





## DOSSIER

# Maladies professionnelles : à quand une vraie reconnaissance ?

Par Stéphane Vincent

**L**es salariés contaminés par le Covid-19 dans le cadre de leur activité pourront-ils le faire reconnaître en maladie professionnelle ? Rien n'est moins sûr. Les critères définis par le gouvernement pour acter cette reconnaissance sont si restrictifs qu'ils vont exclure de nombreuses victimes. Il s'agit là d'une énième illustration des difficultés rencontrées par les travailleurs pour obtenir réparation. Le compromis historique entériné par la loi – accorder au salarié le bénéfice d'une présomption d'origine professionnelle de sa pathologie en échange d'une relative immunité juridique pour l'employeur – apparaît de plus en plus bancal. L'indemnisation forfaitaire qui en découle pour les victimes s'avère souvent trop faible au regard des préjudices réels et les pousse à attaquer les employeurs en justice, incitant ces derniers à faire barrage à toute déclaration ou reconnaissance. L'absence d'évolution des tableaux de maladies professionnelles, qui conditionnent l'accès à la présomption d'origine, renvoie également les victimes vers un système complémentaire où elle ne s'applique plus. Sans oublier le parcours d'obstacles que constitue la procédure de reconnaissance. Le système doit donc évoluer, et les options sont nombreuses. Une chose est certaine, en tout cas : l'intervention des acteurs de prévention en entreprise demeure déterminante. En mettant en visibilité les risques, ils peuvent à la fois éviter des maladies... et faciliter leur reconnaissance. #

Illustrations : Simon Bailly

# Une réparation très sélective pour les victimes du Covid-19

Les critères retenus par le gouvernement pour reconnaître et indemniser l'origine professionnelle de cas de Covid-19 sont très restrictifs, y compris pour les soignants. Un dispositif jugé injuste et inadapté par les associations de victimes et les syndicats.

**Dès fin mars 2020**, le gouvernement a commencé à plancher sur les critères de reconnaissance du Covid-19 en maladie professionnelle. Le décret qui les définit, attendu initialement pour le 31 juillet, est finalement sorti le 14 septembre. Il reprend en grande partie les éléments d'un projet de texte qui circule depuis début juillet, lequel avait déjà précisé le cadre retenu par le gouvernement. Et celui-ci fait débat.

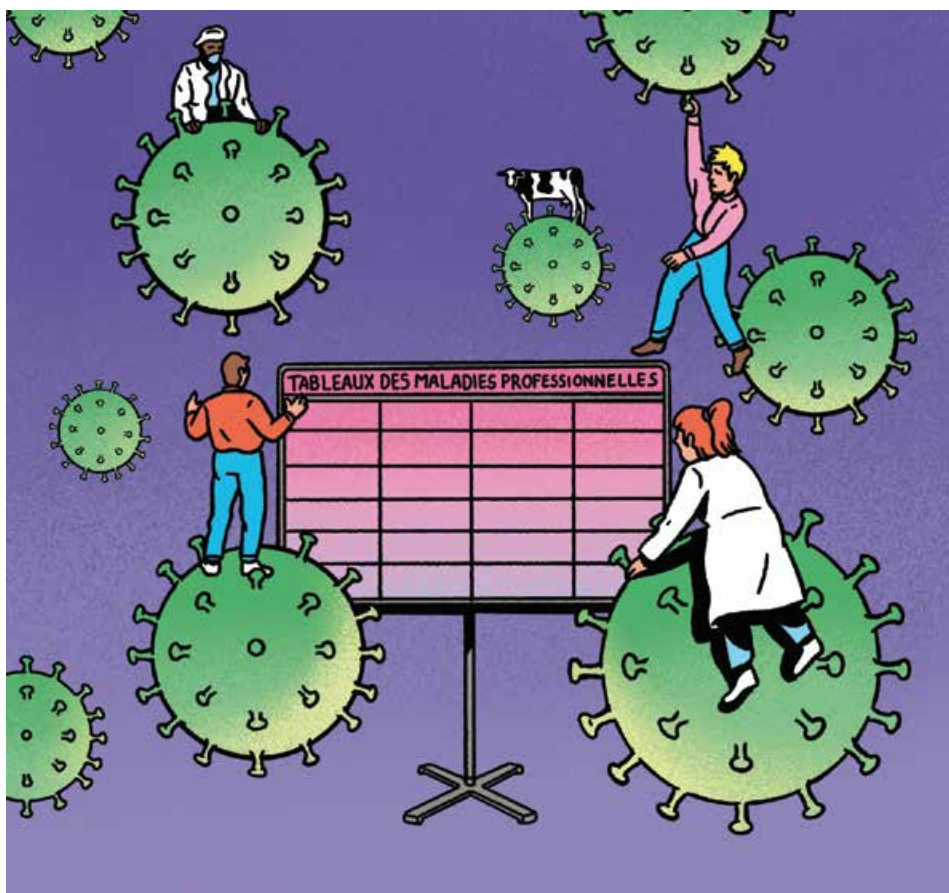
Alors que l'épidémie a touché 387 252 personnes en France, et que 30 950 en sont mortes (selon les statis-

tiques de Santé publique France au 15 septembre), le décret ne prévoit d'accorder la reconnaissance en maladie professionnelle qu'aux travailleurs victimes d'une affection respiratoire grave, et seulement s'ils ont été admis en réanimation sous oxygénothérapie ou s'ils en sont décédés. Sont ainsi exclues d'autres complications : rénales, neurologiques, cérébrales, cardiovasculaires, musculaires, psychiques... « Selon les connaissances actuelles, il semble pourtant que des personnes contaminées, même asymptomatiques, connaît-

ront des résurgences et des rechutes, signe que le Covid-19 peut évoluer comme une maladie chronique », s'alarme Catherine Pinchaut, secrétaire nationale de la CFDT.

## UN TABLEAU RÉSERVÉ AUX SOIGNANTS

Le décret prévoit ensuite deux circuits de reconnaissance. Le premier concerne les soignants et les salariés travaillant en milieu de soin, qui bénéficieront d'un nouveau tableau de maladie professionnelle : le n° 100. Comme indiqué plus haut, ce dernier restreindra pour la première fois la prise en charge d'une pathologie à un certain degré de gravité. La question se pose également de la pertinence d'un nouveau tableau, alors qu'il en existe déjà un dédié aux maladies liées à des agents



infectieux ou parasitaires : le n° 76. Les travailleurs relevant du régime agricole auront leur propre tableau (n° 60), tandis que les professionnels libéraux, même ceux qui ne souscrivent pas à l'assurance AT-MP, bénéficieront d'une indemnisation par l'Etat.

Pour les autres personnes contaminées sur leur lieu de travail, un comité régional de reconnaissance des maladies professionnelles (CRRMP) spécifique est censé examiner les demandes, dans le cadre du système dit complémentaire. Pourquoi ce distinguo entre les professionnels exposés, selon qu'ils relèvent du secteur de la santé ou non ? Le ministère du Travail n'a pas souhaité répondre à nos questions sur le sujet. « *Les employeurs étaient contre la création d'un tableau pour tous les salariés, car ceux-ci vont être tentés d'attaquer leur employeur pour faute inexcusable, une fois le Covid-19 reconnu en maladie professionnelle* », avance Alain Prunier de l'Association des accidentés de la vie (Fnath). Quoi qu'il en soit, le passage par le système complémentaire promet d'être « *un véritable parcours du combattant* », estime Serge Legagnoa, secrétaire confédéral Force ouvrière.

Sur ce sujet, le projet de décret posait un problème majeur. Il prévoyait que les demandes traitées par le CRRMP le seraient dans le cadre de l'alinéa 7 de l'article L. 461-1 du Code de la Sécurité sociale. « *Cela signifie que les victimes devront établir "un lien direct et essentiel" entre leurs conditions d'exposition et leur pathologie* », expliquait Jacques Faugeron, président de l'Association nationale de défense des victimes de l'amiante (Andeva), dans un courrier au Premier ministre le 6 juillet dernier. Une démarche très difficile, qui ne s'applique qu'en l'absence d'un tableau de maladie professionnelle. Or, il y en a bien un dans le cas présent. Le décret final ne mentionne plus cet alinéa. Reste à savoir comment le CRRMP traitera finalement la question.

En attendant la parution de ce texte, certains acteurs se sont tournés vers la déclaration du Covid-19 en accident du travail. « *C'est pour le moment la seule option,*

précise Julie Vigan, responsable juridique de la Fnath. *Mais le délai d'incubation étant variable d'une personne à une autre – entre cinq et quinze jours –, le lien entre le fait accidentel et la survenance de la lésion apparaît difficile à établir en pratique.* » L'idée de créer un fonds d'indemnisation spécial pour les victimes du Covid-19 s'est aussi heurtée à l'opposition du gouvernement. La proposition de loi sur le sujet de la sénatrice socialiste Victoire Jasmin, soutenue par la Fnath, l'Andeva, la CFDT et la CFTC, a été retoquée fin juin.

#### ANTICIPATION OU CONFUSION ?

Sans attendre le décret final, ce qui est une première, l'Assurance maladie a malgré tout décidé le 20 août dernier de mettre en ligne un site Internet dédié aux demandes de reconnaissance du Covid-19 en maladie professionnelle. « *Nous avons commencé à enregistrer les demandes afin de réunir les pièces nécessaires, justifie la Caisse nationale d'assurance maladie, sans donner plus de précision sur le nombre de dossiers en instance. Nos systèmes d'information étant prêts et la parution du décret proche, avec l'accord du ministère de la Santé, nous avons pu ouvrir dès à présent le service pour que les assurés puissent déposer leurs demandes de maladie professionnelle.* Bien sûr, aucune décision de reconnaissance ne pourra toutefois intervenir tant que les textes ne seront pas publiés. »

A ceci près que, si le site s'appuie sur le projet de décret, il évoque également des critères qui n'y figurent pas, comme le fait d'avoir été au contact du public pour les non-soignants. Compte tenu des changements opérés dans le texte définitif, tout cela laisse présager quelques contentieux. Au printemps, le gouvernement avait promis qu'il y aurait une reconnaissance pour tous les soignants, quoi qu'il en coûte. « *Il y aura en définitive très peu d'élus, car les critères sont très restrictifs, comme si le gouvernement voulait se prémunir en cas de nouvelle pandémie* », déplore Nadine Herrero, présidente de la Fnath. #

Clotilde de Gastines

« Les employeurs étaient contre la création d'un tableau pour tous les salariés. »



# Des ombres aux tableaux de maladies professionnelles

Pierre angulaire de la reconnaissance des maladies professionnelles, le système des tableaux évolue peu du fait des intérêts antagoniques des partenaires sociaux sur le sujet. Des solutions sont proposées, qui augurent de changements plus profonds.

