spécialité de l'exécutant.

Cet échantillon ne contient pas d'information de diagnostic permettant d'attacher les soins remboursés à une pathologie. C'est pourquoi un appariement avec la base affection de longue durée (ALD) du service médical, qui contient une information sur la pathologie de ces assurés, lorsqu'ils sont en ALD, est en cours de réalisation. Il sera alors possible d'apprécier des coûts moyens par pathologie, pour la population des assurés en ALD, soit environ 7 millions de personnes.

Selon la Direction des statistiques et des études de la CNAMTS, la base résultant de l'appariement de ces deux sources de données sera opérationnelle dans le courant du mois de juin 2005. Des premiers résultats de coût par pathologie pour les assurés en ALD pourraient être communiqués fin 2005.

S'agissant des personnes dont la pathologie a été reconnue en maladie professionnelle, il semble possible d'identifier une grande partie d'entre elles dans l'EPAS (à partir du moment où elles sont titulaires d'une rente d'incapacité permanente, cette information étant disponible dans l'EPAS). Néanmoins, compte tenu du faible nombre de maladies professionnelles reconnues chaque année (environ 40 000 cas en 2003), l'échantillon ne semble pas représentatif de cette population.

b) Les limites de l'exploitation du volet médicalisation du SNIIR AM

La loi du 23 décembre 1998 a prévu la création du système national de l'information inter-régimes de l'assurance maladie (SNIIR-AM). Ce système d'information repose sur la constitution d'une base de données (voir encadré 1), qui regroupera à terme un ensemble de données d'activité et de dépenses de soins, qui se caractérisent par les quatre points suivants :

- Des données exhaustives : elles concernent tous les régimes d'assurance maladie, pour les soins de ville et les dépenses hospitalières ;
- Des données individualisées : information par bénéficiaire anonymisé ;
- Des données comprenant un volet médicalisé : dans le cas d'assurés en affections de longue durée (ALD), un code pathologie en nomenclature CIM10 ; s'agissant des séjours hospitaliers, des éléments de diagnostic via la base PMSI sur les séjours hospitaliers ; le codage des actes de biologie, des médicaments et du TIPS, qui peuvent représenter des marqueurs de certaines pathologies ;
- Des données chaînées : chaînage des parcours de soins (après accord de la CNIL).

S'agissant du volet médicalisation du SNIIR-AM (information sur la pathologie), il devrait être constitué à l'automne 2005 pour les informations ALD. L'appariement avec les éléments de diagnostics du PMSI (séjours hospitaliers) sera réalisé dans un deuxième temps.

Ces données médicalisées devraient permettre d'extraire des parcours de soins par pathologie, et donc d'apprécier un coût par pathologie pour l'assurance maladie, à partir des données de remboursement de ces soins. Néanmoins, l'exploitation de ces éléments sera limitée pour des pathologies de longue durée (cancers ...), compte tenu du faible historique de la base SNIIR-AM (2 ans).

Encadré 3 – La base de données SNIIR-AM

Le contenu de la base de données :

Elle comprend essentiellement des informations sur :

- l'identification des organismes de prise en charge ;
- les numéros d'identification anonymisés de l'assuré et du bénéficiaire, le sexe, l'année et le mois de naissance, le département et la commune de résidence ;
- les informations relatives aux prestations servies : nature détaillée des actes, biens et services présentés au remboursement, dates de soins et de remboursement, mode de prise en charge, informations médico-administratives (notamment le numéro d'affection de longue durée, le numéro de maladie professionnelle, les codes de pathologie suivant la codification internationale des maladies en vigueur, les dates de grossesse, le numéro de dent), montant de la prestation, cotation et coefficient de la prestation ;
- le numéro d'identification du professionnel et, le cas échéant, de l'établissement de rattachement, le sexe, la date de naissance, la spécialité médicale, la nature d'exercice, le statut conventionnel, la caisse de rattachement, département et commune d'établissement ;
- les informations relatives à l'activité des établissements de santé : résumés de sortie anonymes établis dans le cadre du programme de médicalisation des systèmes d'information au sens de l'article L 6113-7 du code de la santé publique, et les informations de séjour pour les établissements financés par dotation globale ;
- les données comptables.

Ce contenu évoluera pour prendre en compte dans le cadre des informations définies précédemment :

- les nouvelles codifications des actes prévues dans le cadre de la classification communes des actes médicaux ;
- les évolutions réglementaires et conventionnelles ;
- les données de prescriptions contenues dans les futurs documents électroniques.

L'historique :

Les données seront conservées sur un historique de deux ans plus l'année en cours.

L'organisation de la base de données et les conditions d'accès :

Le SNIIR-AM est constitué d'un entrepôt national, organisé en bases thématiques comportant des vues de données individualisées prédéfinies, des tableaux de bord des données agrégées et des résultats de requêtes préétablies.

Des règles d'habilitation, qui définissent l'accès à tout ou à une partie de l'information sont prévues. Ces règles diffèrent selon la fonction du destinataire : médecins-conseils, agents administratifs des caisses, ...

c) Le nouvel échantillon au 1/100^{ème} tous régimes de l'assurance maladie

Un nouvel échantillon au 1/100^{ème}, tous régimes, devrait être mis en place fin 2005, avec deux ans et demi d'historique. Cet échantillon sera constitué à partir des données du SNIIR-AM. Il sera construit au niveau individuel, à la différence de l'échantillon EPAS, qui est constitué à partir de « groupe » assurés et ses ayants droits. Il est prévu de conserver un historique de 20 ans.

Cet échantillon associera, comme pour le SNIIR-AM, des données de consommation de soins et des données de diagnostics. Il devrait à terme devenir le meilleur outil pour apprécier des coûts par pathologie. Un échantillon de 3 ans comprenant des données de médicalisation devrait être disponible en 2006.

1-2- Les données épidémiologiques demeurent peu nombreuses. Néanmoins, l'InVS a initié un certain nombre de travaux sur les cancers professionnels, les TMS et l'asthme.

Les études scientifiques sur les liens entre pathologie et travail, et plus particulièrement les évaluations de la proportion de malades pour lesquels une pathologie donnée est attribuable à des facteurs professionnels, sont très peu nombreuses en France.

Néanmoins, le développement des activités du Département santé-travail de l'Institut de veille sanitaire (InVS) a permis d'initier récemment un certain nombre de travaux, notamment sur les cancers professionnels, les troubles musculosquelettiques (TMS) et l'asthme.

1-2-1- La mission du Département santé-travail de l'InVS

La mission du Département santé-travail de l'InVS est de quantifier l'impact de l'activité professionnelle sur la santé de la population française. Pour cela, le département a mis en place un certain nombre d'outils et de programmes destinés à documenter cette question.

Dans un contexte où il existe de nombreux acteurs dans le domaine de la prévention des risques professionnels, aucun système ne permet en France de quantifier cet impact, ni d'en suivre l'évolution. Le Département santé-travail de l'InVS a donc dû créer un système de novo, en s'appuyant sur un réseau de partenaires (Instituts universitaires de médecine, médecins inspecteurs du travail, INRS, CNAMTS, médecins du travail volontaires, INSERM, ...). La lente montée en charge des effectifs du Département santé-travail et la mobilisation des réseaux de partenaires engendrent nécessairement une lourdeur importante. Devant l'ampleur de la tâche des priorités ont été définies.

1-2-2- Les travaux initiés par l'InVS sur les cancers professionnels, les troubles musculo-squelettiques (TMS) et l'asthme

S'agissant des cancers, un rapport publié en avril 2003, intitulé « Estimation du nombre de certains cancers attribuables à des facteurs professionnels en France », présente des fourchettes estimant l'incidence annuelle des principaux cancers professionnels chez les hommes (ci-dessous 2-1-2 -a).

Concernant l'appréciation du poids des cancers professionnels parmi l'ensemble des cancers, l'InVS dispose de données épidémiologiques étrangères, notamment américaines et finlandaises (voir 2-1-2-a).

Sur la connaissance des troubles musculo-squelettiques, un certain nombre de données recueillies dans le cadre d'un programme expérimental de surveillance mis en place dans les Pays de la Loire sont disponibles (voir 2-1-2-c).

Enfin, le Département santé-travail de l'InVS a entamé un programme de surveillance des asthmes d'origine professionnelle dans la population.

1-3- Outre l'amélioration de la connaissance des coûts par pathologie, quelques autres progrès sont à attendre à court et moyen termes

1-3-1- La COG AT/MP et certaines dispositions de la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique devraient contribuer à développer les instruments statistiques et épidémiologiques sur les AT/MP

a) La convention d'objectif et de gestion pour la branche AT/MP 2004-2006

Cette convention prévoit un certain nombre de points relatifs à l'amélioration des outils statistiques et épidémiologiques, notamment :

- l'engagement de la CNAMTS de créer, pour la fin 2005, une base de données permettant un suivi exhaustif des éléments fondamentaux sur la sinistralité au sein de la branche AT/MP ;
- l'augmentation de la production d'études statistiques destinées à éclairer l'activité de la branche AT/MP ;
- la prise par l'Etat des dispositions nécessaires pour permettre un suivi informatique des accidents bénins avant la mi 2005.

b) La loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique

La loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique, dans son article 15, prévoit la mise en œuvre par l'Institut de veille sanitaire en liaison avec l'assurance maladie et les services statistiques des départements ministériels concernés, d'un outil permettant la centralisation et l'analyse des statistiques sur les AT, les MP, les maladies présumées d'origine professionnelle et de toutes les autres données relatives aux risques sanitaires en milieu du travail. Un groupe de travail présidé par une personnalité doit définir les orientations et les actions à mener en application de cet article 15.

Par ailleurs, cette même loi prévoit la création d'une agence publique chargée des questions de la santé au travail et la surveillance au long cours des travailleurs par l'InVS.

1-3-2 -Les nouvelles études et enquêtes disponibles à court et moyen termes

a) Les nouveaux éléments d'enquête sur la sous-déclaration des accidents du travail

L'évaluation du coût de la sous-déclaration des accidents du travail repose sur des données d'enquête de la DARES mesurant le nombre d'accidents non déclarés à la sécurité sociale. Seuls les résultats de l'enquête « Conditions de travail » de la DARES de 1998 sont disponibles aujourd'hui. Les résultats de la nouvelle enquête « Conditions de travail » 2005, qui comporte un questionnement incluant plus de détails sur les accidents de travail et notamment sur le processus de déclaration et de reconnaissance⁶, devraient être publiés en 2006.

b) Les premiers résultats de l'enquête Santé devraient être disponibles à compter de l'automne 2005

La cinquième édition de l'enquête décennale Santé s'est déroulée entre octobre 2002 et décembre 2003. Cette enquête est un des outils permettant d'analyser l'évolution des consommations de soins en France. Elle devrait permettre disposer d'information sur les coûts par pathologie, et en particulier sur les dépressions.

⁶ Les questions suivantes y sont posées: « avez-vous signalé l'accident à votre entreprise ? », « Cet accident a-t-il été déclaré officiellement à la sécurité sociale ? », « Cet accident a-t-il été reconnu et indemnisé par la sécurité sociale au titre des accidents du travail ? ».

c) L'actualisation des comptes par pathologie de 1998

La DREES réalise actuellement une actualisation (pour l'année 2002) des premiers comptes par pathologie réalisés par l'IRDES (ancien CREDES) pour l'année 1998. Les résultats devraient être publiés à l'automne prochain.

