

eurogip



06/2012

Réf. EUROGIP-74/F



Détection et reconnaissance des maladies professionnelles en Europe

Actes des DÉBATS D'EUROGIP
du 15.03.2012 (Paris)



Programme - Intervenants

Introduction aux Débats

- **Raphaël HAEFLINGER**
Directeur d'EUROGIP
- **Dominique MARTIN**
Directeur des risques professionnels, Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, FRANCE
- **Ronald SCHOULLER**
Président du Conseil d'administration d'EUROGIP
- **Gert VAN DER LAAN**
Consultant en médecine du travail, Netherlands Center for Occupational Diseases, Academic Medical Center

Vers une meilleure prise en compte des maladies professionnelles au niveau communautaire ?

- **Jorge COSTA-DAVID**
Administrateur principal, Docteur en médecine, Direction Générale Emploi, Affaires sociales et Inclusion, Unité B/3 Santé, Sécurité et Hygiène au travail, Commission européenne
- **Emmanuel JULIEN**
Vice-Président de la Commission sociale, BusinessEurope
- **Christa SEDLATSCHKEK**
Docteur en médecine du travail, Directeur de l'Agence européenne pour la sécurité et la santé au travail (EU-OSHA)
- **Laurent VOGEL**
Directeur du département Conditions de travail, Santé et Sécurité de l'ETUI (Institut syndical européen)

Repérer le lien entre la maladie et l'exposition professionnelle

- **Sandrine ARNAUD**
Médecin de santé publique, Observatoire régional de la santé Provence Alpes Côte d'Azur, FRANCE
- **Christine DAIGURANDE**
Ingénieur Conseil, Caisse d'assurance retraite et de la santé au travail (CARSAT) Normandie, FRANCE
- **Anne DELÉPINE**
Médecin, Conseiller médical en santé au travail, Institut national de recherche et de sécurité (INRS), FRANCE
- **Valentin ESTEBAN BUEDO**
Chef du service "plans, programmes et stratégies de santé", Département de la santé, Communauté autonome de Valence, ESPAGNE
- **Yvan MARTIGNY**
Médecin conseil, Responsable du pôle Contrôle des prestations et Relations avec les assurés, Direction régionale du service médical (DRSM) de Normandie, FRANCE
- **Stefanie PALFNER**
Responsable du département Maladies professionnelles, Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (DGUV), ALLEMAGNE

Reconnaissance... la difficulté d'objectiver le caractère professionnel des pathologies, en particulier les cancers, TMS et pathologies psychiques

- **Marco BOTTAZZI**
Médecin, Bureau des maladies professionnelles Patronato Istituto Nazionale Confederale di Assistenza - Confederazione Generale Italiana del Lavoro (INCA-CGIL), ITALIE
- **Therese KARLBERG**
Senior Manager, Försäkringskassan, SUÈDE
- **Andreas KRANIG**
Responsable du département Assurance et prestations, Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (DGUV), ALLEMAGNE
- **Maria Teresa QUILEZ FÉLEZ**
Sous-directeur général, Planification et analyse économique et financière de la Sécurité sociale, ministère du Travail, ESPAGNE
- **Merete ROOS**
Chef du département professionnel, National Board of Industrial Injuries, DANEMARK
- **Patrick STRAUSS**
Conseiller général, Fonds des maladies professionnelles (FMP), BELGIQUE

LES DÉBATS SONT ANIMÉS PAR **Régis de CLOSETS**, journaliste

Introduction aux Débats

Ronald SCHOULLER

Mesdames, Messieurs,

En tant que Président du Conseil d'administration, je suis heureux de vous accueillir pour cette nouvelle session des Débats d'EUROGIP.

Cette année, nous avons choisi d'aborder le thème des maladies professionnelles sous un angle assurantiel, alors que les Débats précédents étaient consacrés à la prévention des risques professionnels. Raphaël HAEFLINGER, Directeur d'EUROGIP, aura l'occasion de revenir sur les motivations qui ont guidé ce choix.