Par **Pierre Martins**,  
expert en santé au travail

**Un salarié exposé** ou ayant été exposé à des nuisances dans le cadre de son travail peut contracter une maladie, et celle-ci peut être reconnue comme une maladie professionnelle et indemnisée. En France, la reconnaissance des maladies professionnelles (MP) repose principalement sur des tableaux. Lorsqu'il en existe un pour la pathologie dont le travailleur est atteint, et que ce dernier en remplit toutes les conditions, il n'a pas à apporter la preuve du lien entre sa maladie et son activité : il bénéficie de la présomption d'origine professionnelle ou d'imputabilité, principe fondateur du système de reconnaissance.

C'est néanmoins loin d'être aussi aisé. Le constat d'une sous-reconnaissance et d'une sous-déclaration structurelle des atteintes liées au travail par la législation mise en place il y a plus d'un siècle (voir page 32) est bien établi. Pour s'en convaincre, il suffit de lire les nombreuses publications scientifiques et institutionnelles rédigées sur le sujet ces dernières décennies, l'une plus récentes étant le rapport rendu en 2018 par la commission d'enquête parlementaire sur les maladies et pathologies professionnelles dans l'industrie (voir page 44).

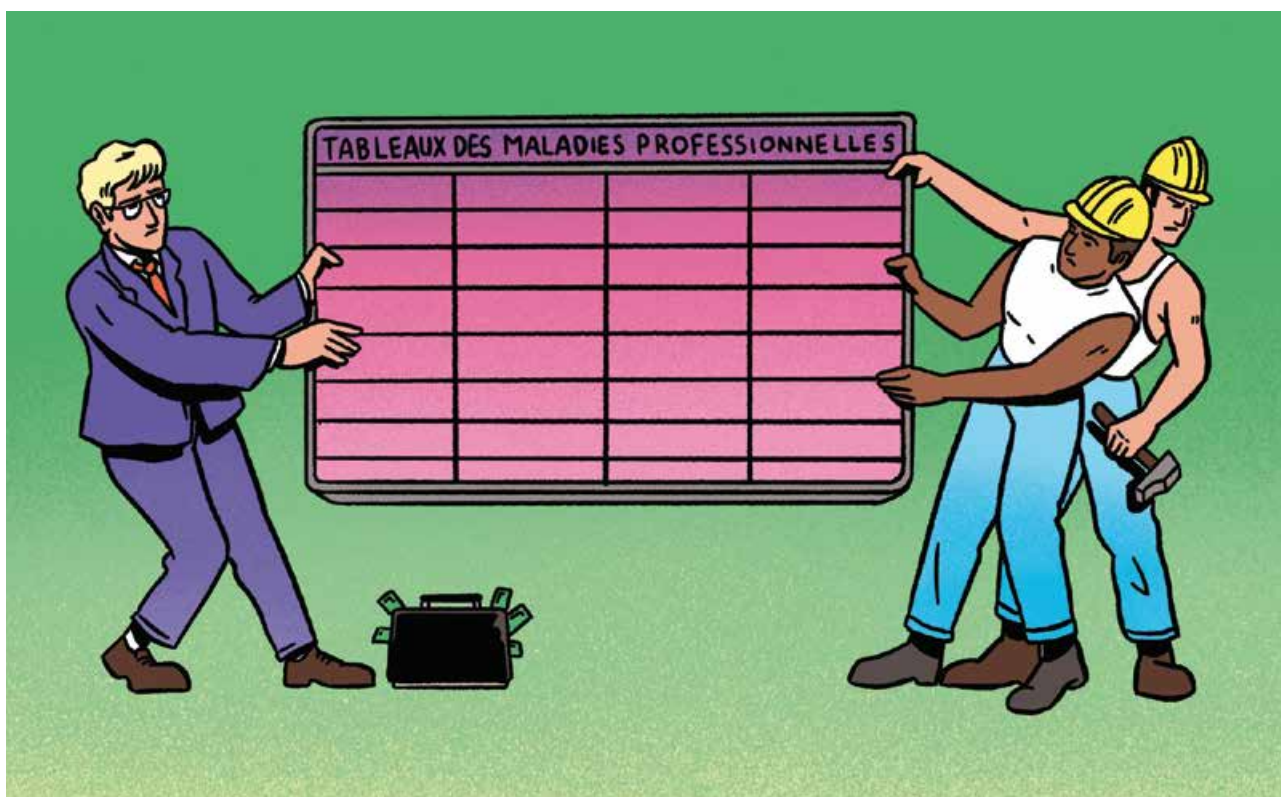
## IMPASSE POLITICO-SOCIALE

Parmi les raisons expliquant cette sous-reconnaissance, il y a le retard dans l'élaboration et la révision des tableaux de MP par rapport à l'évolution des connaissances scientifiques sur les pathologies en lien avec le travail. La commission des maladies professionnelles du Conseil d'orientation des conditions de travail

(Coct), chargée d'élaborer ces tableaux, réunit en effet des acteurs qui ont des intérêts divergents : les organisations d'employeurs et les syndicats de salariés. Dans la mesure où les cotisations liées à la sinistralité en matière d'accident du travail et de maladies professionnelles (AT/MP) pèsent uniquement sur les employeurs, ceux-ci peuvent être tentés de freiner la mise en place de nouveaux tableaux ou de défendre une formulation plus restrictive de ceux existants, afin que leurs charges n'augmentent pas. De leur côté, les organisations syndicales ont plutôt tendance à aller dans l'autre sens, afin d'améliorer l'indemnisation des victimes. Les discussions au sein de la commission mêlent donc à la fois des questions de nature scientifique et des enjeux politico-sociaux, conduisant trop souvent à une situation de blocage où les premières s'effacent devant les seconds et où l'Etat peine à trancher.

En vue de débloquer la situation, les pouvoirs publics ont décidé en 2018 de confier la phase d'expertise scientifique à l'Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (Anses), afin de séparer le débat médico-technique de la discussion politico-sociale. Mais cela suffira-t-il à recréer une dynamique nouvelle autour de la création et de la mise à jour des tableaux de MP ? Rien n'est certain.

En effet, différents acteurs mettent en avant le fait que, s'il est bien adapté pour les atteintes dont le lien avec le travail est évident, le système de reconnaissance le serait moins pour les pathologies plurifactorielles. C'est le cas par exemple des cancers, dont le développement associe des facteurs de risques professionnels, mais aussi environnementaux, comportementaux ou génétiques. La branche patronale ne veut pas prendre en charge, du fait de la présomption d'origine, des maladies dont une part non négligeable serait due à d'autres causes que professionnelles. La création ou



l'évolution des tableaux pour ces pathologies demeure donc de plus en plus difficile.

### « DIAGNOSTICS DIFFÉRENTIELS »

C'est pourquoi on voit poindre à nouveau des propositions visant à traiter cette problématique. Dans son rapport de mission sur la prévention des expositions aux produits chimiques de juin 2018, le professeur de médecine du travail Paul Frimat suggérait ainsi de faire évoluer le droit pour permettre l'inscription de « *diagnostics différentiels* » dans les tableaux. Plus concrètement, il s'agirait d'y inscrire des examens complémentaires permettant de mieux « *caractériser la pathologie et d'éliminer des causes extra professionnelles* », en précisant, « *pour certaines pathologies multifactorielles, de façon explicite et limitative, la ou les affections à éliminer* ». Cela aurait l'avantage, selon l'auteur du rapport, de « *permettre le maintien d'une présomption d'imputabilité, tout en "l'aménageant"* ». Une proposition présentée dans le rapport de la commission d'enquête parlementaire cité plus haut comme « *a priori défavorable aux travailleurs en ce qu'elle apparaît restreindre les conditions d'ouverture de l'accès au ta-*

*bleau* », mais qui « *aurait néanmoins la capacité de surmonter les oppositions conduisant actuellement à des blocages et empêchant l'accord des partenaires sociaux sur de nouveaux tableaux* ». Dans le même ordre d'idée, les sénateurs Stéphane Artano et Pascale Gruny, auteurs d'un rapport d'information sur la santé au travail publié en octobre 2019, proposent d'instituer pour certaines pathologies multifactorielles un système

de pourcentage de risque attribuable, afin de tenir compte des facteurs non professionnels dans l'émergence et l'évolution de la maladie.

Ces propositions, loin de faire consensus, peuvent apparaître comme le signe d'une volonté de certains acteurs d'améliorer le dispositif de reconnaissance des maladies professionnelles. Des évolutions qui seraient de nature à rouvrir d'autres débats, tel celui de la réparation intégrale des préjudices subis par les victimes, laquelle demeure forfaitaire aujourd'hui. Mais ne nous y trompons pas : l'expérience montre que modifier, même à la marge, la présomption d'origine – comme cela a été le cas d'une certaine manière lors de la mise en place du système complémentaire – s'avère rarement bénéfique pour les victimes. #

Les employeurs peuvent être tentés de freiner la mise en place de nouveaux tableaux, afin que leurs charges n'augmentent pas.



fier, même à la marge, la présomption d'origine – comme cela a été le cas d'une certaine manière lors de la mise en place du système complémentaire – s'avère rarement bénéfique pour les victimes. #

# La déclaration, un véritable parcours d'obstacles

Faire reconnaître l'origine professionnelle de sa maladie n'a rien de simple. De l'obtention d'un certificat médical rédigé avec les termes adéquats au fait de pouvoir prouver que l'on a été exposé au risque... la démarche est semée d'embûches. De quoi décourager les victimes.