2- Eléments d'appréciation quantitatifs et qualitatifs existant sur les maladies professionnelles et les accidents du travail

2-1- Pour les maladies professionnelles

2-1-1- Observations sur l'évolution des principales pathologies professionnelles indemnisées

On constate, entre 1997 et 2003, une augmentation du nombre des indemnités des 6 grandes pathologies les plus fréquentes (maladies de l'amiante, troubles musculo-squelettiques, lombalgies/dorsalgies, dermatoses, surdités, asthmes) ; deux autres pathologies ont eu une croissance sensible entre 1997 et 2000 puis se sont stabilisées : celles des tableaux 65-lésions eczématiformes- mécanisme allergique et 66 -affections respiratoires-mécanisme allergique.

Les maladies où la reconnaissance a le plus augmenté, entre 1997 et 2003, sont les indemnités au titre de l'amiante : tableau 30 bis -cancer broncho-pulmonaire (augmentation de 817,58 %) et tableau 30 -amiante (augmentation de 262,12 %) suivi des affections périarticulaires -tableau 57 (augmentation de 212,21 %).

Les lombalgies/dorsalgies (tableaux 97 et 98 - créés en 1998) sont la troisième grande catégorie de maladies professionnelles (en 2003, 2428 maladies ont été indemnisées au titre du tableau 98 et 444 au titre du tableau 97).

Les affections liées au bruit (tableau 42) augmentent entre 1997 et 2003 de 27,88 % en raison notamment de l'amélioration du tableau intervenue en 2003.

Le tableau suivant retrace l'évolution, depuis 1997, du nombre des indemnités (maladies déclarées-constatées-reconnues) de ces 6 pathologies les plus fréquentes.

(Evolution des principales maladies professionnelles déclarées-constatées-reconnues entre 1997 et 2003- Source : statistiques trimestrielles -CNAMTS/DRP, décembre 2004)

Maladies professionnelles (déclarées-constatées-reconnues)	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003 (provisoire)	Augmentation 1997-2003 (%)
Tableau 57-affections périarticulaires	9 916	12 133	15 240	19 862	23 621	28 531	30 959	212,21 %
Tableau 30- amiante	1431	1939	2 728	3 187	4 502	5 141	5182	262,12 %
Tableau 30 bis -cancer broncho-pulmonaire	91	191	331	434	631	744	835	817,58 %
Tableau 97 -rachis lombaire -vibrations	/	21	452	433	482	454	444	/
Tableau 98 -rachis lombaire -charges lourdes	/	109	1 783	2 175	2 330	2 443	2428	/
Tableau 42 - bruits lésionnels	678	642	615	607	634	642	867	27,88 %
Tableau 65- lésions eczématiformes - mécanisme allergique	444	423	464	540	565	530	553	24,55 %
Tableau 66 - affections respiratoires- mécanisme allergique	296	312	335	450	456	458	457	54,39 %

* *Les affections péri-articulaires* représentaient, en 2001, les 2/3 des MP reconnues ; elles en représentent actuellement presque les 3/4 (le syndrome du canal carpien étant la pathologie qui connaît la progression la plus forte). L'indemnisation de ces pathologies augmente d'environ 20 % par an, l'augmentation entre 2000 et 2003 est de 55,87 % (leur nombre est passé de 19 862 à 30 959), ce qui conduit certains médecins à parler de véritable "pandémie" à propos de cette augmentation des TMS. La multiplication d'articles dans la presse sur ces pathologies a certainement contribué à mieux informer les personnes et le corps médical.

* *S'agissant des cancers*, l'amiante représente la cause principale des indemnisations, suivie de ceux dus aux poussières de bois (tableau 47 b).

En ce qui concerne l'augmentation des indemnisations au titre de l'amiante, les collectifs créés, les associations de victimes (ANDEVA) et la FNATH ont contribué à mieux informer les victimes et à les aider dans les démarches administratives de reconnaissance de la maladie.

Il est toutefois observé (revue de l'INRS "réalité-prévention" juin 2004) que si l'indemnisation des cancers dus à l'amiante s'est accrue de manière importante, celle des autres cancers reste stable depuis 10 ans.

* *Les dermatoses professionnelles* sont indemnisées dans le cadre de plus de 50 tableaux, mais principalement dans le cadre du tableau 65.

* *Les indemnisations au titre des surdités* (tableau 42) augmentent mais apparaissent faibles au regard du nombre de travailleurs exposés à des bruits de plus de 85 dB(a) (trois millions de salariés selon la dernière enquête SUMER).

2-1-2- Données disponibles sur la sous-déclaration des principales pathologies d'origine professionnelle

La commission a recensé les données disponibles sur la sous-déclaration de chacune des grandes catégories de maladies professionnelles (cancers, TMS, asthmes, dermatoses, lombalgies/dorsalgies, surdités). Elle s'est aussi attachée à examiner les problèmes de stress et des troubles psychosociaux liés au travail, qui ont donné lieu à plusieurs publications récentes.

a) Les cancers professionnels

Nombre de cas reconnus par le régime général

En 2002, 1466 cas de cancers ont été déclarés-constatés-reconnus par le régime général, selon les données communiquées à la commission par la Direction des Risques Professionnels de la CNAMTS.

Eléments d'appréciation de l'incidence des cancers professionnels en France

Les études épidémiologiques sur l'incidence des cancers professionnels en France sont peu nombreuses. Les principales informations disponibles sont issues d'études et de rapports de l'Institut de Veille Sanitaire (InVS).

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

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

Ces évaluations restent toutefois fragiles.

L'incidence des cancers professionnels, dans le champ des agents cancérigènes des tableaux de MP, chez les hommes

L'InVS a publié un rapport en avril 2003 intitulé « Estimation du nombre de certains cancers attribuables à des facteurs professionnels en France ». Ces estimations comprenaient des calculs de proportions de cancers attribuables à des expositions professionnelles, pour cinq des principaux cancers professionnels (cancers du poumon, mésothéliomes pleuraux, cancers de la vessie, cancers du nez et leucémies)⁷. Les nombres de cancers estimés étaient calculés à partir de données d'incidence de 1995 (dernières données publiées au moment de l'étude).

Une réactualisation de ces évaluations a été faite à partir des dernières données d'incidence connues, soit les données de l'année 2000⁸ (voir tableau 1). Ces chiffres actualisés concernent l'ensemble de la population (salariés du régime général indépendants et autres régimes). Un abattement de 70 % est nécessaire pour les comparer aux données de réparation du régime général.

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

- tous régimes confondus, 4900 à 9700 cancers seraient attribuables à une exposition professionnelle chez les hommes (voir tableau 1). Parmi ces cancers, on dénombre 2 800 à 6100 cancers du poumon, 700 à 1000 cancers de la vessie, et environ 600 cas de mésothéliome pleural.
- pour la population des assurés du régime général, une fourchette de 3400 à 6800 cancers serait attribuable à une exposition professionnelle en 2000, soit une proportion de 3 à 6 % des cancers chez l'homme (voir tableau 1).

⁷ Ces estimations sont réalisées soit à partir de fractions attribuables de la littérature internationale, soit à partir de fractions attribuables calculées à partir de données françaises.

⁸ Données publiées dans le rapport InVS-FRANCIM d'avril 2003 intitulé « Evolution de l'incidence et de la mortalité par cancer en France de 1978 à 2000 ».

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

	nb de cas attribuables à une exposition professionnelle, chez les hommes, en France	
	hypothèse basse	hypothèse haute
cancers bronchopulmonaires	2 751	6 136
cancers de la vessie	732	1 039
leucémie	155	574
mésothéliome pleural	537	578
cancers nasosinusiens	60	102
sous-total 5 principaux cancers	4 235	8 429
estimation autres cancers reconnus dans les tableaux de maladies professionnelles (1)	635	1 264
Total tous régimes	4 870	9 693
Total régime général	3 409	6 785

nombre de cancers incidents homme en 2000	161 000	161 000
---	---------	---------

fraction attribuable homme	3,0%	6,0%
-----------------------------------	-------------	-------------

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

Source : InVS pour les 5 principaux cancers ; évaluation CNAMTS/DRP pour les autres cancers

Par ailleurs, une étude publiée dans la Revue Médicale de l'Assurance Maladie estime pour la circonscription de Montpellier, la proportion de cancers professionnels méconnus parmi les cancers ayant donné lieu à une ALD à 3 %⁹. Ce pourcentage correspond à la fourchette basse calculée ci-dessus. Il existe toutefois des limites à la comparaison de ces résultats, la région de Montpellier n'étant pas a priori représentative de l'ensemble de la France.

L'incidence des cancers professionnels, évaluée sur un champ d'agents cancérigènes plus large que celui des tableaux de MP, chez les hommes

L'avenir de la problématique de la reconnaissance des maladies professionnelles va en partie être dominé par l'existence de substances qui sont à la fois des cancérigènes avérés ou potentiels selon le Centre International de Recherche sur le Cancer (CIRC), instance à visées préventives, et non reconnus par les tableaux.

D'après l'étude de l'InVS de février 2005 intitulée « Confrontation des cancérigènes avérés en milieu de travail et des tableaux de maladies professionnelles », ces substances sont au nombre de 45, « dont 17 appartiennent à la liste 1 du centre international de recherche sur le cancer (CIRC - voir encadré 1) et sont donc considérées comme des cancérigènes avérés par les instances spécialisées internationales et 28 appartiennent à la liste 2A, soit très fortement soupçonnées d'être cancérigènes ». L'étude présente par ailleurs, à titre d'exemple, des éléments d'exposition aux risques pour certains des produits répertoriés :

⁹ D'après les résultats de l'étude « Cancers professionnels : peut-on en améliorer le repérage et la déclaration à partir des données médicalisées de l'Assurance maladie »- Revue Médicale de l'Assurance maladie N° 4 octobre -décembre 2004

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

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

Encadré 1 - Classification des substances cancérigènes

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

Classification du CIRC

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

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

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

Une étude américaine¹⁰ estime à 5 % la proportion de tous les cancers attribuables à une exposition professionnelle chez les hommes. Une étude finlandaise¹¹ évalue cette proportion à 14 %. L'étude américaine ne retient que les cancérigènes classés 1 par le CIRC ainsi que les fumées de diesel (classées 2A = cancérigène probable). L'étude finlandaise, citée dans le rapport de l'InVS de 2003, intègre, outre les cancérigènes considérés comme avérés par le CIRC, certains cancérigènes soupçonnés ou dont l'effet est inconnu, tels l'exposition aux herbicides et pesticides, aux poussières organiques, au plomb. L'étude finlandaise, intègre également certaines professions, classées cancérigènes probables par le CIRC (2A) comme celle de coiffeur.

¹⁰ Etude Steenland et Al. 2003, communication personnelle.

¹¹ Etude Nurminen et Karjalainen 2001, publiée dans Scandinavian journal of work, Environment and Health .