Je voudrais vous rappeler qu'EUROGIP a pour mission d'analyser les questions relatives non seulement à la prévention des risques professionnels en Europe, mais aussi à l'assurance contre les accidents du travail et les maladies professionnelles (AT/MP). Aussi nous a-t-il semblé normal d'organiser ces Débats sur l'identification et la reconnaissance des maladies professionnelles en Europe.

De ce fait, vous êtes sans doute plus nombreux cette année que les années précédentes à participer pour la première fois à nos Débats. À votre attention, je précise qu'EUROGIP a été créé en 1991 sous la forme d'un groupe d'intérêt public entre la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) et l'Institut national de recherche et de sécurité pour la prévention des AT/MP (INRS). Il s'agit donc d'un organisme français et non européen, comme son nom pourrait le laisser penser.

Le Conseil d'administration d'EUROGIP est paritaire : il est constitué à parts égales de représentants des organisations syndicales de salariés et d'employeurs.

En ce qui concerne les activités d'EUROGIP, elles touchent toutes à l'assurance ou à la prévention des AT/MP en Europe. Ainsi, EUROGIP réalise-t-il des enquêtes comparatives sur ces thèmes. Notez que nous avons déjà réalisé neuf études sur le thème des maladies professionnelles et que celle qui est en cours traite de la reconnaissance des pathologies psychiques liées au travail (résultats à paraître d'ici la fin de l'année).

En matière d'information sur les risques professionnels en Europe, EUROGIP publie des lettres électroniques gratuites - EUROGIP infos, l'Infomail d'EUROGIP et Norm@prev -, les résultats de nos enquêtes ou une collection de données statistiques AT/MP qui compte à ce jour des fiches sur treize pays européens. La plupart de ces documents sont en ligne sur notre site (www.eurogip.fr).

En matière de normalisation, EUROGIP coordonne un réseau d'experts appartenant aux organismes de la Branche AT/MP de la Sécurité Sociale qui participent à l'élaboration

des normes européennes et internationales relatives à la santé et la sécurité au travail.

Par ailleurs, EUROGIP pilote ou participe à des travaux d'intérêt communautaire, généralement financés par la Commission européenne. Cette année par exemple, EUROGIP contribue à l'élaboration d'un rapport pour la Commission européenne sur les systèmes de maladies professionnelles dans 31 pays européens. M. Jorge COSTA-DAVID aura sans doute l'occasion d'y revenir.

Enfin, EUROGIP assure le secrétariat de la coordination des organismes notifiés pour la certification réglementaire :

- au niveau français, des équipements de protection individuelle et des machines ; activité exercée par délégation des ministères du Travail et de l'Agriculture ;

- au plan européen, des machines, en vertu d'un contrat conclu avec la Commission européenne.

Je vous invite à consulter notre site (www.eurogip.fr) pour en savoir davantage sur nos activités et télécharger nos publications sur les risques professionnels en Europe.

Il me reste à ouvrir les Débats, qui visent à favoriser au niveau européen les échanges d'informations et d'expériences. L'objectif est d'apporter, grâce aux interventions de nos collègues d'autres pays, un éclairage européen sur un sujet qui fait débat au plan national.

Je vous souhaite donc une journée riche en échanges et cède la parole à Raphaël HAEFLINGER.

Raphaël HAEFLINGER

Merci, M. le Président.

Bonjour à tous.

Le thème que nous avons choisi cette année traite davantage de l'assurance des risques professionnels que de la prévention. Plusieurs éléments ont guidé ce choix que je vous présente à titre introductif.