Par **Anne Marchand**,  
sociologue et historienne

## Faire reconnaître sa pathologie

en maladie professionnelle pourrait s'apparenter à un simple acte administratif. Il suffirait – selon la communication officielle – de remplir le formulaire type de déclaration, d'y joindre un certificat médical spécifique, ses certificats de travail, son attestation de salaire, d'envoyer le tout à sa Caisse primaire d'assurance maladie (Cpam) d'affiliation et d'attendre qu'elle instruisse le dossier puis notifie sa réponse. La réalité est autrement plus complexe. Qualifiée de « parcours du combattant » par tous les collectifs, syndicaux ou associatifs, qui soutiennent les victimes du travail dans leurs démarches, cette démarche recèle quantité d'épreuves et d'obstacles, insoupçonnables de prime abord.

L'une des épreuves, la plus rude, est de parvenir à fournir des preuves, tout à la fois sur son travail, sa maladie et les expositions au risque – chimique, physique, biologique ou psychique. Tout d'abord, retrouver les pièces administratives justifiant un parcours professionnel n'est pas toujours une mince affaire, notamment dans le cas d'une maladie comme le cancer, survenant des décennies après avoir été exposé aux cancérigènes. La plupart des retraités n'ont pas conservé leurs certificats de travail et leurs fiches de

paye au-delà de la liquidation de leur pension. Des salariés encore en activité ont pu perdre ces documents au cours de déménagements ou d'accidents de la vie, surtout dans le cas de carrières très morcelées, aux contrats courts et aux employeurs multiples. C'est le cas pour ce M. Tounsi, atteint d'un cancer du poumon à l'âge de 55 ans. Sur le relevé fourni par la Caisse nationale d'assurance vieillesse (Cnav), ses dix premières années « d'activités salariées » ne mentionnaient pas le nom de l'employeur : dix ans d'un travail de soudeur, durant lesquels il a été fortement exposé aux fumées de soudage et à l'amiante, qui ne seront pas pris en compte dans l'instruction de son dossier.

## DES MÉDECINS INCONTOURNABLES MAIS PEU AIDANTS

Ensuite, prouver sa maladie ne va pas de soi. A cet endroit, les salariés et retraités sont totalement dépendants de la bonne volonté du corps médical. En effet, parmi les pièces maîtresses du dossier à fournir figure un document, rédigé par un médecin, en l'absence duquel il est impossible de déclarer sa pathologie : le certificat médical initial (CMI) en maladie professionnelle. Or, nombre de praticiens ne respectent pas leurs obligations en la matière, notamment par ignorance de ce dispositif et par méconnaissance ou désintérêt pour les conditions de travail de leurs patients. D'une façon générale, leur formation initiale est lacunaire sur le sujet et leur pratique davantage orientée vers la recherche de facteurs de risque individuels

Les médecins  
les plus sensibles  
aux maladies  
professionnelles ne  
sont pas tous au fait  
des multiples pièges  
de la procédure.



(tabac et alcool) plutôt que professionnels. L'intensification du travail médical, ce temps que les médecins ne peuvent plus « perdre » dans des démarches éloignées du soin, leur cœur de métier, ne facilite pas non plus leur implication dans la rédaction des CMI. Sans compter les pressions patronales qu'ils peuvent subir par l'intermédiaire du Conseil de l'ordre. Pour parvenir à obtenir ce précieux sésame, certaines victimes du travail sont obligées de contacter plusieurs praticiens, au risque de se mettre le leur à dos, alors même qu'ils ont besoin d'un suivi, de soins et de traitements. D'autres abandonnent les démarches par crainte d'y perdre leur santé, déjà bien entamée.

Les médecins les plus sensibles aux maladies professionnelles et qui n'hésitent pas à rédiger les certificats médicaux nécessaires, ne sont eux-mêmes pas tous au fait des multiples pièges de la procédure. Ainsi, le plus souvent, pour désigner la maladie, ils recourent naturellement à la terminologie médicale en vigueur, la langue qu'ils partagent avec leurs confrères. Or ce n'est pas celle qui est utilisée dans les tableaux. Ce premier « écart », qui les amène à inscrire par exemple « *eczéma allergique* » à la place de « *dermite eczématoïde* » ou encore « *carcinome épidermoïde* » à la place de « *cancer bronchopulmonaire primitif* », peut fragiliser durablement le dossier de leur patient. De même, toujours par ignorance, des médecins peuvent aussi refuser de prescrire à leurs patients certains examens parce que ceux-ci ne représentent aucun intérêt en termes de soins. Or leurs comptes-rendus sont indispensables dans le cadre de la procédure médico-légale de réparation.

### CERTIFICATS EN PAGAILLE

Le CMI n'est pas le seul certificat médical à fournir, d'autres sont requis au fil de la procédure, confrontant de nouveau les victimes au bon vouloir de leur médecin. Il en est ainsi du « certificat médical de consolidation », une pièce indispensable si la maladie est reconnue, exigée par le service médical de l'Assurance maladie pour fixer le taux d'incapacité partielle permanente (IPP) de la personne sur la base duquel sera calculée l'indemnisation. Dans le cas d'une tendinite







par exemple, il s'agit du moment où l'état de santé est stabilisé : à défaut de guérison complète, les séquelles définitives seront précisées. Mais dans le cas des maladies dont l'évolution se poursuit inexorablement, comme pour certains cancers, de nombreux médecins refusent de rédiger un tel certificat, sans objet à leurs yeux. Autre certificat difficile à obtenir et pourtant exigé en cas de décès du malade, pour la poursuite de la procédure au bénéfice des ayants droit : le document établissant le lien entre le décès et la maladie. Cette demande, parce qu'elle s'apparente à faire préciser par le médecin les causes d'un décès, est contraire à toute l'éthique de sa formation fondée notamment sur le secret médical et se heurte elle aussi souvent à un refus.

Les praticiens, dans leur ensemble, sont ainsi placés en situation d'« autoriser » ou pas le recours au droit de la réparation, alors même qu'ils ne sont pas ou peu formés aux subtilités de ce dispositif médico-administratif. Les victimes du travail doivent alors souvent composer avec cet état de fait, proposer, convaincre ; toutes n'en ont pas la force ni les moyens.

### UNE INSTRUCTION CONTRADICTOIRE INÉGALE

Enfin, parallèlement à tout ceci, les victimes du travail doivent aussi parvenir à prouver qu'elles ont bien été exposées au risque à l'origine de leur maladie, dans le cadre de leur activité et de façon « habituelle ». Contrairement à ce que laisse croire le formulaire de déclaration, préciser ses emplois est loin d'être suffisant. Pour le comprendre, il est nécessaire d'éclairer les modalités de l'instruction des dossiers et surtout les enjeux qu'elle recouvre. Déclarer sa pathologie en maladie professionnelle revient en fait à entrer dans une zone de conflit avec son ou ses employeurs, sans que les victimes en aient réellement conscience. N'est-ce pas à leur caisse d'assurance maladie qu'elles ont adressé leur dossier ? Ce dernier, certificat médical compris, est toutefois transmis dès sa réception par la Cnam au dernier employeur, et l'instruction se déroule ensuite selon le principe dit du contradictoire : pour prendre sa décision, la caisse confronte les dires de la victime à ceux du ou des employeurs concernés, ainsi que les preuves qu'ils avancent respectivement.

L'Institut national de recherche et de sécurité (INRS) a mis en ligne sur son site, [www.inrs.fr](http://www.inrs.fr), un outil qui peut aider les victimes du travail et les médecins à s'y retrouver dans le maquis des tableaux de maladie professionnelle. De nombreuses explications sont données sur chaque tableau et pathologie, afin de mieux comprendre les critères exigés. Pour y accéder, sélectionner l'onglet « Publications et outils », puis « Bases de données », puis « Tableaux des maladies professionnelles ».

La confrontation, indirecte, entre ces deux parties est alors singulièrement inégale. Au regard de ce que la reconnaissance d'une maladie peut lui coûter, on mesure combien l'employeur n'a aucun intérêt à favoriser cette reconnaissance, d'autant plus qu'elle peut ouvrir sur une procédure en faute inexcusable de l'employeur, devant les tribunaux, majorant grandement le montant de l'indemnisation. Une partie d'entre eux bénéficient ainsi de conseils experts de cabinets spécialisés dans la réduction des coûts dits sociaux, à l'origine de véritables stratégies pour ce faire. L'entreprise Arkema, une multinationale de la chimie, a élaboré il y a quelques années une brochure sur le sujet à destination de ses cadres. Découverte par un syndicaliste, elle précisait toutes les étapes à respecter pour éviter, non pas la survenue des pathologies chez les salariés, mais que l'une d'entre elles puisse être reconnue en maladie professionnelle.

### UN DÉFAUT DE MOYENS POUR LES ENQUÊTEURS

Le salarié, affaibli par la maladie et peu informé des ressorts de l'instruction, compte le plus souvent sur la Cnam pour réaliser l'enquête. Or, les moyens manquent aux agents enquêteurs de l'Assurance maladie, confrontés à quantité d'autres dossiers à traiter en parallèle et dans le respect de stricts délais. Assermentés par la justice, ils ne sont pas formés aux risques et aux toxiques industriels mais à la conduite d'entretien, à l'impartialité et à la neutralité. Qui plus est, il n'existe aucune traçabilité institutionnelle des risques au travail, aucun recueil centralisé pour soutenir leurs investigations.

Il revient alors aux victimes du travail de reconstituer un véritable appareil de preuves, rendant compte le plus précisément possible de leurs activités et des circonstances d'exposition aux risques. Selon les maladies et les critères mentionnés dans les tableaux, on

recherchera les traces des produits utilisés, des tâches effectuées, de leur rythme, des poids soulevés, des dires et écrits de la hiérarchie, etc. Une démarche difficile, qui nécessite le plus souvent de se tourner vers d'anciens collègues afin d'enrichir le dossier avec leurs témoignages.