Au vu de ces données internationales, l'InVS propose de fixer la borne supérieure de la proportion des cancers professionnels en France à 10 % (chez les hommes). Le champ des produits cancérigènes retenu ici est plus large que celui des tableaux de MP. Ce pourcentage appliqué au 161 000 cancers incidents (chez les hommes en 2000) donne une évaluation de la fourchette haute du nombre de cancers attribuables à une exposition professionnelle qui s'établit à 16 100 tous régimes et à 11 300 pour le régime général.

Appréciation de la sous-déclaration

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

Si l'on retient un champ de produits cancérigènes plus large, et si l'on s'attache à la fourchette haute du nombre de cancers professionnels évaluée chez les hommes, le rapport entre les cancers professionnels reconnus et le nombre incident de cancers professionnels chez les hommes en 2000 serait de 1 à 7.

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

- la sous-déclaration est moins importante pour le mésothéliome pleural et les cancers nasosinusiens (bois). Ces pathologies sont très spécifiques d'une exposition professionnelle : l'amiante pour le mésothéliome pleural, le bois pour les cancers nasosinusiens. Plus de la moitié des cas que l'on peut imputer à une origine professionnelle bénéficient d'une indemnisation par le régime général ;
- concernant le cancer du poumon, le taux de reconnaissance se situerait autour de 20 % (les reconnaissances concernent pour l'essentiel les cancers du poumon attribuables à l'amiante) ;
- pour les leucémies, le pourcentage de reconnaissance serait de l'ordre de 10 %, et pour les cancers de la vessie il se situerait autour de 1 %, selon le rapport.

b) L'asthme

Nombre de cas reconnus par le régime général

En 2002, 283 cas d'asthme ont été déclarés-constatés-reconnus par le régime général, selon les données communiquées par la direction des risques professionnels de la CNAMTS à la commission.

Eléments d'appréciation de l'incidence des cas d'asthme professionnel en France

Une fourchette du nombre de cas d'asthme incidents d'origine professionnelle a été évaluée à partir des trois éléments suivants :

- le nombre total de cas d'asthme incidents, qu'ils soient d'origine professionnelle ou non : une fourchette de 25 à 50 000 a été communiquée par le professeur Jacques Ameille (Hôpital R. Poincaré, Garches) ;

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

- La part de ces cas d'asthme attribuables à des facteurs professionnels : la fourchette de 5 à 10 % retenue par la précédente commission a été réévaluée à 5 à 15 %, compte tenu des données épidémiologiques les plus récentes (American Thoracic Society) ;
- la proportion de cas relevant du régime général parmi l'ensemble des cas tous régimes estimée à 70 % ;

Le produit des ces trois éléments donne une évaluation de la fourchette du nombre de cas incidents pour le régime général, qui s'établit à [875 ; 5 250]. Il convient de noter qu'un nombre non négligeable de ces cas d'asthme d'origine professionnelle est chronique.

Le Département santé-travail de l'InVS a entamé un programme de surveillance des asthmes d'origine professionnelle dans la population, mais ce programme n'est pas en mesure à ce jour de produire des résultats validés.

Par ailleurs, un travail d'évaluation de la prévalence de l'exposition de la population française à la farine effectué cette année a permis le calcul de la fraction d'asthmes des adultes attribuables à l'exposition à la farine (voir encadré 2).

Encadré 2 - Fraction d'asthmes de la population attribuable à l'exposition professionnelle à la farine

La prévalence de l'exposition à la farine vie entière a été évaluée grâce à une matrice emplois-exposition réalisée à l'InVS et applicable dans la population générale française. Selon les niveaux d'exposition retenus, plusieurs hypothèses ont été formulées allant d'une prévalence de 2,5 % (expositions substantielles) à 4,9 % de la population (tous niveaux confondus).

Selon ces hypothèses, la proportion de cas d'asthmes attribuables à une exposition professionnelle à la farine varie de 2,6 % à 8,9 % chez les hommes et de 1,1 % à 9,2 % chez les femmes. Les hypothèses les plus vraisemblables sont celles qui associent une prévalence d'exposition tous niveaux confondus aux RR les plus faibles, ce qui donne une **fraction d'asthmes attribuable à l'exposition professionnelle à la farine d'environ 5 % chez les hommes et compris entre 2 et 5 % chez les femmes.**

Les professionnels exposés exercent dans une proportion importante des professions d'ouvriers de type artisanal.

Appréciation de la sous-déclaration

Compte tenu des données épidémiologiques disponibles sur la fraction des asthmes attribuables à des facteurs professionnels, et de l'estimation du nombre de cas d'asthme incident en France, il est possible d'estimer une fourchette de 500 à 5 000 cas annuels sous-déclarés chaque année pour le régime général.

c) Les troubles musculosquelettiques (TMS)

Les TMS sont des pathologies qui affectent les tissus (tendons, gaines synoviales, nerfs) situés à la périphérie des articulations. Ces pathologies surviennent, comme déjà indiqué, lorsque les contraintes subies par les articulations sont trop fortes au regard des capacités fonctionnelles de la personne. Ces affections se développent principalement à l'épaule, au coude (épicondylite), au poignet (syndrome du canal carpien).

Ils se développent dans les secteurs d'activité où le travail à réaliser est physique, répétitif et cyclique. Certains contextes psycho-sociaux les favoriseraient (stress, précarité de l'emploi...).

Nombre de cas reconnus par le régime général

En 2002, 28 531 affections périarticulaires (tableau 57) ont été déclarées-constatées-reconnues par le régime général, dont 10 147 syndromes du canal carpien, selon les données communiquées par la Direction des Risques Professionnels de la CNAMTS à la commission.

Éléments d'appréciation de l'incidence des TMS d'origine professionnelle en France

L'Institut de Veille Sanitaire a mis en place un programme pilote de surveillance des TMS dans la région des Pays de Loire, qui a débuté en 2002 (voir encadré 3).

Deux catégories de résultats ressortent de ces travaux :

- des éléments d'appréciation de la prévalence de l'ensemble des TMS dans la population salariée ;
- une évaluation du nombre de syndromes du canal carpien incidents d'origine professionnelle.

Encadré 3 - Programme pilote de surveillance des TMS dans la région des Pays de Loire

Ce programme comporte trois volets :

- 1- un volet en population générale qui consiste à rechercher des cas de syndromes du canal carpien (SCC) à partir, d'une part des électromyographies du département du Maine-et-Loire, et d'autre part les SCC opérés à partir des données régionales du PMSI ;
- 2- un volet en entreprises grâce à un réseau de 68 médecins du travail volontaires pour examiner des salariés selon une méthode standardisée et recueillir un certain nombre d'informations sur leurs conditions de travail ; 1 495 salariés ont été examinés (895 hommes et 600 femmes).
- 3- un volet « médico-administratif » grâce à un réseau de 150 médecins du travail chargés de signaler selon un protocole défini toutes les pathologies à caractère professionnel qu'ils rencontrent dans leur exercice.

Le programme est destiné à être étendu très prochainement à d'autres régions (fin 2005).

Prévalence de l'ensemble des TMS dans la population salariée en activité

Les résultats pour l'année 2002 de la surveillance des TMS dans les entreprises des Pays de Loire montrent que, pour 13 % des salariés examinés au cours des consultations des médecins du travail du réseau, un TMS des membres supérieurs peut être diagnostiqué.

Parmi ces diagnostics, les TMS les plus fréquents sont ceux de l'épaule (8 %). Par ailleurs, l'analyse des diagnostics réalisés montre que 74 % des salariés atteints d'un TMS étaient exposés professionnellement à des facteurs de risques recensés selon les standards européens et n'avaient aucun facteur personnel prédisposant.

Estimation du nombre de syndromes du canal carpien incidents d'origine professionnelle

En France, selon les données du PMSI on comptabilise environ 116 000 séjours hospitaliers relatifs à une opération du canal carpien en 2002, toutes classes d'âge confondues. De manière à apprécier les cas relevant de facteurs professionnels, seuls les séjours associés à des personnes opérées de la classe d'âge 20-65 ans ont été retenus¹³. Parmi ces 116 000 opérations, 22 000 concernent des hommes de 20 à 65 ans, et près de 66 000 des femmes de la même classe d'âge.

Par ailleurs, l'Institut de Veille Sanitaire estime, à partir des résultats de son programme pilote de surveillance des TMS des Pays de Loire, que la fraction des syndromes du canal carpien attribuable à des facteurs professionnels s'établit à 46 % pour les hommes et à 31 % pour les femmes (voir encadré 4).

Le nombre de nouveaux cas de syndrome du canal carpien d'origine professionnelle peut donc être estimé, chaque année, à environ 30 000. En considérant que parmi ces cas d'origine professionnelle, 70 % relèvent de la branche AT/MP du régime général, on peut évaluer à 21 000 le nombre de syndromes du canal carpien d'origine professionnelle relevant de la branche AT/MP du régime général chaque année. Il convient de remarquer que cette évaluation ne prend pas en compte les cas qui n'auraient pas bénéficié d'un traitement chirurgical.

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

Encadré 4 - Fraction des syndromes du canal carpien (SCC) attribuable à des facteurs professionnels

Les résultats présentés sont issus du réseau expérimental de surveillance épidémiologique des troubles musculosquelettiques dans les Pays de Loire, et plus particulièrement de la surveillance en population générale du syndrome du canal carpien du Maine-et-Loire en 2002 et 2003¹⁴.

Le réseau a enregistré, durant la période 2002-2003, 856 cas de SCC correspondant à 609 cas chez les femmes et 247 chez les hommes. Parmi ces cas, 835 (601 femmes et 234 hommes) ont répondu à un questionnaire permettant de connaître leur activité professionnelle. Les calculs portent sur ces 835 cas de SCC.

Des taux incidents de SCC ont été calculés selon l'activité professionnelle. Les chômeurs, demandeurs d'emploi, retraités et femmes au foyer ont été classés en inactifs.

Connaissant la répartition de la population selon l'activité dans le département (source INSEE), des taux d'incidence ont été calculés et des risques relatifs de SCC des actifs occupés au moment du diagnostic par rapport aux inactifs. Ces calculs ont été effectués séparément chez les hommes et les femmes afin de ne pas diluer les risques, car le SCC est très genre-dépendant ainsi que l'activité professionnelle (tableau 1).

Tableau 1 - Taux d'incidence de SCC en fonction du statut professionnel

	Femmes	Hommes
	N (Incidence) ^a	N (Incidence) ^a
Actifs avec emploi	459 (1,80)	211 (0,67)
inactifs	141 (1,07)	24 (0,32)
ensemble	600 (1,57)	235 (0,64)

^a: Incidence pour 1000 personnes années du même genre

Le risque relatif associé à l'activité est donc de 2,1 (IC à 95 % 1,4 - 3,2) pour les hommes et de 1,7 (IC à 95 % 1,4 - 2,0) pour les femmes.

Grâce à ces informations, on peut calculer la fraction de SCC attribuable (FRA) à une activité professionnelle (quelle qu'elle soit), selon la formule de Lévin :

$$FRA = P_E (RR-1) / [P_E (RR-1) + 1]$$

Où P_E est la prévalence d'activité dans la population étudiée

La prévalence d'activité dans le département est de 80,5 % chez les hommes de 20 à 60 ans (données INSEE) et de 65,8 % chez les femmes du même âge.