Enfin, les relations avec les Cnam constituent une autre forme d'épreuve pour les victimes, tout au long de leurs démarches. Sous prétexte de modernisation,

Déclarer sa maladie professionnelle revient à entrer dans une zone de conflit avec son ou ses employeurs, sans que les victimes en aient réellement conscience.



l'organisation du travail à l'Assurance maladie a connu des changements majeurs, inspirés du *new management public*, visant à réduire les coûts, à améliorer la « performance », tout en instaurant un contrôle permanent sous forme d'évaluations et de certifications. Dans ce contexte, le nombre de points d'accueil a diminué drastiquement, en parallèle à la dématérialisation des procédures. Les contacts téléphoniques sont maintenant pris en charge par une plateforme de téléconseillers sans formation spécifique sur le droit de la réparation. Et, alors que le Défenseur des droits alerte régulièrement sur l'existence d'une fracture numérique empêchant un nombre important de personnes d'accéder à leurs droits, la procédure de déclaration en maladie professionnelle vient à son tour, depuis décembre 2019, de rejoindre l'espace numérique. S'il est encore trop tôt pour en faire le bilan, les premiers retours témoignent de difficultés accrues pour nombre de victimes, peu ou pas formées aux démarches administratives en ligne.

Au regard de cette succession d'embûches, on peut mesurer les écarts entre le droit à réparation et son application. Et comprendre que les chiffres de l'Assurance maladie ne reflètent en rien la réalité des maux du travail, sous-estimés et sous-reconnus. #

# Comment déclarer une maladie professionnelle ?

Par la rédaction - Illustrations : Simon Bailly

## Qui déclare quoi ?

C'est au salarié ou à ses ayants droit de déclarer la maladie professionnelle auprès de la dernière Caisse primaire d'assurance maladie (Cpam) assurant ses risques professionnels. Le formulaire de déclaration, renseigné par la victime, doit être accompagné d'un certificat médical initial (CMI) établi par un médecin. Il est rédigé sur un formulaire spécifique ou sur papier libre à en-tête. Dans ce dernier cas, il doit mentionner un lien possible - l'emploi du conditionnel suffit - entre la maladie et le travail. Il est recommandé que ce CMI soit rédigé en utilisant les termes mentionnés dans le tableau de maladie professionnelle pour désigner la pathologie et ses manifestations cliniques. Dans certains cas, le tableau exige que la maladie soit objectivée par un examen médical spécifique. Voir les articles L. 461-1 à L. 461-10 du Code de la Sécurité sociale (CSS) applicables au jour de la déclaration.



## Jusqu'à quand peut-on déclarer ?

Le délai de prescription est de deux ans à compter de la date à laquelle la victime est informée, par un certificat médical, du lien possible entre sa maladie et son activité professionnelle.

## L'enquête classique

A réception de déclaration, si la victime remplit les conditions administratives du tableau dont relève sa pathologie, la Cpam ouvre une enquête administrative et médicale et en informe l'employeur, le médecin et l'inspecteur du travail. La Cpam dispose d'un délai maximum de cent vingt jours francs, pour se prononcer sur l'origine professionnelle de la maladie. Au plus tard, lorsque cent jours francs se sont écoulés, la Caisse met le dossier à la disposition de la victime (ou de ses représentants) et de l'employeur. Ceux-ci disposent alors d'un délai de dix jours francs pour le consulter et faire connaître leurs observations. La Caisse avertit de sa décision, « par tout moyen conférant date certaine à sa réception », le travailleur et l'employeur. Sans réponse de la Cpam dans les délais prévus, le caractère professionnel de la maladie est automatiquement retenu (art. R. 441-18 du CSS).



## Se faire accompagner

Compte tenu de la relative complexité du cadre juridique entourant la démarche de déclaration et de reconnaissance d'une maladie professionnelle, les victimes ou leurs ayants droit ont tout intérêt à solliciter les conseils d'associations ou d'organisations syndicales, qui pourront les assister.



La déclaration d'une maladie professionnelle est un parcours en plusieurs étapes, que les victimes doivent franchir les unes après les autres, en connaissance de cause. En voici un résumé illustré.



## Un lien « direct » ou « direct et essentiel »

Dans le cadre du système complémentaire, a contrario de ce qui se passe pour les maladies contractées dans les conditions prévues par un tableau, la pathologie n'est pas présumée d'origine professionnelle. Dans le cas où seules les conditions administratives du tableau ne sont pas remplies, un « lien direct » entre la maladie et l'exercice habituel d'un travail devra être établi (art. L. 461-1 alinéa 6 du CSS). Dans le cas où celle-ci ne figure dans aucun tableau, un « lien direct et essentiel » devra être démontré (art. L. 461-1 alinéa 7), ce qui est plus difficile.



## Le système complémentaire

Si la victime ne remplit pas les conditions administratives d'un tableau ou si sa pathologie ne figure dans aucun d'eux, elle devra informer la Cnam que son dossier relève du Comité régional de reconnaissance des maladies professionnelles (CRRMP), la Caisse devant le lui transmettre pour instruction. La Cnam dispose alors d'un nouveau délai de cent vingt jours francs pour statuer sur le caractère professionnel de la maladie. Le CRRMP peut entendre l'employeur et la victime, ces derniers pouvant aussi émettre des avis écrits. Composé du médecin-conseil régional de l'Assurance maladie, du médecin-inspecteur régional du travail et d'un praticien qualifié, le CRRMP dispose de cent dix jours au maximum pour émettre son avis, lequel s'impose à la Cnam et est immédiatement notifié à la victime et à l'employeur.

## Des recours multiples

En cas de refus de reconnaissance d'ordre médical par la Cnam, la victime peut demander une expertise dans un délai d'un mois. Si celle-ci n'aboutit pas ou en cas de refus de reconnaissance administratif, la victime a deux mois après réception de la notification pour saisir la Commission de recours amiable (CRA). Si la maladie est reconnue mais que le taux d'incapacité fixé par la Cnam, lequel déterminera les indemnités, est jugé trop faible par la victime, celle-ci a également deux mois pour saisir la commission médicale de recours amiable (CMRA). La CRA et la CMRA ont un délai prescrit pour rendre une décision (deux et quatre mois). A défaut de décision dans ces délais, le contentieux est renvoyé auprès du pôle social du tribunal de grande instance. En cas de refus signifié par ces deux commissions, la victime a deux mois pour saisir le même pôle social. Avec, là encore, la possibilité de recours en appel puis auprès de la Cour de cassation.



# De la réparation à la prévention, il y a plus qu'un pas

Pour le législateur, la loi du 6 décembre 1976 devait améliorer la réparation des atteintes à la santé professionnelles, la rendre plus coûteuse pour les employeurs et ainsi encourager la prévention. Une démarche non couronnée de succès. Explications.

Par **Morane Keim-Bagot**,  
professeure de droit privé, université de Bourgogne

## La prévention des maladies

professionnelles est une idée somme toute assez nouvelle par rapport à la réparation. Est-ce parce qu'il avait fallu tant lutter pour obtenir leur indemnisation que l'on ne s'est pas préoccupé de mieux les prévenir ? Ou a-t-on estimé que cette question relevait du droit du travail ? Quoi qu'il en soit, la loi de 1976 « *relative au développement de la prévention des accidents du travail* » a modifié cet état de fait. Sa véritable nouveauté : encourager la prévention via la réparation. Avec le raisonnement suivant : l'employeur devrait être incité à mettre en place des mesures de prévention en raison de la crainte éprouvée quant aux sommes qu'il va devoir déboursier, compte tenu des risques professionnels survenus.

Dans le titre V de la loi de 1976, intitulé « *Prévention et couverture du risque par le droit de la Sécurité sociale* », ce sont deux axes qui sont mobilisés. Le premier concerne la tarification des risques professionnels, déjà existante, mais qui est réformée. Le second, plus original, passe par l'extension de la réparation de la faute inexcusable.

### LA PHILOSOPHIE DU POLLUEUR-PAYEUR

A la différence des autres branches de la Sécurité sociale, financées au moyen de cotisations et contri-

butions dont le taux est uniforme, la branche accidents du travail-maladies professionnelles (AT-MP) met en œuvre une tarification du risque spécifique, élaborée à partir de la sinistralité du secteur d'activité et de la taille des établissements. Cette tarification permet d'imputer les coûts des risques professionnels aux établissements et de déterminer le taux de cotisations applicable. C'est, à gros traits, la même philosophie que celle du pollueur-payeur mais adaptée à la taille de l'entreprise.

### UNE TARIFICATION PAS ASSEZ DISSUASIVE

Jugées peu efficaces, les règles de la tarification ont été réformées. Aujourd'hui, les entreprises qui emploient moins de 20 salariés sont soumises à une tarification collective, fondée sur des barèmes nationaux. Pour celles employant entre 20 et 149 salariés, la tarification est mixte, et pour celles de plus de 150 salariés, elle est individuelle. La tarification mixte combine une part d'individuelle et de collective. Plus le seuil d'effectif s'approche des 149 salariés, plus elle s'apparente à une tarification individuelle. Ces deux derniers modes de tarification, mixte et individuel, recourent à la notion de « valeur du risque », afin de déterminer le taux

Certaines entreprises préfèrent investir dans la contestation de leur taux de cotisation plutôt que dans la prévention.



de cotisation imputable à l'établissement. Cette valeur du risque sera déterminée par le nombre d'accidents et de maladies, leur gravité, la durée des arrêts qu'ils engendrent. En plus du calcul des cotisations, la tarification intègre également, depuis la loi de 1976, un système de bonus-malus, afin de tenir compte des mesures de prévention mises en place par les employeurs ou de sanc-



tionner ceux qui ne se seraient pas soumis aux injonctions de prévention qui leur ont été adressées.

### DES PRÉJUDICES ÉTENDUS MAIS LIMITÉS

Il est toutefois permis de douter encore de l'efficacité de la tarification en tant qu'outil de prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles. En effet, un employeur n'est économiquement incité à éviter la survenance des risques professionnels que si le coût des cotisations sociales est directement lié à la sinistralité de son entreprise. Or, tel est rarement le cas, ne serait-ce que parce que 70 % des entreprises relèvent de la tarification collective. De plus, certains employeurs préfèrent investir dans la contestation de leur taux de cotisation plutôt que dans la prévention. L'Assurance maladie dénonçait ainsi, en 2011, le développement d'un « *contentieux quasi industriel à l'initiative des cabinets spécialisés dont l'effet est de saper l'effet d'incitation du système de tarification au développement de la prévention* ».

Le deuxième axe de développement de la prévention dans la loi de 1976 concerne la réparation en cas de

faute inexcusable de l'employeur. En plus de la majoration de sa rente, le salarié peut dorénavant demander la réparation de quatre postes de préjudices : agrément, esthétique, perte de chance de promotion professionnelle et souffrances physiques et morales.

Depuis 2010, d'autres s'y sont d'ailleurs ajoutés : préjudice sexuel, préjudices temporaires, aménagement du logement ou du véhicule. Le rapport entre cette réparation améliorée et le développement de la prévention peut ne pas apparaître tout à fait intuitif. Pourtant, la faute inexcusable apparaît comme une sanction financière qui pèse sur l'employeur. Mais il est largement admis que le niveau d'indemnisation des risques professionnels limite considérablement le rôle préventif du régime. Le professeur de droit Yves Saint-Jours n'a eu ainsi de cesse de dénoncer le fait que, tant que la réparation coûterait moins cher que la prévention, il n'existerait aucune incitation en direction des employeurs.

A nouveau, l'efficacité de cette réparation améliorée en matière de prévention peut être discutée. D'abord, il n'y a que 1 500 à 2 500 fautes inexcusables reconnues



par an, pour plus d'un million de sinistres. Ensuite, les entreprises ont dorénavant la possibilité de s'assurer contre cette faute, certes au moyen de primes extrêmement onéreuses. Enfin, il existe, à nouveau, un contentieux massif en la matière qui conduit trop souvent à ce que l'employeur ne supporte pas réellement le coût de la faute inexcusable. Comme en matière de tarification, il existe un décalage entre l'esprit de la loi et les véritables effets de la faute inexcusable en matière de prévention. Ce qui pose finalement la question suivante : faut-il renoncer à faire de la réparation un levier de prévention ou, au contraire, lui associer un véritable arsenal de sanctions, afin de le rendre efficient ? #

## La loi de 1898, fruit d'un compromis social

Au XIX<sup>e</sup> siècle, l'ouvrier victime d'un accident industriel ne pouvait obtenir réparation que s'il démontrait la faute de son patron, en vertu des règles de la responsabilité civile. Mission impossible ou presque...

Dans ces conditions, près de 90 % des victimes ne percevaient aucune indemnité. Dans un contexte de développement industriel, avec sa myriade d'accidents, les juges et la doctrine se sont rapidement saisis de cette impasse juridique. Et le 9 avril 1898, après dix-huit ans de débats parlementaires houleux, la loi sur la réparation des accidents de travail était adoptée.

Cette loi repose sur un compromis social, un « deal en béton ». L'ouvrier n'a pas à démontrer la faute du patron dans la survenance de son accident pour être indemnisé. En échange, le patron est doublement protégé. Tout d'abord, il n'a pas à réparer l'intégralité des séquelles subies

par le travailleur, qui perçoit une réparation forfaitaire. Ce forfait s'applique pour le même type de séquelle à tous les salariés concernés, quel que soit leur âge, leur sexe, leur métier. Il se traduit par le versement d'un capital pour les séquelles les moins graves, par une rente viagère pour celles qui le sont plus. Ensuite, le patron bénéficie d'une relative immunité : le travailleur ne peut pas aller rechercher sa responsabilité civile devant les tribunaux, même s'il peut invoquer sa responsabilité pénale.

### Pas d'impunité

Une seule exception au tableau : la faute inexcusable de l'ouvrier ou du patron. En effet, l'immunité totale de l'un ou de l'autre, quelles que soient les conditions de survenance de l'accident, présentait un caractère immoral, injuste. Le patron ne pouvait pas être dégagé de toute responsabilité, en cas d'incurie manifeste.

Et il aurait été impensable de voir un ouvrier ayant provoqué un accident « renté et pensionné aux frais de celui-là même qu'il a peut-être ruiné », tel que formulé à l'époque. En cas de faute inexcusable de l'employeur, la quotité de l'indemnisation perçue par l'ouvrier est augmentée. Elle est réduite si c'est lui qui a commis une telle faute.

Il faudra attendre vingt ans pour que le régime soit étendu aux maladies professionnelles, par la loi du 25 octobre 1919. Après tout, celles-ci n'étaient-elles pas avant tout imputables au manque d'hygiène des ouvriers ? C'est ce que laissent entendre les débats parlementaires, au cours desquels il a pu être avancé « *que les allumettiers ne contracteraient pas la nécrose s'ils avaient une bonne dentition et des gencives saines* ». Ce système, qui relevait des assurances privées, a ensuite intégré la toute jeune Sécurité sociale en 1946.

# Des données officielles parcellaires

Les statistiques de la Sécurité sociale sur les maladies professionnelles, incomplètes, nécessitent l'ajout d'autres sources pour faire un bilan plus précis. Troubles musculo-squelettiques et pathologies liés à l'amiante demeurent en tête des reconnaissances.

Par **Jean-Claude Zerbib**,  
expert et militant syndical

**Les publications annuelles** de la Sécurité sociale permettent de voir à grands traits l'évolution du nombre de maladies professionnelles (MP). Mais elles n'en donnent pas une image complète. Ces statistiques ne portent en effet que sur les MP reconnues au titre des tableaux, occultant celles reconnues dans le cadre du système dit complémentaire. En outre, les bilans fournis par la Sécurité sociale s'appuient sur une donnée non intuitive, appelée « nombre de MP en 1<sup>er</sup> règlement ». En clair, ne sont comptabilisées que les pathologies ayant occasionné des dépenses l'année de leur reconnaissance, à savoir principalement les indemnités journalières (IJ) versées aux victimes pour compenser les pertes de salaire ou frais de santé liés à leur MP. Ainsi, celles reconnues pour les retraités, qui ne touchent pas d'IJ car ils n'ont pas de perte de salaire, disparaissent des bilans. Disparaissent aussi diverses atteintes, même graves, dès lors qu'elles n'entraînent pas, à court terme, un arrêt de travail des salariés.

## APPROCHE COMPTABLE

Les statistiques privilégient une approche comptable, aux dépens d'un panorama détaillé. Il est nécessaire de les compléter par d'autres données, provenant du ministère du Travail et d'Eurogip – organisme qui dépend de la Sécurité sociale –, afin d'avoir le nombre de déclarations de MP et le chiffre réel de l'ensemble des pathologies reconnues. Le tableau ci-contre regroupe tous ces éléments sur les années 2009 à 2018. Il révèle ainsi que le système français ne reconnaît en moyenne que 61,2 % des MP déclarées.

Parmi les maladies reconnues, les troubles musculo-squelettiques (TMS) dominant (86,4 %), devant les pathologies et cancers de l'amiante. Sur les 1 817 cancers professionnels reconnus en moyenne par année, 4 sur 5 sont dus à l'amiante. En termes d'évolution, les reconnaissances de cancers liés à l'amiante ont peu fluctué depuis 2009. En revanche, celles d'autres pathologies ont diminué. C'est le cas pour les maladies de l'amiante, hors cancers (de 5 279 à 2 889 cas). Mais également pour les TMS. L'année 2011 marque un tournant concernant ces atteintes, du fait de conditions d'accès plus difficiles au tableau 57A sur les TMS de l'épaule. Avant 2011, le nombre de TMS reconnus progressait en moyenne de 2 766 cas par an. Il s'est mis à décroître de 558 cas par an après. Enfin, les maladies psychiques, qui ne figurent dans aucun tableau, sont de plus en plus reconnues par le système complémentaire. Les « avis favorables » des conseils régionaux de reconnaissance des maladies professionnelles les concernant ont été multipliés par un facteur 13,8 depuis 2009, avec 990 cas reconnus en 2018. #

## Maladies professionnelles : les données cumulées

Année	Nombre MP déclarées	Nombre MP reconnues *	Nombre MP en 1 <sup>er</sup> règlement **
2009	99 275	69 643 (70,2 %)	49 341 (70,85 %)
2010	110 828	71 194 (64,2 %)	50 688 (71,20 %)
2011	121 410	80 331 (66,2 %)	55 057 (68,54 %)
2012	110 357	71 604 (64,9 %)	54 015 (75,44 %)
2013	110 388	68 120 (61,7 %)	51 452 (75,53 %)
2014	112 245	67 707 (60,3 %)	51 631 (76,26 %)
2015	107 889	64 889 (60,1 %)	50 960 (78,53 %)
2016	110 141	63 638 (57,8 %)	48 762 (76,62 %)
2017	112 614	65 755 (62,6 %)	48 522 (73,79 %)
2018	129 561	65 079 (50,2 %)	49 538 (76,12 %)
Moyenne 2009-18	112 471	68 796 (61,2 %)	50 997 (74,1 %)

Sources : rapports de l'Assurance maladie, ministère du Travail, Eurogip.  
Note : les maladies psychiques, reconnues dans le système complémentaire, sont incluses.

\* (taux en % sur MP déclarées)  
\*\* (taux en % sur MP reconnues)



# Reconnaissance à géométrie variable en Europe

La reconnaissance des maladies professionnelles demeure hétérogène en Europe. Si quelques pathologies sont présentes partout, leur prise en charge se fait selon des modalités et critères différents. Le système français paraît le plus favorable.

**Dans l'Union européenne**, la demande de reconnaissance du Covid-19 comme atteinte professionnelle a donné lieu à diverses réponses. Si l'Italie et l'Espagne l'envisagent au titre des accidents du travail (AT), pour l'Allemagne, la Belgique, la Finlande ou la France ce sera une maladie professionnelle (MP). Les systèmes de reconnaissance des pathologies professionnelles ne sont en effet pas harmonisés au niveau européen. Une hétérogénéité qui reflète des choix politiques différents, comme le souligne une étude comparative publiée en juin par Eurogip<sup>1</sup> (voir « A lire »).