Le calcul de ces FRA montre que la fraction de SCC attribuable à l'activité professionnelle est de 46% pour les hommes et 31% pour les femmes.

Appréciation de la sous-déclaration

Au vu des résultats présentés ci-dessus, on constate que globalement 50 % des syndromes du canal carpien sont sous-déclarés.

S'agissant de l'ensemble des TMS, le gisement de sous-déclaration semble a priori très important, compte tenu du niveau de prévalence estimé en Pays de Loire (13 %).

¹⁴ Un rapport de Yves Roquelaure, de Catherine Ha et de Marie-Christine Pélier-Cady de l'InVS est en cours de publication.

d) Les dermatoses d'origine professionnelle

Le nombre total de dermatoses professionnelles indemnisées au titre des maladies professionnelles s'élève à environ 800 dont 550 au titre des lésions eczématiformes. Les dermatoses sont réparées par plus de 50 tableaux de maladies professionnelles comme déjà indiqué.

Les dermatoses professionnelles (classées habituellement en dermites d'irritation et en dermatoses allergiques - ces dernières regroupent deux grands types de pathologies : l'urticaire professionnel et l'eczéma de contact) sont dues à des agents chimiques, physiques ou infectieux. Une partie de ces dermatoses a une origine exclusivement professionnelle (cas des dermatites d'irritation aux solvants industriels ou des eczémas de contact allergique), une autre apparaît avec l'aggravation, du fait du travail, de pathologies préexistantes (affections endogènes qui peuvent se manifester lors de certaines activités professionnelles ou être aggravées par le travail). Il ressort d'une étude allemande récente que 92 % des dermatoses professionnelles sont des eczémas touchant principalement les mains.

Certaines professions (coiffeurs ou professions médicales et paramédicales) seraient plus sujettes à ce type d'affections.

Le dossier de l'INRS sur "les allergies en milieu professionnel" mentionne que l'on recense de 7 à 15 cas de dermatoses professionnelles pour 10 000 employés par an d'après les résultats de la majorité des études européennes.

Très peu de données existent sur la sous-déclaration de ces pathologies professionnelles pour la France, qui semble être importante.

Quelques études existent sur la prévalence du risque pour certaines professions. On peut citer celle initiée par la commission épidémiologique de l'IRSST de Montpellier sur la perception de ce risque chez les coiffeurs de la région du Languedoc-Roussillon ("Perception du risque professionnel cutané chez les coiffeurs" parue dans la Revue des Archives des Maladies Professionnelles N° 6- 2004) et qui fait apparaître que parmi les 533 coiffeurs interrogés, 106 présentaient des affections cutanées. Elle ne précise toutefois pas le nombre de personnes ayant fait l'objet d'une demande d'indemnisation au titre des maladies professionnelles.

Une étude réalisée par le professeur Ch. GERAUT datant de 1992 estime l'incidence des dermatoses chimiques professionnelles à 15 000 cas en France (l'étude indique que 888 affections ont été indemnisées au titre des maladies professionnelles pour l'année 1989).

Ce chiffre de 15 000 cas est également cité dans l'ouvrage réalisé sur le sujet par les professeurs P. FRIMAT et P.GRASCHA.

La Société Française de Dermatologie, interrogée par la commission, a précisé qu'elle ne dispose pas de document précis sur ce sujet.

e) Les lombalgies/dorsalgies

Ces affections peuvent être reconnues comme maladies professionnelles dans le cadre de deux tableaux : tableau 97 - rachis lombaire - vibrations (444 maladies reconnues en 2003) et tableau 98 - rachis lombaire - charges lourdes (2428 maladies reconnues en 2003).

Les lombalgies/dorsalgies englobent à la fois des douleurs et des lésions du bas du dos. Elles peuvent être aiguës ("lumbago") ou chroniques (persistance de douleurs lombaires au-delà de 3 mois).

Ce sont des affections courantes qui peuvent avoir une origine multi-factorielle. Les facteurs professionnels en représentent toutefois une part importante.

Lorsqu'elles sont d'origine professionnelle, elles peuvent provenir de la manutention manuelle de charges lourdes, de travail physique dur, de postures pénibles ou de vibrations transmises au corps entier (engins de chantiers, chariots de manutention etc..). Elles peuvent être également favorisées par des contraintes psychosociales dans le travail.

Certaines professions sont plus sujettes que d'autres à ces troubles (agriculteurs, ouvriers du BTP, conducteurs de poids lourds et d'engins de chantiers, manutentionnaires, chauffeurs livreurs, déménageurs).

Ces pathologies peuvent être reconnues comme accidents de travail ou maladies professionnelles.

Le dossier établi par l'INRS sur les lombalgies indique qu'elles sont à l'origine d'environ 100 000 accidents de travail avec arrêt et que la durée moyenne des arrêts de travail est en augmentation constante ces dernières années et atteint 43 jours (moyenne pour l'année 2001).

La commission n'a pas trouvé d'éléments permettant d'apprécier la sous-déclaration de ces pathologies.

f) Les surdités professionnelles

Le nombre de maladies indemnisées au titre du tableau 42 s'élève en 2003 à 867.

La dernière enquête SUMER indique que 3 millions de salariés sont exposés à des bruits de plus de 85 décibels et 700 000 salariés à un niveau sonore supérieur à 85 dB(A) pendant plus de 20 heures par semaine. Ces nombres sont en augmentation par rapport à la décennie antérieure.

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

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

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

Réglementation concernant l'exposition des salariés au bruit

* La réglementation française concernant l'exposition des salariés au bruit est issue de deux directives européennes : la directive 86/188/CEE du 12 mai 1986 concernant la protection des travailleurs contre les risques dus à l'exposition au bruit et la directive 89/392/CEE du 14 juin 1989 concernant les machines et spécifiant les exigences à respecter, notamment en matière de bruit émis. La réduction des risques auditifs dus au bruit s'impose donc non plus seulement aux employeurs mais également aux constructeurs de machines ou d'équipements industriels ainsi qu'aux concepteurs des locaux de travail.

La directive du 12 mai 1986 a été transposée en droit français par le décret du 21 avril 1988 qui est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 1989. Ce sont les articles R 232-8 à R 232-8-7 du Code du Travail qui définissent actuellement les obligations des employeurs en matière de prévention des risques dus à l'exposition au bruit.

L'article R 232-8-1 du Code du Travail prévoit que l'employeur doit procéder à une estimation et, si besoin est, à un mesurage du bruit subi pendant le travail, de façon à identifier les travailleurs pour lesquels l'exposition sonore quotidienne atteint ou dépasse le niveau de 85 dB(A) ou pour lesquels la pression acoustique de crête atteint ou dépasse le niveau de 135 dB.

L'article R 232-8-3 prévoit que lorsque l'exposition sonore quotidienne dépasse ces côtes d'alerte, l'employeur doit prendre toutes dispositions pour que des protecteurs individuels soient mis à la disposition des travailleurs exposés.

L'article R 232-8-4 précise qu'un travailleur ne peut être affecté à des travaux comportant une exposition supérieure à 85 dB (A) que s'il a fait l'objet d'un examen préalable par le médecin du travail et si la fiche d'aptitude atteste qu'il ne présente pas de contre-indication médicale à ces travaux.

Les travailleurs concernés reçoivent une information et une formation adéquates avec le concours du médecin du travail en ce qui concernent les risques subis, les moyens mis en œuvre pour les prévenir et l'obligation de se conformer aux mesures de prévention et de protection prévues par le règlement intérieur ou les consignes.

Ils font l'objet d'une surveillance médicale ultérieure qui a notamment pour but de diagnostiquer tout déficit auditif. Leur dossier médical doit contenir une fiche d'exposition mentionnant les postes de travail occupés, les dates et les mesurages du niveau d'exposition sonore, le modèle des protecteurs individuels fournis ainsi que les dates et les résultats des examens médicaux pratiqués. Le dossier médical doit être conservé pendant 10 ans après la cessation de l'exposition. Si le travailleur change d'entreprise, un extrait du dossier médical relatif aux risques professionnels est transmis au médecin du travail du nouvel établissement à la demande du salarié. Si l'établissement cesse son activité, le dossier est adressé au médecin-inspecteur régional du travail qui le transmet, à la demande du salarié, au médecin du nouvel établissement du salarié.

Après le départ à la retraite du travailleur, son dossier médical est conservé par le service médical du travail du dernier établissement où il a travaillé.

Une nouvelle directive européenne N° 2003/10/CE a été adoptée le 6 février 2003 concernant les prescriptions minimales de sécurité et de santé relative à l'exposition des travailleurs aux risques dus au bruit qui entrera en vigueur le 15 février 2006. Cette directive abaisse les seuils d'action de 5 décibels et fixe la valeur limite à 80 dB(A). Sa transposition en droit français est actuellement en cours d'étude.

Aucune donnée ou étude n'a été trouvée sur la sous-déclaration de ces catégories de pathologies qui serait donc importante et qui peuvent avoir par ailleurs des causes multifactorielles. L'étude précitée de l'AFSSE indique que "l'aperception sociale des surdités et l'attitude de déni de nombreux malentendants laissent soupçonner une forte sous-déclaration des surdités professionnelles".

g) Le problème du stress au travail et des troubles psychosociaux

Les précédentes commissions ne s'étaient pas penchées sur les problèmes de stress et de troubles psychosociaux liés au travail et sur les phénomènes de sous-déclaration des maladies qui pourraient s'ensuivre.

* Pourtant, depuis une dizaine d'années le stress professionnel apparaît comme l'un des risques majeurs auquel les salariés ainsi que les entreprises sont confrontés. Il est favorisé par les évolutions récentes du monde du travail (flexibilité, intensification de la charge de travail, flux tendu, optimisation en gestion, etc...). Le législateur a dû introduire, à compter de 2002 des dispositions spécifiques dans le code du travail sur le harcèlement moral mais également sur l'extension de la responsabilité de l'employeur dans la prévention de la santé mentale des salariés et définir des mesures de prévention dans le cadre du Plan Santé au Travail.

Des consultations de "souffrance et travail" ont été créées dans certains hôpitaux. Certaines CRAM ont institué des référents "stress" afin de sensibiliser les acteurs œuvrant dans le domaine de la prévention à ce risque (ex. la CRAM Languedoc-Roussillon). Les organisations européennes représentatives des employeurs et des salariés européens ont signé le 8 octobre 2004 un accord-cadre sur le stress d'origine professionnelle.

Des études intervenues ces trois dernières années sur ces nouveaux facteurs de risques professionnels mettent en évidence les liens entre des situations de travail stressantes et l'apparition de problèmes de santé mineurs ou de maladies beaucoup plus graves (dépression, troubles musculo-squelettiques, cardiaques).