Une maladie « *n'est jamais professionnelle par essence* », explique la juriste Christine Kieffer, auteure du rapport. « *En Allemagne, par exemple, on désigne comme telle une pathologie qui apparaît deux fois plus fréquemment dans une population de travailleurs donnée, à condition que des études scientifiques aient démontré le lien entre exposition au travail et fréquence plus élevée de la maladie*, précise-t-elle. *En France ou en Italie, une maladie professionnelle est davantage le fruit d'un consensus entre les partenaires sociaux, dans un cadre temporel fixé par l'Etat et avec l'appui d'une expertise scientifique.* »

## DES PATHOLOGIES PLUS OU MOINS RECONNUES

Si le syndrome du canal carpien est considéré comme une MP en France, ce n'est pas le cas en Autriche et ça l'est seulement depuis 2015 en Allemagne. Et si les surdités, dermatoses, troubles musculo-squelettiques (TMS) et cancers comptent parmi les pathologies les

plus fréquentes, leur prévalence relative varie selon les pays. Les TMS représentent ainsi 87 % des MP en France, mais seulement 22 % au Danemark et 4 % en Allemagne. Les cancers professionnels reconnus sont

beaucoup plus nombreux en outre-Rhin que partout ailleurs ! Quant aux pathologies psychiques, trois pays seulement les reconnaissent comme maladies professionnelles : le Danemark, qui en inclue certaines dans sa liste de MP ; la France et l'Italie, qui les prennent en charge dans le cadre des systèmes de reconnaissance complémentaires.

Plus l'organisation de prise en charge est connue des médecins et du grand public, plus le niveau d'attractivité de la reconnaissance est élevé pour la victime, et plus les demandes affluent. Toutes pathologies confondues, le niveau de déclaration est identique au Dane-

mark et en France (ratios respectifs de 561 et 557 demandes pour 100 000 assurés), tandis qu'il est de moitié en Italie (ratio de 278) et plus de trois fois moindre en Allemagne (165).

## LA PRÉSOMPTION D'IMPUTABILITÉ, UN ATOUT

« *La plupart des pays ont choisi d'établir une liste ou des tableaux de maladies professionnelles, mais en Allemagne, Autriche et Belgique, les intitulés restent très génériques* », indique Christine Kieffer. Du fait de cette formulation plus générique, certaines pathologies peuvent être écartées d'emblée. Quant à celles non listées, leur reconnaissance par les systèmes complémentaires est encore plus aléatoire. C'est surtout la phase d'instruction du caractère professionnel des

« Il n'y a pas d'Eldorado en matière de reconnaissance des maladies professionnelles mais de bonnes pratiques dans chacun des pays. »



**Établir l'origine professionnelle d'une maladie. Zoom sur les approches italienne et danoise. Cas des TMS, cancers et pathologies psychiques,**  
par Christine Kieffer, rapport Eurogip, juin 2020. Disponible sur le site [www.eurogip.fr](http://www.eurogip.fr).

À LIRE

maladies qui fait la différence, selon la juriste : « *La France ou l'Italie confèrent aux maladies figurant dans un tableau une présomption d'origine professionnelle, ce qui se traduit par une quasi-automaticité de la reconnaissance, à condition toutefois que les critères administratifs et les caractéristiques d'exposition soient eux aussi remplis.* » L'Allemagne procède, elle, à une instruction au cas par cas, pointilleuse, et fondée sur des éléments opaques car non publics.

Le rapport Eurogip approfondit la comparaison entre l'Italie et le Danemark. Le système italien est basé sur le même compromis social qu'en France, avec une présomption d'imputabilité quand la pathologie figure dans un tableau, et un système complémentaire dans le cas contraire. Le contenu des tableaux italiens est assez général pour laisser une marge de manœuvre à l'assureur, avec à la clé, un nombre de déclarations et de reconnaissances moindre qu'en France. Au Danemark aussi, le dispositif repose sur une liste de MP et un système complémentaire, mais il n'existe pas de présomption d'imputabilité. L'instruction se fait au cas par cas ; l'exposition au risque professionnel doit être évaluée et les antécédents médicaux examinés. A nombre de déclarations comparables, le taux de reconnaissance est plus faible qu'en France.

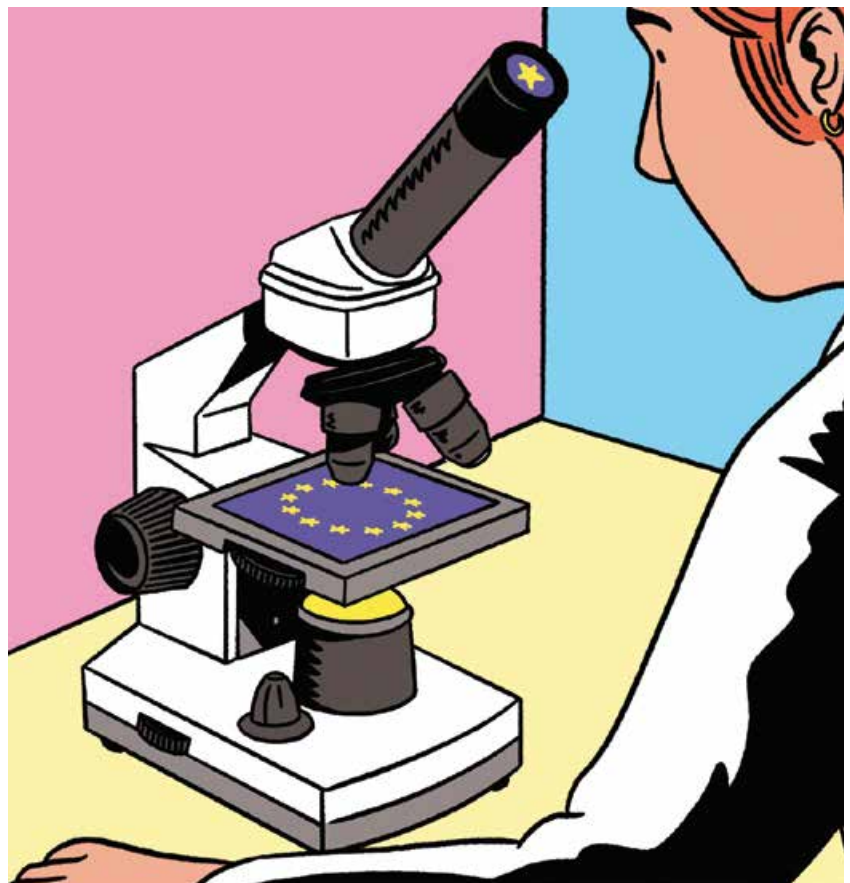
### LA FRANCE EN TÊTE DES RECONNAISSANCES

« *Il n'y a pas d'Eldorado en matière de reconnaissance des maladies professionnelles mais de bonnes pratiques dans chacun des pays,* conclut Christine Kieffer. *Le système français, qui n'est pas le plus réactif en termes d'évolution des tableaux, offre le meilleur taux de reconnaissance.* » Avec un ratio de 258 maladies reconnues pour 100 000 assurés, il devance le Danemark (ratio de 130) ou l'Italie (106).

Chercheur à l'Institut syndical européen (Etui), Laurent Vogel partage ce

constat mais suggère deux pistes d'amélioration, variables pour l'ensemble des pays : « *Rendre la santé publique plus sensible à la santé au travail et renforcer la parité car, globalement, il y a moins de femmes qui font une demande de reconnaissance de maladie professionnelle et la gamme des pathologies reconnues qui les concernent est moins étendue.* » Une inégalité qui s'explique par l'histoire – les dispositifs de reconnaissance des maladies professionnelles, mis en place au début du XX<sup>e</sup> siècle, concernaient l'industrie et des populations essentiellement masculines. Aujourd'hui encore, les maladies prises en charge visent davantage des hommes. Quant aux activités où les femmes sont majoritaires – à l'instar du nettoyage ou des métiers du *care* –, elles sont négligées. # Eliane Patriarca

1. Observatoire français sur l'assurance et la prévention des accidents du travail et maladies professionnelles au plan international et notamment européen.



# A la MSA, les préventeurs misent sur la coopération

Pour faire reculer les maladies professionnelles, troubles musculo-squelettiques en tête, la Mutualité sociale agricole s'appuie sur une démarche de terrain, transversale, qui associe médecins, infirmiers, conseillers en prévention et le contrôle médical.

**Parmi les maladies** professionnelles du secteur agricole, les troubles musculo-squelettiques (TMS) occupent la première place : ils représentent 96 % des atteintes reconnues chez les salariés et 87 % chez les non-salariés. « Chez les exploitants, c'est avant tout dans l'activité de la traite, dans la filière de l'élevage laitier, que la fréquence d'apparition des TMS est la plus importante ; chez les salariés, ce sont les abattoirs, et notamment la découpe de la viande et la boucherie qui sont les plus concernés », constate Magalie Cayon, responsable du service prévention de la Mutualité sociale agricole (MSA) au niveau national. « De manière

générale, les localisations les plus fréquentes sont les épaules, le canal carpien et les lombalgies », précise Dominique Semeraro, médecin du travail au niveau national, en charge de la prévention des TMS.