* Parmi les études et rapports réalisés ces dernières années on peut citer :

- *une enquête de la DARES publiée en mai 2004* qui fait apparaître que le travail est rendu responsable d'un problème de santé sur cinq ¹⁵ ;

- *le rapport du Conseil économique et social d'avril 2004* sur « organisations du travail et nouveaux risques pour la santé des salariés » qui met l'accent sur la nécessité d'un renouvellement du cadre d'analyse de la santé au travail dans ses liens avec les évolutions des organisations du travail ;

- *l'étude de la CNAMTS* sur la description des populations du régime général en arrêt de travail de 2 à 4 mois d'octobre 2004 qui fait apparaître que 2 assurés sur 10 (20 %) disaient ressentir un conflit dans leur travail (hiérarchique ou entre collaborateurs) et ce d'autant plus que la durée de l'arrêt était longue ;

¹⁵ Selon une enquête Louis Harris "sur la sensibilité de l'opinion publique aux conditions de travail" réalisée pour le ministère du travail et publiée en novembre 2004, le stress est le premier risque cité par les salariés parmi ceux auxquels ils sont susceptibles d'être exposés dans leur activité professionnelle. Près de 4 actifs sur 10 (38 %) s'estiment susceptibles d'y être exposés et 13 % des salariés s'estiment susceptibles d'être harcelés moralement ou physiquement

- une étude parue dans la revue "Archives des maladies professionnelles" (N° 5 -2004) sur le devenir professionnel d'une population de patients venus en consultation entre le 1^{er} janvier 2000 et le 30 juin 2002 à la consultation de pathologie professionnelle du Centre hospitalier intercommunal de Créteil pour des problèmes de harcèlement moral au travail fait apparaître que sur les 126 patients concernés, 108 (86 %) ont été considérés comme victimes d'un harcèlement présumé. Pour 18 d'entre eux (14 % des cas), il s'agissait d'un conflit ou d'une surcharge de travail. Les patients concernés étaient majoritairement des cadres supérieurs ou issus de professions intermédiaires et étaient adressés au centre de consultation en majorité par les médecins du travail (72 % des cas). La durée moyenne de souffrance au travail était de 19 mois. 81 % des personnes avaient bénéficié d'arrêts de travail. La durée moyenne de ces arrêts était de 3,6 mois ;

- l'étude de l'INRS et du LEG de l'université de Bourgogne sur le coût du stress d'origine professionnelle en France

L'INRS et le laboratoire d'économie et de gestion (LEG) de l'université de Bourgogne ont réalisé une étude estimant le coût du stress en France.

Partant d'une étude scandinave, ils ont retenu les pathologies pour lesquelles le lien de causalité avec le stress est forte (maladies cardio-vasculaires, dépressions, TMS et lombalgies) et fondé leurs calculs sur la méthode des « fractions attribuables ».

Appliqué à la France pour l'année 2000, le modèle montre que sur une population active de 23,53 millions de personnes, 220 500 à 335 000 (1 % à 1,4 %) sont touchées par une pathologie liée au stress professionnel. Selon les hypothèses retenues, le coût total du stress pour les trois pathologies recensées est estimé entre 830 et 1 656 M € ce qui équivaut à 10 à 20 % des dépenses de la branche AT/MP.

Les deux tableaux suivants donnent les résultats obtenus pour les calculs a minima

(hypothèse A) -coût estimé a minima

Pathologies	Maladies Cardiovasculaires (M€)	Dépressions (M€)	Troubles Musculo-squelettiques (M€)
Soins en santé	56,8	236,00	1,1
absentéisme	189,5	161,4	18,8
Décès prématurés	24,00	142,7	0
Total	270,3	540,1	19,9
TOTAL pour les 3 types de pathologies	830 millions d'euros		

(hypothèse B) -coût estimé a minima

Pathologies	Maladies Cardiovasculaires (M€)	Dépressions (M€)	Troubles Musculo-squelettiques (M€)
Soins en santé	56,8	236,00	1,1
Décès prématurés (/espérance de vie)	445,2	224,3	0,0
Total	502,00	460,3	1,1
TOTAL pour les 3 types de pathologies	963 millions d'euros		

Les pathologies liées au stress au travail ne sont pas reconnues au titre des tableaux des maladies professionnelles mais elles peuvent l'être dans le cadre du système de reconnaissance complémentaire de ces maladies. En 2003, seule une dizaine de cas de maladies liées à des troubles dépressifs ont été indemnisés. Il est précisé à ce sujet que la victime doit apporter la preuve d'un lien direct et essentiel entre son travail et la maladie et présenter un taux d'IPP d'au moins 25 %, ce qui peut expliquer le peu de reconnaissance de ces maladies. Les victimes redoutent également certainement de faire reconnaître ce type de pathologies qui peut entraîner des conséquences sur l'emploi.

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

S'agissant des pays européens, une étude publiée en février 2004 par EUROGIP : "Pathologies psychiques liées au travail : quelle reconnaissance en Europe ?" indique que s'il est désormais admis que l'environnement au travail peut avoir un impact sur la santé non seulement physique mais aussi mentale des travailleurs, la question de la reconnaissance du caractère professionnel des maladies psychiques ne fait pas l'unanimité en Europe.

En effet, le caractère multifactoriel de ces maladies pose l'épineuse question du lien de cause à effet entre le travail et la pathologie. Dans les pays européens qui admettent qu'il peut exister un lien causal direct entre la maladie et certaines maladies psychiques, la difficulté consiste à définir le concept de risque psychosocial et celui de maladie psychique.

La reconnaissance de ces pathologies est possible dans 5 pays (Belgique, Danemark, Italie, Portugal et Suède). Ce type de pathologies n'est toutefois inscrit sur aucune des listes de MP de ces pays et c'est donc dans le cadre du système complémentaire (sauf en Suède où il n'existe pas de système mixte) que la victime doit faire sa demande de reconnaissance, en apportant la preuve du lien entre sa maladie et son travail.

2-2-Pour les accidents du travail

Nombre de cas reconnus par le régime général

En 2002, les statistiques de la Direction des risques professionnels de la CNAMTS font état d'un nombre de 1,3 million d'accidents du travail survenus. Parmi ces accidents, environ 750 000 ont entraîné un arrêt de travail d'au moins vingt-quatre heures.

Éléments d'appréciation de la sous-déclaration des accidents du travail (régime général)

L'évaluation de la sous-déclaration des accidents du travail repose sur des données d'enquête de la DARES mesurant le nombre d'accidents non déclarés à la sécurité sociale.

Seules les données de l'enquête « Conditions de travail » de la DARES de 1998, qui avaient été utilisées par la précédente commission, sont aujourd'hui disponibles. Les résultats de cette enquête apparaissent relativement fragiles : la DARES avait fait valoir à l'époque que ces chiffres devaient être interprétés avec prudence, dans la mesure où les personnes qui ont répondu à l'enquête ont pu mal interpréter le questionnaire et confondre des notions de signalement à l'entreprise, de déclaration à la CPAM et d'indemnisation. Pour répondre à cette préoccupation, la précédente commission avait réduit forfaitairement de moitié les chiffres de la DARES. Le nombre d'accidents du travail avec arrêts non déclarés à la sécurité sociale s'établissait ainsi à 25 000, le nombre d'accidents du travail sans arrêt non déclarés à la sécurité sociale à 75 000.

Au vu de ces résultats d'enquête, il apparaît en tout état de cause que la sous-déclaration est proportionnellement moins importante pour les accidents du travail (100 000 cas estimés, soit moins de 10 % des 1,3 million d'accidents déclarés) que pour les maladies professionnelles (au minimum un cas de cancer professionnel sur deux chez les hommes non déclaré ; 50 % des syndromes du canal carpien d'origine professionnelle non déclarés pour le régime général).

Néanmoins, les données disponibles ne permettent pas d'apprécier l'évolution de cette sous-déclaration. S'agissant des accidents du travail avec arrêts, la hausse constatée du nombre de ces accidents déclarés (+6 % entre 1998 et 2003), alors que l'ensemble des accidents du travail diminue (-7 % sur la même période), pourrait être révélatrice d'une tendance au recul du niveau de leur sous-déclaration, sans que l'on puisse toutefois véritablement trancher sur ce point.

Au delà des accidents du travail, une autre catégorie d'accidents peut être prise en charge par la branche AT/MP, les accidents de trajet. Ceux-ci n'ont pas été pris en compte dans l'analyse de la commission, par souci d'homogénéité et de continuité avec les approches des commissions précédentes. Néanmoins, il convient de noter un recul du nombre de ces accidents sur la période récente : entre 1999 et 2003, le nombre d'accidents de trajet déclarés a diminué de 16 % pour le régime général (137 000 accidents en 1999, 115 000 en 2003)¹⁶.

¹⁶ Statistiques trimestrielles de la Direction des Risques Professionnels de la CNAMTS, décembre 2004, page 23.

3^{ème} partie : Chiffrage de la sous-déclaration

L'évaluation présentée ici a pour objet d'apprécier le coût, pour la branche maladie du régime général, des accidents du travail et des maladies professionnelles qui auraient dû être déclarés au titre des risques professionnels, en ne retenant pour les maladies, que celles qui pourraient faire l'objet d'une reconnaissance par la branche AT/MP en application des textes et tableaux en vigueur.

Cette approche est restrictive par rapport à celle qui aurait visé à retenir l'ensemble des pathologies d'origine professionnelle plausibles, mais elle est inévitable dès lors qu'on entend procéder à un chiffrage (cf ci-dessus- 2^{ème} partie).

1. La fourchette de coût retenue par la précédente commission

Pour apprécier le coût de la sous-déclaration des maladies professionnelles, la précédente commission avait pris en compte uniquement les cancers et les asthmes et s'était basée pour estimer la sous-déclaration des accidents du travail sur l'enquête Conditions de travail de la DARES de 1998. Au total, elle avait estimé que le coût de cette sous-déclaration était compris entre 368 et 550 millions d'euros, dont 297 millions pour les cancers.

2. La méthodologie retenue par la nouvelle commission

La commission actuelle a mené, dans un premier temps, un travail de recherche sur l'ensemble des données mobilisables, utiles à l'évaluation du coût de la sous-déclaration AT/MP. Il résulte de cet état des lieux, que l'information disponible n'a pas sensiblement évolué comparativement à celle dont disposait la précédente commission (voir 2^{ème} partie, point 1.).

La commission a donc choisi d'actualiser le coût des catégories cancers, accidents du travail et asthme retenues il y a 3 ans, en tenant compte des nouveaux éléments dont elle dispose.

Par ailleurs, une nouvelle catégorie de pathologies a fait l'objet d'une première évaluation, les affections périarticulaires du tableau 57, compte tenu des nouvelles données épidémiologiques disponibles et du poids de ces pathologies parmi l'ensemble des maladies professionnelles indemnisées.

3. Les résultats de la nouvelle évaluation

Comme l'avait déjà observé la précédente commission, les données épidémiologiques sur les maladies professionnelles et les informations disponibles sur les coûts de ces maladies restent insuffisantes pour apprécier de manière précise le coût réel de la sous-déclaration des accidents du travail et des maladies professionnelles.

Néanmoins, la commission a pu évaluer une nouvelle fourchette de coût associée à la sous-déclaration des AT/MP pour le régime général, comprise entre 356 et 749 millions d'euros (voir tableau 2). Les catégories retenues pour ce chiffrage représentent plus de 95 % des indemnités AT/MP de la branche sur le champ ONDAM en 2003.

Tableau 2- Coût global de la sous-déclaration AT/MP

(en millions d'euros)

	min	max
Cancers	212	553
Asthme	2	48
Accidents du travail avec arrêt	42	42
Accidents du travail sans arrêt	4	4
Affections périarticulaires	96	102
dont syndrome du canal carpien	36	42
dont autres affections périarticulaires (ordre de grandeur)	60	60
Total	356	749

Les estimations de coût de chacune de ces catégories sont présentées ci-dessous :

a) Les cancers

Le coût global de la prise en charge par le régime général de l'ensemble des cancers (professionnels ou non) peut être estimé à 9,4 milliards d'euros en 2005. Cette évaluation repose sur une étude sur le volume et le coût de la prise en charge hospitalière du cancer en France en 1999 (voir encadré 1), qui avait déjà été utilisée par la précédente commission.

Il n'existe pas en effet de données plus récentes permettant d'apprécier le coût global des cancers. A notre connaissance, deux études sont en cours, mais les résultats ne sont pas encore disponibles :

- Un nouveau groupe d'experts, à l'initiative de l'Institut National du Cancer, travaille actuellement sur un nouvel outil d'extraction des séjours "cancers" des bases PMSI nationales. Ces travaux devraient permettre, à court terme, de disposer d'une nouvelle évaluation du coût des cancers à l'hôpital (pour l'année 2003) ;
- Une étude du service médical de la CNAMTS effectuée sur la région Midi-Pyrénées et portant sur les assurés en admission de longue durée (ALD) du régime général, en cours de validation, pourrait permettre d'extrapoler ce coût global à partir de données plus récentes¹⁷.

¹⁷ Néanmoins, une telle extrapolation pourrait présenter quelques limites liées notamment, à la marge d'erreur relative à l'extrapolation France entière, et aux incertitudes sur le coût des cancers donnant lieu à hospitalisation en cliniques privées. Sur ce dernier point, le coût pourrait être sous-estimé. En effet, afin d'obtenir des remboursements plus rapides, certains soins relevant d'une prise en charge ALD ne sont pas facturés à ce titre dans les cliniques privées : c'est le cas pour une partie des actes affectés d'un coefficient égal ou supérieur à 50 (dans la mesure où ces actes sont remboursés à 100% indépendamment de l'ALD). Il faudra donc corriger ce biais lors de l'interprétation des résultats de l'enquête et ne pas minorer artificiellement le coût moyen de la pathologie.

Encadré 1 - Estimation du coût global des cancers en 2005 pour le régime général

Ce coût global est égal à la somme de deux catégories de dépenses : les dépenses hospitalières et les dépenses de soins de ville.

- Le coût des dépenses hospitalières repose sur une étude publiée dans le bulletin des cancers¹⁸, qui évalue le coût des cancers à l'hôpital à 6,04 milliards d'euros en 1999 tous régimes confondus. Ce coût pour 1999 a été actualisé pour l'année 2005 en fonction de l'évolution attendue du nombre de nouveaux cas de cancers en France entre 1999 et 2005. Compte tenu des évolutions constatées entre 1980 et 2000 (voir tableau 1), la commission a retenu une progression de 10 % du nombre de nouveaux cas de cancers entre 1999 et 2005. Un deuxième élément a été pris en compte pour actualiser le coût de 1999 : l'évolution du coût unitaire de prise en charge hospitalière d'un cancer en France. En l'absence d'éléments sur l'évolution de ce coût unitaire, une hypothèse de 15 % d'augmentation a été retenue par la commission. En conséquence, le coût des cancers à l'hôpital s'établirait à 7,6 Md€ en 2005. La proportion de ces dépenses qui relève du régime général est estimée à 70 %, soit un total de 5,3 milliards d'euros.

Tableau 1 – Evolution du nombre annuel de nouveaux cas de cancers en France

	1980	1985	1990	1995	2000
Nombre	170 177	187 837	211 073	241 989	278 253
Taux d'évolution		10,4%	12,4%	14,6%	15,0%

source : Evolution de l'incidence et de la mortalité par cancer en France de 1978 à 2000, InVS, 21 octobre 2003.

- Les dépenses de soins de ville ont été extrapolées à partir de ces dépenses hospitalières, en considérant, comme la précédente commission, que la part des dépenses hospitalières pour cancers dans l'ensemble des dépenses de soins est de 57 % (source CNAMTS). A partir de cette proportion, il est possible d'estimer le coût en soins de ville des cancers, qui s'établit à 5,8 milliards d'euros (= 7,6 Md€ / 57 % - 7,6 Md€). La proportion de ces dépenses relevant du régime général est estimée à 70 %, soit un total de 4 milliards d'euros.

Au total, le coût global des cancers pour le régime général en 2005 peut être estimé à 9,4 milliards d'euros.

Par ailleurs, on a vu plus haut (voir deuxième partie, point 2-1-2 a), que 3 à 6 % de l'ensemble des cancers chez l'homme seraient attribuables à une exposition professionnelle, en considérant que le champ de l'exposition professionnelle correspond aux substances cancérigènes prises en compte dans les tableaux de maladies professionnelles. Pour les femmes, très peu d'éléments sont disponibles. La commission a retenu une fourchette basse plus faible que pour les hommes (1,5 % au lieu de 3 %) au vu des données épidémiologiques étrangères existantes¹⁹. S'agissant de la fourchette haute, elle a conservé la proportion de 6 % retenue pour les hommes.

Ces fourchettes hommes et femmes, appliquées aux 9,4 milliards d'euros de dépenses globales du régime général²⁰, qui seraient consacrées au cancer en 2005, permettent d'apprécier la fourchette du coût [222 M€; 563 M€]²¹, qui peut être légitimement considéré comme engagé au titre des risques professionnels.

¹⁸ Etude Borella L, Finkel S, Crapeau N, Peuvrel P, Sauvage M, Lepage E, Garrigue B, sur le volume et le coût de la prise en charge hospitalière du cancer en France en 1999, Bulletin cancer 2002, 89 (9), 809-821.

¹⁹ D'après les éléments communiqués à la commission par l'Institut de Veille Sanitaire.

²⁰ Ce coût a été réparti entre les cancers hommes et les cancers femmes, à partir de la répartition des cancers incidents de l'année 2000 entre hommes (58%) et femmes (42%).

²¹ Hors dépenses d'indemnités journalières.

En soustrayant de cette fourchette le coût des cancers indemnisés par la branche AT/MP (10 millions d'euros), on peut évaluer à [212 M€; 553 M€] le montant correspondant à la prise en charge indue des cancers d'origine professionnelle relevant de la branche AT/MP par la branche maladie.

b) Les accidents du travail avec arrêt

L'évaluation financière de la sous-déclaration des accidents du travail avec arrêt, repose sur deux éléments :

- une estimation du nombre d'accidents du travail avec arrêt non déclarés à la branche AT/MP du régime général, réalisée à partir des résultats de l'enquête Conditions de travail de la DARES de 1998 ;
- une évaluation du coût moyen longitudinal d'un accident du travail avec arrêt pour la branche maladie.

S'agissant du nombre d'accidents avec arrêt non déclarés à la branche AT/MP du régime général, la commission retient l'effectif de 25 000, qui avait été utilisé il y a 3 ans, faute d'éléments nouveaux (voir deuxième partie, point 2-2).

Concernant le coût moyen d'un accident avec arrêt, la commission dispose d'un coût moyen longitudinal sur trois ans (2001-2002-2003) établi par la Direction des risques professionnels de la CNAMTS à partir des accidents du travail ayant donné lieu à un premier règlement en 2001 (749 000 accidents). La Direction des risques professionnels a opéré un retraitement du coût moyen AT calculé, pour tenir compte du fait que les indemnités journalières maladie sont moins favorables que les indemnités journalières AT. Le coût moyen obtenu, une fois ce retraitement réalisé, s'élève à 1678 euros, dont 67 % d'indemnités journalières.

Compte tenu de ces éléments, le coût de la sous-déclaration des accidents du travail avec arrêt peut être estimé à 42 millions d'euros.

c) Les accidents du travail sans arrêt

L'évaluation financière de la sous-déclaration des accidents du travail sans arrêt est similaire à celle des accidents avec arrêt. Elle repose sur le produit d'un coût moyen pour cette catégorie d'accidents (54 euros) avec l'estimation de la précédente commission du nombre d'accidents du travail sans arrêt non déclarés à la branche AT/MP (75 000).

Le coût de la sous-déclaration des accidents du travail sans arrêt peut ainsi être estimé à 4 millions d'euros.

d) L'asthme

L'évaluation du coût de la sous-déclaration de l'asthme nécessite de distinguer deux catégories de cas d'asthme :

- Les cas d'asthme d'origine professionnelle déclarés dans l'année (**cas incidents**) ;
- Les cas d'asthme d'origine professionnelle déclarés les années précédentes et nécessitant des soins de longue durée, l'asthme étant une maladie chronique (**cas prévalents**).

Le nombre de cas d'asthme incidents d'origine professionnelle serait compris entre 875 et 5250, en France (champ régime général), compte tenu des données épidémiologiques existantes (voir deuxième partie, point 2-1-2-b). En retranchant le nombre de cas d'asthme reconnus par la branche AT du régime général (283 en 2002), on obtient une fourchette du nombre de cas incidents non déclarés au régime général de [592 ; 4967].

Une fourchette du nombre de cas d'asthme prévalents d'origine professionnelle sous-déclarés a été évaluée à partir des quatre éléments suivants :

- Le nombre de cas d'asthme incidents d'origine professionnelle estimé ci-dessus, en faisant l'hypothèse que 50 % des asthmes incidents sont chroniques ;
- L'estimation de la durée de prise en charge d'un cas d'asthme chronique : une durée de 18 ans est retenue, compte tenu des éléments communiqués par la Direction des risques professionnels sur l'année de survenance des cas d'asthme professionnel reconnus en 2003 ;
- La proportion de cas relevant du régime général parmi l'ensemble des cas tous régimes estimée à 70 % ;
- Une estimation de la proportion des cas d'asthme prévalents sous-déclarés à partir des cas d'asthmes incidents sous-déclarés, soit une proportion de 91 % selon les hypothèses retenues ici.

Le produit de ces quatre éléments permet de calculer une fourchette de nombre de cas prévalents sous-déclarés de [7 147 ; 42 884].

Au total, le nombre de cas d'asthme d'origine professionnelle non déclarés s'établirait à [7739 ; 47 851]. Par ailleurs, le coût moyen annuel de l'asthme pour l'assurance maladie a été récemment estimé à 249 €²² par la Direction des risques professionnels de la CNAMTS. Selon une évaluation réalisée par le CREDES²³, ce coût s'élèverait à 1000 €. Le produit des fourchettes de nombre de cas et de coût moyen donne une fourchette de coût global, qui s'établit à [2 millions d'euros ; 48 millions d'euros]. Cette fourchette doit être toutefois considérée comme relativement fragile, compte tenu des difficultés à réaliser un tel chiffrage.

²² La Direction des Risques Professionnels précise que ce coût moyen a été obtenu en rapportant, d'une part, le coût de l'ensemble des cas d'asthme des tableaux 62 et 66 qui ont eu une consommation en 2003 (quelle que soit la date de survenance de la maladie), et d'autre part, le nombre de cas survenus depuis l'année du cas consommant le plus ancien (1985). De ce fait même, le coût moyen est probablement sous-estimé, un certain nombre de cas survenus depuis 1985 n'étant pas probablement des cas d'asthme chroniques.