## DIFFÉRENTS CORPS DE MÉTIERS RÉUNIS EN ÉQUIPES

Pour mieux prévenir ces pathologies, comme les risques professionnels dans leur ensemble, la MSA a structuré en 1997 ses efforts autour d'équipes de santé sécurité au travail (SST). Celles-ci regroupent, au sein du réseau de 35 MSA locales, 350 médecins du



travail, 260 conseillers en prévention et 140 infirmiers de santé au travail. « C'est en croisant les diagnostics des différents corps de métiers et en s'entendant sur les objectifs à travailler ensemble que nous parvenons à construire des stratégies de SST partagées, explique Magalie Cayon. Nous pouvons accéder aux données d'un secteur, d'une entreprise, avec ses accidents du travail et ses maladies professionnelles (AT-MP), les inaptitudes totales ou partielles, les nuisances identifiées, les signaux faibles repérés par les équipes, qui nous permettent d'avoir une approche large des problèmes de santé de la population ciblée. »

Si les chiffres sur la sinistralité des AT-MP, fournies par les services du contrôle médical, peuvent servir à cibler les efforts de prévention, le contact avec le terrain permet de corriger la vision des risques issue de ces chiffres. C'est ce que relate Catherine Surroca, médecin-conseil du service de contrôle médical de la

MSA Grand Sud, qui couvre l'Aude et les Pyrénées-Orientales : « Les données sont faussées à cause de la difficulté à faire reconnaître en maladie professionnelle les pathologies du dos, pourtant les plus fréquentes. » Daniel Lavallée, responsable du service de prévention des risques professionnels de la MSA Grand Sud, confirme : « Chez nous, en viticulture, les maladies professionnelles sont à 90 % des TMS des membres supérieurs, liés au travail de la taille et de la coupe par sécateur, en raison de la répétition des gestes d'octobre à mars. Une enquête auprès de 90 viticulteurs a néanmoins montré qu'ils évoquent en premier lieu des douleurs dans le dos, mais ils ne font pas de déclarations en maladies professionnelles. Elles n'apparaissent pas dans les statistiques parce que les viticulteurs les considèrent inhérentes à leur activité. Si on ne prend que les chiffres, on ne propose donc pas de solution au problème le plus fréquent. »

#### « FAIRE ÉMERGER DES IDÉES NOUVELLES QUI CONVIENNENT AU DÉCIDEUR »

Un groupe de travail pluridisciplinaire de la MSA a créé l'outil de prévention « Trouvons mes solutions adaptées » (TMSa), mis à disposition de tout le réseau. En 2016, la MSA Grand Sud s'est emparée de ce programme, lancé d'abord auprès de viticulteurs d'Embres-et-Castelmaure, un village de l'Aude, avant que l'action soit élargie à partir d'octobre 2019 à d'autres territoires. « Les préventeurs – conseillers en prévention, médecins du travail et infirmiers – ne se positionnent plus en tant qu'experts mais en tant qu'accompagnateurs du décideur, pour permettre de faire émerger des idées nouvelles qui lui conviennent. Cela maximise les chances de leur mise en œuvre par le dirigeant d'une entreprise ou l'exploitant qui n'a pas de salariés », explique Daniel Lavallée. A cette démarche ont été associés aussi des médecins du contrôle médical, qui ont mis en avant les enjeux d'une diminution des coûts en santé publique.

En partant à chaque fois des problématiques des salariés et exploitants, cette action a débouché sur un nouveau programme : OstéArt. Deux ans après leur prise en charge, Catherine Surroca a rencontré les viticulteurs d'Embres-et-Castelmaure. « Je devais



évaluer l'action menée par la MSA Grand Sud afin de voir s'il serait intéressant de la déployer sur une plus grande échelle, indique-t-elle. Ce groupe de viticulteurs gardait un bénéfice de l'accompagnement par le programme OstéArt. Une autre étude menée auprès d'un groupe différent, avant toute intervention, a montré que les zones douloureuses les plus citées étaient le dos, l'épaule et le rachis cervical. Elle a également montré des signes de dépression et la croyance forte que le travail est source de souffrance physique et morale. »

D'autre part, créé en 2014, le logiciel AtoutPrev favorise le travail coopératif au sein de la MSA. « Il permet d'accéder aux données quantitatives et qualitatives du travail réalisé par les équipes SST, tant au niveau des consultations médicales et des entretiens infirmiers que des actions menées en milieu de travail, note Dominique Semeraro. Médecins, infirmiers et conseillers en prévention tracent leur activité. Collaboratif, AtoutPrev est un outil de pilotage pour les responsables et de valorisation des actions. » Ce logiciel est aussi un dispositif de suivi des plans nationaux sur la santé au travail. « Dans notre plan 2016-2020, très orienté sur la sinistralité en ce qui concernait les maladies professionnelles, l'accent était largement mis sur la prévention des TMS, mais également sur l'évaluation des risques chimiques, afin d'identifier les cancérigènes, mutagènes et reprotoxiques en milieu agricole », souligne Magalie Cayon.

#### « LE BUT EST D'AGIR PLUS EN AMONT PAR LA PRÉVENTION »

Le parti pris change pour le plan 2021-2025, beaucoup plus axé sur une prévention construite à partir du terrain, de la situation réelle. « Dans ce diagnostic, une partie est liée aux maladies professionnelles, mais elles ne sont pas une fin en soi, souligne Dominique Semeraro. Plutôt que de se baser exclusivement sur les dénombre-

ments des AT-MP, le but est d'agir plus en amont par la prévention primaire pour les éviter. » Se situer au plus près des déterminants économiques des filières est désormais la priorité. « Si une entreprise n'arrive pas à fidéliser ses salariés et qu'ils partent rapidement, à quoi sert notre action ? interroge Magalie Cayon. Si une entreprise ou une filière est en grande difficulté, comment les indicateurs de TMS et de risques psychosociaux pourraient-ils être bons ? C'est pourquoi, plutôt que de tenir un discours orienté uniquement sur la prévention des maladies professionnelles, nous préférons coconstruire ensemble un programme d'action dans une logique de relation de service. »

Pour des interventions de qualité, la responsable de prévention met l'accent sur l'importance d'un travail transversal : « Nous cultivons la coopération entre nos différents corps de métiers que sont pour les SST, les médecins, les infirmiers et les conseillers en prévention, mais aussi plus largement avec le contrôle médical, l'action sanitaire et sociale, les personnes en charge de la relation aux entreprises. »

En outre, la MSA anime un réseau de 16 982 élus. Chacune des 35 MSA locales et la caisse centrale sont dotées d'un conseil d'administration composé de trois col-

lèges : exploitants, employeurs et salariés. « Ce réseau de professionnels de terrain nous aide à développer nos actions sanitaires et sociales, médicales et de santé sécurité au travail », conclut Magalie Cayon. « Les chiffres et bilans de nos interventions sont présentés aux élus qui vont impulser les initiatives, précise Daniel Lavallée. Nous sommes des partenaires des élus qui nous demandent d'investir tel canton, d'organiser des réunions pour des exploitants et salariés qu'ils font venir. Les élus de la MSA sur le terrain représentent des moteurs essentiels de la mise en œuvre de démarches de prévention. » #

Corinne Renou-Nativel

« C'est en croisant les diagnostics des différents corps de métiers que nous parvenons à construire des stratégies partagées. »





# Le rôle d'appui des acteurs de prévention

Médecins, infirmiers du travail ou élus du personnel peuvent faciliter la reconnaissance des maladies professionnelles, comme leur prévention. En veillant à la traçabilité des expositions et en accompagnant les victimes... Mode d'emploi.

---

Par **Mélissa Menetrier**, médecin du travail, et **Laurence Théry**, directrice de l'Agence régionale pour l'amélioration des conditions de travail (Aract) des Hauts-de-France

---

**Dans quelle mesure** les acteurs de prévention en entreprise peuvent-ils aider les victimes de maladies professionnelles ? Plusieurs voies s'offrent au médecin du travail ou à l'infirmier de santé au travail comme aux élus du personnel au sein du comité social et économique (CSE). La première consiste à assurer la traçabilité des expositions professionnelles. Celle-ci détermine la possibilité pour les salariés malades de matérialiser le fait qu'ils ont bien été exposés aux facteurs de risque dans le cadre de leur travail. Un élément

décisif pour toutes les demandes de reconnaissance, et davantage encore pour les pathologies ne figurant pas dans un tableau ou ayant un temps de latence important, comme les cancers.

Plusieurs documents participent de cette traçabilité. A commencer par le dossier médical de santé au travail (DMST), alimenté par le médecin du travail ou l'infirmier de santé au travail. Le DMST permet de retracer individuellement les expositions professionnelles, en collectant des informations auprès de diverses sources : les salariés eux-mêmes lors des consultations ; les fiches de poste ou fiches de données de sécurité relatives aux produits chimiques utilisés dans l'entreprise, normalement transmises par cette dernière ; les études de poste réalisées par le médecin du travail ou les intervenants en prévention des risques professionnels (IPRP), les campagnes de mesurage de nuisances, comme le bruit, ou de toxiques présents dans l'atmosphère de travail... De ce point de vue, la disparition de la fiche



d'exposition spécifique aux agents chimiques dangereux, à la suite des différentes évolutions du dispositif de prévention de la pénétration, pose un véritable problème.

### **DE MULTIPLES SUPPORTS POUR SIGNALER LES RISQUES**

D'autres documents peuvent également concourir à la traçabilité. C'est le cas du document unique d'évaluation des risques professionnels (DUERP) : élaboré par l'employeur, il est censé énumérer tous les risques. Dans l'idéal, il est coconstruit avec les salariés et discuté en CSE, en présence du médecin du travail. La fiche d'entreprise, réalisée par l'équipe pluridisciplinaire du service de santé au travail (SST) sous la coordination du médecin du travail, est une autre source d'information. Idem pour le rapport annuel du médecin du travail, obligatoire dans les entreprises de plus de 300 salariés, ou pour l'alerte spécifique en cas de risques pour la santé des travailleurs (article L. 4624-9 du Code du travail). Cette dernière, lancée par le médecin du

travail, est un écrit destiné à l'employeur. Si le médecin précise qu'il doit être annexé à la fiche d'entreprise, il devient alors accessible aux représentants du personnel et peut servir de point de départ à une réunion exceptionnelle du CSE ou de sa commission santé, sécurité et conditions de travail (CSSCT). Les élus peuvent bien entendu participer de leur côté à la traçabilité, en alertant eux aussi l'employeur sur les risques, en menant des enquêtes, etc.

S'il existe de nombreux outils pour retracer les expositions, les mettre en œuvre peut s'avérer difficile. Faute de moyens humains ou de données transmises par les employeurs, les SST n'ont ainsi pas toujours la possibilité d'actualiser les informations. A titre d'exemple, un médecin du travail avec un effectif de 5 000 salariés à suivre pour environ 300 établissements ne peut mettre à jour toutes les fiches d'entreprise de son périmètre

chaque année. Comment doit-il définir alors ses priorités ? Lui faut-il aller vers les risques les plus graves ? Actualiser les fiches les plus anciennes ? Celles des entreprises où il y a le plus de maladies professionnelles ? Il n'y a pas de réponse unique à ces questions. L'idéal est que ces arbitrages soient discutés au sein de l'équipe de santé au travail et avec les employeurs comme les élus du personnel, dans le cadre des réunions de CSE.