²³ Voir étude du service médical de la CNAMTS « Dépenses du régime général de l'assurance maladie en 1994 pour 30 ALD ».

e) Les troubles musculo-squelettiques (TMS)

Le syndrome du canal carpien (SCC) représente 36 % des affections périarticulaires (tableau 57) indemnisées par le régime général en 2002 (10 147 cas sur 28 531 cas déclarés constatés reconnus)²⁴ et près de 25 % de l'ensemble des maladies professionnelles déclarées constatées reconnues en 2002 (10 147 cas rapporté à un total de 41 673 maladies).

Le coût de la sous-déclaration du SCC a pu être évalué, compte tenu de l'existence de données épidémiologiques sur les SCC attribuables à des facteurs professionnels. Pour les autres affections du tableau 57, seul un ordre de grandeur du coût de la sous-déclaration a pu être estimé, la commission ne disposant pas, pour ces pathologies, d'études épidémiologiques appréciant des fractions attribuables à une exposition professionnelle.

- Le syndrome du canal carpien

L'évaluation financière de la sous-déclaration du syndrome du canal carpien (SCC) repose sur deux éléments :

- Une estimation du nombre de SCC d'origine professionnelle non déclarés à la branche AT/MP du régime général ;
- Une évaluation du coût moyen longitudinal d'un SCC pour la branche maladie.

Le nombre de SCC d'origine professionnelle non déclarés à la sécurité sociale peut être estimé à 11 000 chaque année (voir deuxième partie, point 2-1-2-c).

Concernant le coût moyen d'un SCC, la commission dispose de deux estimations de coût :

- Un coût moyen longitudinal sur trois ans (2001-2002-2003)²⁵ établi par la Direction des risques professionnels de la CNAMTS à partir des SCC reconnus en 2001 (8 446 cas). La Direction des risques professionnels a opéré un retraitement du coût moyen AT obtenu, pour tenir compte du fait que les indemnités journalières maladie sont moins favorables que les indemnités journalières AT. Le coût moyen final (une fois ce retraitement réalisé) s'élève à 3306 euros ;
- Une évaluation du coût moyen de prise en charge d'un SCC calculée à partir d'un parcours de soins de ville type (hors indemnités journalières), d'un tarif moyen hôpital pour une opération de libération du canal carpien et d'un montant d'indemnités journalières estimé par la Direction des risques professionnels de la CNAMTS (voir encadré 2). Le coût moyen obtenu s'élève à 3 845 euros.

Le produit du nombre de SCC d'origine professionnelle non déclarés à la sécurité sociale et des coûts moyens estimés permet d'évaluer une fourchette de coût de la sous-déclaration pour cette pathologie comprise entre 36 et 42 millions d'euros.

²⁴ Source : publication de la Direction des risques professionnels de la CNAMTS : statistiques trimestrielles des Maladies Professionnelles constatées en 2002, dénombrement définitif arrêté au 31.12.2004.

²⁵ Ce coût moyen longitudinal est tronqué à trois ans d'indemnisation ; nous ne disposons pas d'éléments pour apprécier l'importance des indemnisations au delà de ces 3 ans.

- Ordre de grandeur du coût de la sous-déclaration des principales affections du tableau 57 autres que le SCC

Une évaluation de l'ordre de grandeur du coût de la sous déclaration des principales autres affections du tableau 57 (épicondylite, épaule enraidie, épaule douloureuse et tendinite) est possible en faisant l'hypothèse que la proportion de cas sous-déclarés pour ces pathologies est la même que pour le SCC, soit environ 50 %.

Les coûts moyens retenus pour ces pathologies ont été calculés par la Direction des risques professionnels selon la même méthodologie que pour le SCC. Compte tenu de ces hypothèses, on peut évaluer un ordre de grandeur du coût de la sous-déclaration de ces quatre affections à 60 millions d'euros (voir tableau 3).

Tableau 3 – Evaluation de l'ordre de grandeur du coût de la sous-déclaration des principales affections du tableau 57 autres que le SCC

(Tab. 57)	Nombre de MP déclarées, constatées, reconnues en 2001	Estimation du nombre de cas sous-déclarés	Coût moyen longitudinal sur 3 ans (en €)	Ordre de grandeur du coût de la sous-déclaration (en M€)
Epicondylite	4 157	4 157	3 871	16,1
Epaule enraidie	2 227	2 227	7 409	16,5
Epaule douloureuse	4 048	4 048	6 555	26,5
Tendinite	1 804	1 804	2 388	4,3
Total				63,4

Encadré 2 – Evaluation du coût moyen de prise en charge d'un SCC

Ce coût moyen est la somme de trois postes de dépenses :

- Les dépenses de soins de ville hors indemnités journalières ;
- Le tarif hospitalier relatif à un séjour à l'hôpital pour une opération de libération du canal carpien ;
- Les dépenses d'indemnités journalières maladie.

Les dépenses de soins de ville hors indemnités journalières

Les dépenses de soins de ville hors indemnités journalières s'élèvent à **491 euros**. Elles reposent sur un parcours de soins type communiqué par le professeur Bernard Dusquenoy du CHU de Lille. Ce parcours de soins a été valorisé par la Direction de la sécurité sociale en fonction des tarifs des actes en vigueur. Il s'établit de la manière suivante :

- Une consultation de médecine générale par le médecin traitant, au terme de laquelle ce médecin traitant dirigera le patient vers le rhumatologue pour des soins itératifs. Coût de cette consultation : **20 euros**.
- Une radiographie du poignet selon 1 ou 2 incidences faite par le médecin rhumatologue correspondant. Elle est tarifée 19,95 euros, auxquels il faut rajouter le modificateur (15,60 euros) et le supplément numérisé (6,65 euros), soit **42,20 euros**.
- A la suite de cette radiographie, ce médecin rhumatologue décide de réaliser une exploration électrophysiologique d'une atteinte du nerf médian au canal carpien, dont le tarif est de **121, 53 euros**.
- Ce médecin rhumatologue décide de 3 consultations au cours desquelles sont réalisées des infiltrations locales (corticoïdes, avec un résultat complet au bout d'une semaine) : coût par consultation de 23 euros, auquel il faut rajouter la MPC (2 euros) et la MCS (2 euros), soit 27 euros. Au total, **81 euros**. Au final, il décide que le patient devra se faire opérer par un chirurgien.
- L'intervention du canal carpien fait intervenir deux médecins spécialistes : l'anesthésiste et le chirurgien. Une consultation pré-anesthésiste quelques jours avant l'opération est requise réglementairement. Tarif de cette consultation pré-anesthésiste : CS + MPC + MCS = **27 euros**.

- Le tarif de l'opération en ville (hors tarif de l'hôpital) est de 104,50 euros pour le chirurgien, auxquels il faut ajouter les modificateurs J et K, soit + 6,50 % et + 11,50 %. Le chirurgien percevra en tout $104,50 + 6,79 + 12,80 = \mathbf{124,09 \text{ euros}}$; pour l'anesthésiste, 53,43 euros auxquels il faut rajouter très vraisemblablement le modificateur 7 (pour présence permanente du médecin anesthésiste durant toute l'intervention) de + 4 %, soit $\mathbf{55,57 \text{ euros}}$.
- Eventuellement, une consultation chez le médecin traitant. Tarif : **20 euros**.

Le tarif hospitalier relatif à un séjour à l'hôpital pour une opération de libération du canal carpien

Le tarif hospitalier moyen hors complication peut être évalué à **584 euros** en 2005 (voir partie Etat des lieux statistiques, PMSI).

Les dépenses d'indemnités journalières maladie

Compte tenu des éléments communiqués par la Direction des risques professionnels, ces dépenses peuvent être évaluées à 2 770 euros.

Au total, le coût moyen longitudinal de prise en charge d'un SCC peut être ainsi estimé à 3 845 euros.

4^{ème} partie : Les préconisations de la commission

Les multiples actions menées ou en cours, recensées dans la première partie du rapport, devraient permettre, pour l'avenir, de mieux connaître les risques auxquels sont confrontés les salariés dans leur travail et de disposer d'outils pour mieux les appréhender.

Dans l'immédiat, la commission n'a pu que constater la persistance d'un phénomène de sous-déclaration des risques professionnels et la nécessité de poursuivre les actions pour y remédier.

La commission a donc souhaité formuler un certain nombre de préconisations visant à réduire la sous déclaration des risques professionnels centrées autour de trois axes :

- les mesures à prendre susceptibles de remédier à la sous-déclaration ;
- les actions de prévention à conduire dans les entreprises ;
- la révision des moyens de suivi et de réflexion sur les données épidémiologiques et statistiques en matière d'AT/MP et sur le coût des pathologies.

1- Mesures susceptibles de permettre une diminution de la sous-déclaration

La conduite d'actions en direction du corps médical, des victimes ainsi que l'adaptation de la réglementation à l'évolution des connaissances médicales et du monde du travail apparaissent primordiales à la commission pour remédier à la sous-déclaration des risques professionnels.

1-1- Le corps médical

1-1-1- La formation du corps médical

L'insuffisante formation des médecins aux risques professionnels a été amplement soulignée comme l'une des causes de sous-déclaration des maladies professionnelles. La COG AT/MP et le Plan Santé au Travail prévoient l'inscription, dans le cursus universitaire des médecins, d'une formation aux risques professionnels ainsi que leur sensibilisation à ces risques dans le cadre de la formation continue.

La commission estime que l'inscription de cette formation, dans le cursus universitaire des médecins, doit être faite sans plus attendre et que, dans l'attente qu'une telle formation porte ses fruits, les CPAM pourraient développer des actions de formation en direction des médecins libéraux ou leur envoyer des brochures d'information sur ces maladies et la réglementation en vigueur comme le font déjà quelques caisses.

1-1-2- La conduite d'actions d'information par les sociétés savantes de médecine

La CNAMTS et les pouvoirs publics devraient également demander aux sociétés savantes de médecine, oeuvrant dans le secteur des principales pathologies professionnelles, de conduire des actions de sensibilisation sur ces risques auprès des médecins spécialistes. La Société de Pneumologie de Langue Française a montré, par son action pionnière, que des interventions de ce type bénéficiaient d'un accueil privilégié de la part des praticiens et pouvaient atteindre à une réelle efficacité.

La Société Française de Dermatologie a indiqué qu'elle peut rédiger des lettres et des messages sur site Web et diffuser une lettre auprès des dermatologues adhérents pour les sensibiliser au problème de la sous-déclaration des AT/MP.

1-1-3- Le développement des questionnaires de repérage des expositions professionnelles

Le repérage des situations d'exposition aux risques professionnels n'est pas toujours facile à établir pour le praticien notamment lorsque le patient a occupé plusieurs emplois et que la maladie survient plusieurs années après l'exposition. Les questionnaires de repérage des expositions professionnelles apparaissent, dans ce cas, comme un outil essentiel pour les cliniciens afin de repérer, pour une pathologie donnée, les expositions professionnelles connues comme pouvant être à l'origine de la maladie.