### **CONTRIBUER PLUS DIRECTEMENT À LA DÉCLARATION**

Outre la traçabilité des expositions, les professionnels de santé au travail peuvent contribuer plus directement à la déclaration de maladies professionnelles. En constatant les premiers symptômes d'une pathologie, notamment lors des consultations périodiques. Inscrits dans le dossier médical, ils détermineront la date de première constatation de la maladie professionnelle, qui peut être bien antérieure à celle de la déclaration (voir page 30). En tant que spécialiste, le

médecin du travail est également le plus à même de remplir le certificat médical initial nécessaire à la déclaration. Un rôle qui peut revenir au médecin traitant, lorsque celui-ci a fait les premières observations ; ou lorsque les salariés sont retraités et n'ont plus accès au SST. Des médecins du travail préfèrent aussi orienter le salarié vers le médecin traitant pour effectuer la déclaration, si leurs relations avec l'employeur sont tendues, afin d'éviter un conflit majeur et maintenir la possibilité d'aménagements de poste.

Côté procédure de reconnaissance, une fois la maladie déclarée, les représentants du personnel peuvent appuyer la victime. Dans la fonction publique, ils participent de manière consultative aux commissions de réforme, censées arrêter les décisions de reconnaissance en maladies professionnelles pour les agents.

Une fois la maladie professionnelle reconnue, les acteurs de prévention ont encore un rôle à jouer. Ils ont la possibilité de s'impliquer dans le devenir du salarié malade dans l'entreprise. Le médecin du travail peut faire des propositions d'aménagements en vue de le maintenir à son poste de travail, ou de lui offrir un autre poste adapté. De leur côté, les élus du CSE doivent donner leur avis sur les propositions de reclassements (article L. 1226-10 du Code du travail). Les négociations en entreprise autour de la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences (GPEC) sont aussi l'occasion d'éviter des inaptitudes définitives, et le licenciement de salariés malades, en prévoyant des circuits de reconversion vers d'autres postes.

### **UNE COORDINATION NÉCESSAIRE MAIS DIFFICILE**

S'ils ont chacun leur rôle et mission propre, concernant l'aide aux victimes de maladies professionnelles, les acteurs de prévention ont tout intérêt à coordonner

leurs efforts. Le CSE est l'instance la plus adaptée pour le faire. Mais cela ne va pas toujours de soi. Certains élus du personnel ne sollicitent jamais le médecin du travail ou son équipe. D'autres, au contraire, n'interviendront pas sur le sujet des maladies professionnelles, en attendant que le médecin du travail le fasse à leur place. Il est donc essentiel que ces acteurs puissent « s'approprier », par le biais d'expériences communes. Cela peut passer aussi par des temps de formation communs, proposés par le médecin, ou par des échanges lors des enquêtes menées à l'occasion d'accidents du travail ou

de déclarations de maladies professionnelles. Il faut déjà s'assurer que le médecin du travail puisse assister aux réunions du CSE, en veillant au délai de prévenance : plus il est informé tôt, plus il peut s'organiser pour être présent. S'il a trop de CSE dans son périmètre, le médecin ne pourra pas néanmoins participer à toutes les réunions.

Enfin, la reconnaissance d'une maladie professionnelle signale un déficit de prévention. Il faut donc en faire un levier pour l'améliorer, en questionnant les mesures mises en place. Trop souvent, la

prévention se limite à des consignes de sécurité, la mise à disposition d'équipements de protection individuelle (EPI) ou au mesurage de valeurs limites d'exposition professionnelle (VLEP) face au risque chimique. Ce type d'approche ne permet pas d'éviter l'apparition de maladies professionnelles, notamment à cause de la singularité et de la variabilité de l'activité de travail, jamais prises en compte. Les travailleurs détiennent une expertise sur leur activité, trop rarement sollicitée. La connaître est nécessaire pour révéler le rôle actif qu'ils jouent dans la prévention, à travers la construction de stratégies de prudence. Cela permet aussi de confronter les normes, règles et consignes à la réalité du milieu de travail et de construire une représentation partagée des risques, pour transformer les situations, avec les salariés. #

Les élus du personnel  
peuvent participer  
de leur côté à la  
traçabilité, en alertant  
eux aussi l'employeur  
sur les risques, en  
menant des enquêtes...





# Solutions pour faciliter la reconnaissance

Du niveau d'indemnisation à la procédure d'instruction des déclarations de maladies professionnelles, plusieurs pistes existent pour réformer et améliorer le système. Propositions d'experts et d'acteurs engagés auprès des victimes.

**Lent, complexe,** voire « à bout de souffle »... Le système français de reconnaissance des maladies professionnelles est régulièrement critiqué, alors même qu'il repose sur un acquis fort : la présomption d'origine professionnelle pour les maladies inscrites dans des tableaux, laquelle joue en faveur des victimes. Etant donné le manque d'évolution des tableaux, ce principe a toutefois atteint ses limites, conduisant à la création d'un système complémentaire en 1993, destiné à augmenter le nombre de reconnaissances, mais sans le bénéfice de la présomption d'origine. Là encore, ses détracteurs en critiquent la portée, jugeant les démarches trop complexes pour être favorables aux victimes.

## REVOIR LES CRITÈRES

Selon la présidente de l'Association des accidentés de la vie (Fnath), Nadine Herrero, le problème principal réside dans l'insuffisante réparation des maladies professionnelles. Contrepartie historique de la présomption d'origine, l'indemnisation n'est pas intégrale. Forfaitaire, elle demeure bien inférieure à celle accordée par le Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (Fiva), par exemple, ou par les régimes assurantiers de responsabilité civile, lors des accidents de la route. Un tel écart conduit les salariés à attaquer leur employeur pour faute inexcusable, une procédure difficile qui n'en est pas moins incontournable pour atteindre une meilleure indemnisation. Pour ces raisons, aux yeux de Nadine Herrero, le système mérite d'être rénové. « *La branche AT-MP [accidents du travail-maladies professionnelles] devrait pouvoir servir à indemniser correctement les*

*salariés* », suggère-t-elle. Quitte à y ajouter, si nécessaire, un « régime assurantiel complémentaire ». A contrario, la commission d'enquête parlementaire sur les maladies professionnelles dans l'industrie, dont le rapport, rédigé par le député PCF Pierre Dharréville, a été publié en juillet 2018, n'estime « pas opportun de remettre en cause le dispositif assurantiel collectif existant ». Sur le sujet de l'indemnisation, elle recommande avant tout de « rapprocher les critères, voire les modes d'instruction, des régimes de l'invalidité et de la maladie professionnelle pour amorcer leur convergence vers le haut ». Aujourd'hui, sur le plan financier, il faut un taux d'incapacité permanente de 66 % pour que la rente AT-MP soit équivalente à celle d'invalidité, rappellent les parlementaires.

Certains critères requis par le système complémentaire constituent un point noir, selon les organisations mobilisées pour la défense des victimes. La part d'avis favorables lors de la demande en reconnaissance d'une pathologie ne figurant pas dans un tableau n'était que de 37,5 %

en 2018. Pour augmenter le nombre d'indemnisations, il faudrait baisser le taux d'incapacité permanente exigé, aujourd'hui fixé à 25 %, selon Nadine Herrero. Outre qu'il est « dissuasif », ce taux ne permet d'indemniser que les pathologies les plus graves. Or « ce n'est pas parce que les séquelles sont moindres qu'elles ne sont pas liées au travail », remarque-t-elle. La commission d'enquête parlementaire, elle aussi, réclame d'abaisser ce taux d'incapacité à 10 %, voire de le supprimer, afin de débloquent notamment les reconnaissances des affections psychiques.

« Rapprocher les critères des régimes de l'invalidité et de la maladie professionnelle pour amorcer leur convergence vers le haut. »



Un autre obstacle à lever concerne la démonstration du « lien direct et essentiel » entre la maladie et l'activité, requis lui aussi pour les pathologies hors tableaux. Cette condition bute souvent sur l'absence de preuves. « Dans le cas d'une maladie différée, comme le cancer, c'est une mission impossible. Les employeurs n'ont pas l'obligation de garder les archives des expositions », observe la professeure en médecine du travail et docteure en droit Sophie Fantoni-Quinton. Pour débloquer la situation, elle propose d'inverser la charge de la preuve s'agissant des procédures hors tableau. Faute de documents écrits et de traces de leurs expositions accessibles lors des démarches engagées par les victimes, ce serait aux employeurs de justifier de l'absence d'exposition des salariés, afin d'être mis hors de cause.

### UN CADASTRE POUR LOCALISER LES MALADIES PROFESSIONNELLES

Les pratiques de la branche AT-MP sont aussi sujettes à débat. « Historiquement, les cadres des caisses d'assurance maladie sont du côté des employeurs. Ils instruisent surtout à décharge des employeurs, dont ils considèrent qu'ils sont les assureurs », regrette le responsable du collectif CFDT des mineurs de Lorraine, François Dosso. Son collègue Jean-Claude Zerbib renchérit : « Dans le cas des troubles musculo-squelettiques, qui conduisent souvent à des déclassements ou à des licenciements, les caisses minimisent le coefficient professionnel qui pourrait être attribué aux victimes en plus du taux d'incapacité. » Ce qui réduit l'indemnisation. « Il faudrait

regarder de plus près la philosophie qui anime les CRRMP [comités régionaux de reconnaissance des maladies professionnelles], estime Pierre Dharréville, car on a le sentiment que la Sécurité sociale est l'adversaire des victimes dans le cadre des procédures de reconnaissance. Il pourrait y avoir des directives, des orientations différentes. »

Pour le député, l'insuffisante traçabilité des maladies professionnelles elle-même pose problème. La proposition de loi déposée par son groupe parlementaire en juin 2020 vise à établir un cadastre, afin de localiser et consigner les déclarations de maladies professionnelles. « Il est décisif de savoir où se produisent les maladies pour savoir comment lutter contre elles », explique-t-il. Au-delà de la question de la prévention, véritable objectif du texte, cette opération de transparence aurait le mérite de mettre en évidence des foyers de maladies professionnelles et pourrait faciliter leur reconnaissance. #

Catherine Abou El Khair