La commission estime que la CNAMTS et les pouvoirs publics devraient œuvrer pour permettre l'élaboration et le développement de tels outils pour les cliniciens à l'instar du "Questionnaire de repérage des expositions professionnelles chez les sujets atteints de cancer bronchique primitif" établi par la Société de Pneumologie de Langue Française et la Société Française de Médecine du Travail, largement utilisé par les professionnels concernés, qui a effectivement permis une diminution de la sous-déclaration de cette pathologie.

La commission souhaite que soient également encouragés et aidés tous travaux de recherche sur les modalités de reconstitution des expositions passées des travailleurs.

1-1-4- L'amélioration des liens entre les médecins du travail et les médecins-conseils des caisses

Les liens entre les médecins-conseils des caisses de sécurité sociale et les médecins du travail doivent être renforcés. Il paraît nécessaire, a minima, que des mesures soient prises pour inciter les médecins du travail à répondre aux questionnaires transmis par les médecins-conseils des caisses dans le cadre de l'instruction des dossiers.

1-2- L'aide aux victimes :

Certaines personnes particulièrement défavorisées socialement rencontrent des difficultés pour comprendre le processus de reconnaissance des maladies professionnelles et engager des démarches pour obtenir une indemnisation. La COG AT/MP prévoit la mise en place d'une procédure d'accompagnement des victimes (ou de leurs ayants droit) dans les démarches de déclaration de la maladie.

La commission estime que la mise en oeuvre d'une telle procédure d'accompagnement est plus que jamais nécessaire, ainsi que, plus généralement, une information des salariés sur les démarches à accomplir pour déclarer une maladie professionnelle.

1-3- L'adaptation de la réglementation

L'adaptation de la réglementation aux évolutions des connaissances scientifiques et du monde du travail est indispensable, et elle doit probablement, en ce qui concerne les tableaux, adopter un autre rythme que celui des dernières années.

1-3-1- L'adaptation des tableaux des maladies professionnelles aux connaissances épidémiologiques et à l'évolution des techniques médicales

Les tableaux des maladies professionnelles doivent tenir compte des nouvelles connaissances scientifiques et des nouveaux modes de diagnostic et de traitement des pathologies professionnelles. Deux catégories de tableaux, en particulier, sont illustratives des décalages actuels ; ils concernent du reste des pathologies de première importance : les TMS et les cancers. La mise à l'étude de leur enrichissement, ou même de leur réforme dans le cas des TMS, est une priorité. En ce qui concerne les produits cancérigènes, on se reportera aux développements figurant ci-dessus (2^{ème} partie - point 2-1-2 a) et à l'annexe spécifique.

Pour les TMS, le tableau à réformer est celui des affections périarticulaires (N° 57). Tel qu'il est actuellement, il ne tient pas compte de l'évolution de la médecine (moyens de diagnostic et moyens de traitement) ni de celle des conditions de travail. Il est muet sur les cervicalgies, pourtant très présentes chez les travailleurs du tertiaire, et obsolète sur les pathologies de l'épaule.

Le problème posé par les troubles psychologiques dus au travail sera lui aussi, nécessairement, à l'ordre du jour. La non-détection de l'origine professionnelle influe, ici plus sûrement encore que dans les autres champs pathologiques, non seulement sur le partage de la charge entre branches de la sécurité sociale mais encore sur l'évolution globale de la dépense sociale, en favorisant d'une part le prolongement de la maladie et de l'interruption du travail et d'autre part la consommation pharmaceutique, à des hauteurs qui distinguent la France.

Pour autant, la question du traitement en AT/MP est complexe et sensible : il convient donc de lancer sans tarder une réflexion spécifique sur les différentes manifestations pathologiques et situations pathogènes (stress, troubles post-traumatiques, dépressions, harcèlement ...), sur les possibilités réelles de la technique des tableaux, sur les seuils d'IPP, en tirant parti des expériences étrangères (Italie, Danemark notamment).

Une réflexion d'ensemble sur les tableaux et leur modernisation sont d'autant plus nécessaires que les limites du système complémentaire, et notamment des contraintes qui sont les siennes en matière de preuve, sont certaines.

La commission préconise l'ouverture à brève échéance, au sein de la commission des maladies professionnelles du Conseil Supérieur des Risques Professionnels, d'un cycle de travaux sur la réparation des troubles d'ordre psychologique d'origine professionnelle et la production d'un rapport sur ce thème.

1-3-2- La meilleure prise en compte des pathologies ayant des causes multi-factorielles

Dans le cadre du système complémentaire comme pour les travaux conduisant à l'évolution des tableaux, le lien entre une maladie et l'activité professionnelle peut être difficile à établir notamment lorsque la pathologie a des causes multi-factorielles (causes professionnelles et extra-professionnelles). La commission préconise que cette dimension soit mieux appréhendée et que notamment des études soient conduites pour apprécier l'opportunité de fixer, pour ces cas, des seuils attribuables aux facteurs professionnels, à l'instar de ce qui existe dans d'autres pays (notamment au Danemark).

Cette meilleure prise en compte devrait également faire l'objet d'études approfondies sur le plan de ses implications juridiques et sociales dans le cadre des réflexions globales en cours.

1-3-3- Le suivi post-professionnel

Les difficultés de reconstitution des parcours professionnels notamment lorsque la maladie se déclare plusieurs années après l'exposition ont été mises en avant comme l'un des facteurs de sous-déclaration des MP.

L'importance de l'instauration de suivis post-professionnels a été également soulignée. Ces suivis n'existent actuellement que pour les retraités. Ils sont effectués essentiellement pour des personnes ayant été exposées à l'amiante.

Ces suivis seraient à développer et à étendre à d'autres catégories d'expositions.

2- La prévention dans le cadre des entreprises

La diminution de la sous-déclaration des maladies professionnelles passe par une meilleure prévention des risques au sein des entreprises, mais également par une meilleure connaissance des postes de travail occupés.

2-1- Etudier l'opportunité d'instauration de l'enregistrement individuel des expositions

Des dispositions ont été prises ces dernières années pour assurer une meilleure connaissance des risques encourus dans l'entreprise : obligation pour l'employeur d'établir un document d'évaluation des risques dans l'entreprise ("document unique"), remise au travailleur exposé à des agents cancérigènes, mutagènes ou toxiques pour la reproduction d'une attestation d'exposition à ces risques lors de son départ de l'entreprise, tenue par l'entreprise d'une fiche d'exposition pour les salariés soumis à des bruits de plus de 85 dB(A).

En fait, le document unique est rarement établi notamment dans les petites entreprises. De même, la remise au travailleur de l'attestation d'exposition à des agents cancérigènes, mutagènes ou toxiques pour la reproduction semble souvent difficile à obtenir.

Pour mieux appréhender les difficultés rencontrées par les entreprises dans l'évaluation des risques, le Plan Santé au Travail prévoit l'engagement d'une démarche concertée pour notamment adapter la présentation du document unique à la taille de l'entreprise et à l'activité exercée.

La commission propose d'étudier l'opportunité et la faisabilité de l'instauration d'un enregistrement individuel, sous une forme à déterminer, des expositions pour chaque travailleur, qui aurait le mérite de faire figurer, dans un document unique, les risques auxquels les personnes auraient été exposées durant leur carrière et de conserver une traçabilité pour les salariés qui connaissent des parcours professionnels marqués par la précarité (multiplication des emplois à durée déterminée ou des missions d'intérim). Entre autres problèmes éthiques et déontologiques, la liste des personnes autorisées à consulter cet enregistrement sera un des points à étudier tout particulièrement, notamment pour prévenir les effets néfastes sur l'embauche.

2-2- Une meilleure orientation des contrats de prévention

L'ANACT et l'INRS, notamment, oeuvrent pour apporter aux entreprises des outils et des méthodes permettant de développer des actions de prévention dans l'entreprise.

Des aides peuvent être actuellement accordées aux entreprises qui améliorent les conditions de santé et de sécurité, dans le cadre notamment des contrats de prévention. Ces contrats peuvent être conclus par des entreprises de moins de 200 salariés relevant d'une branche professionnelle qui a signé une convention d'objectifs avec la CNAMTS.

La COG AT/MP prévoit la réalisation d'ici à 2006 d'un bilan de ces contrats de prévention en examinant notamment leurs effets au sein des entreprises.

La commission recommande que ces contrats soient associés à des objectifs de santé publique préalablement définis (par exemple dans un but de réduction des TMS pour des entreprises qui investissent dans du matériel ergonomique ou qui procèdent à des études de gestuels en vue de réduire la prévalence de ces pathologies).

2-3- Développer la recherche sur le terrain

Plus généralement il est impératif de stimuler et d'orchestrer la recherche sur les implications physiques et psychiques des postes de travail et des emplois, dont la connaissance fine et actualisée fait encore largement défaut, alors même que, du fait de l'évolution de la jurisprudence sur la faute inexcusable, la santé au travail est entrée dans une ère où s'affirmera l'obligation de résultat.

3 - La révision des moyens de suivi et de réflexion sur les données épidémiologiques et statistiques en matière d'AT/MP et sur le coût des pathologies

L'intervalle de trois ans séparant actuellement les mises à jour de l'information n'est plus adapté aux nécessités de l'action pour la santé au travail, ni surtout à la production de données.

L'information disponible, qu'il s'agisse d'études épidémiologiques, de données statistiques ou de coût des pathologies demeure certes insuffisante. Néanmoins, à court et moyen terme, elle devrait s'enrichir. Les premiers résultats de l'enquête « Conditions de travail » 2005 et de l'enquête Santé devraient bientôt être publiés. Surtout, de nouvelles données à la fois épidémiologiques et de coûts par pathologie devraient être bientôt disponibles, de manière régulière :

- des évaluations de coûts par pathologie vont pouvoir être menées, puis actualisées, à partir des nouvelles bases de données de l'assurance maladie et, notamment, du nouvel échantillon construit à partir du SNIIR-AM, qui intègrera, en plus des données de consommation de soins (soins de ville et hôpital) des éléments de diagnostics ;

- l'Institut de Veille Sanitaire a mis en place, récemment, plusieurs réseaux de surveillance des pathologies professionnelles (troubles musculo-squelettiques, asthme). Ces dispositifs devraient permettre de disposer de données épidémiologiques périodiques sur ces pathologies.

La disponibilité régulière de nouvelles données épidémiologiques et de coûts renforce l'idée, déjà évoquée par la précédente commission, de la création d'une instance de suivi, de réflexion et d'impulsion sur les données utiles à l'appréciation de la sous-déclaration. Cette instance permanente pourra être ou non interne à l'administration : son organisation et son fonctionnement restent à définir.

Elle pourrait avoir deux rôles principaux.

En premier lieu, elle aurait pour mission de faire un point régulier sur les nouvelles données disponibles, et de mener un travail de confrontation avec les éventuelles données existantes.

En second lieu, elle pourrait initier des nouvelles études, notamment dans les domaines de l'épidémiologie, de la sociologie et du droit. Sur ce point, la proposition rejoint celle de la commission précédente qui proposait de mener un travail de coordination pour permettre l'établissement d'un programme national pluriannuel d'études et de recherche. La nouvelle instance pourrait ainsi engager des réflexions sur divers sujets importants touchant à la sous-déclaration, comme la prise en compte du caractère pluri-factoriel de certaines pathologies, en examinant les dispositifs en place dans d'autres pays.