Les accidents du travail sont en baisse continue sur le long terme. Au contraire, la sinistralité relative aux maladies reconnues comme étant d'origine professionnelle connaît soit une stagnation soit une augmentation considérable dans certains pays. Tel est le constat que nous avons pu dresser à partir des données issues de nos rapports, lesquels sont élaborés sur la base des données nationales recueillies dans différents pays. Il faut noter qu'Eurostat ne publie plus de statistiques sur les MP depuis 2008. Cela s'explique par la difficulté d'interpréter les écarts de déclaration et de reconnaissance observés entre les pays européens.

L'émergence des maladies professionnelles, dont l'origine est parfois multifactorielle et donc pas uniquement professionnelle, s'accroît. Cela concerne les troubles musculo-squelettiques (TMS) par exemple, mais aussi les mala-

dies liées à des risques psychosociaux au travail.

Les systèmes, qui doivent prendre en compte cette donnée dans la gestion du risque, sont confrontés au problème d'objectivation de la maladie au titre de l'assurance contre les risques professionnels. Cette complexité est une des raisons qui a motivé le choix du thème de nos Débats 2012.

Compte tenu de ces éléments, il existe une importante actualité communautaire sur le thème des maladies professionnelles, qui sera développée dans un instant.

De même, au plan national, l'écart entre le nombre supposé de cas de maladies d'origine professionnelle et les chiffres issus des déclarations et des reconnaissances posent de nombreuses questions.

Comme le soulignait Ronald SCHOULLER, EUROGIP collabore depuis 10 ans avec le Forum européen de l'assurance AT/MP (qui regroupe les assureurs nationaux de nombreux pays) et publie des rapports sur les MP (disponibles sur notre site). Ces études tentent d'approcher la réalité de la reconnaissance des MP dans les pays via des données de déclaration et de reconnaissance propres à chaque pays. Des focus sur des pathologies particulières (maladies liées à l'exposition à l'amiante, cancers...) sont réalisés.

Ces Débats 2012 seront l'occasion d'aborder trois thématiques principales :

1. La riche actualité communautaire en matière de MP.
2. La question de la détection des MP, qui soulève nécessairement le problème du délai de latence entre l'exposition professionnelle et la déclaration de la maladie. Ce délai rend difficiles la reconnaissance de l'origine professionnelle de la maladie, l'établissement du lien entre le travail et la maladie, le rôle des médecins. Cette situation soulève l'épineux sujet de la sous déclaration des MP, qui n'est peut-être pas uniformément problématique en Europe et appelle des solutions diverses.
3. La reconnaissance des MP ; il existe d'importants écarts entre les différents pays européens sur les types de pathologies reconnues mais aussi entre le nombre de déclaration et celui des maladies reconnues à l'issue de l'instruction.

Dans ce domaine, les comparaisons européennes sont complexes à réaliser. Les écarts observés sont liés à de multiples facteurs :

- le mode d'établissement des listes nationales de maladies professionnelles, même si les types de pathologies reconnues sont souvent identiques ;
- la force de la présomption d'origine conférée à la liste nationale ;
- les critères propres de reconnaissance (critères de la liste, instruction du dossier, etc.) ;
- l'attractivité du système d'indemnisation (sur certaines pathologies comme les plaques pleurales en France) qui favorise un bon taux de déclaration ; à l'inverse, dans les pays où un taux minimal d'incapacité ouvre droit à indemnisation, le taux de déclaration peut être moindre même si ce

n'est pas toujours le cas ;

- la capacité à détecter et susciter les demandes de reconnaissance de MP.

Ces éléments nous invitent à mesurer les différents facteurs qui entrent en ligne de compte pour lire correctement une situation nationale. Il ne faut pas tirer des statistiques une image idyllique ou, a contrario, catastrophique de l'état sanitaire d'un pays. La dynamique propre du système d'assurance doit être prise en compte.

Je remercie les intervenants qui ont accepté de participer à cette journée et vous souhaite des échanges fructueux sur ces sujets complexes.

Dominique MARTIN

Bonjour à tous.

De mon point de vue, la Branche AT/MP n'utilise pas suffisamment les capacités d'EUROGIP à apporter des éclairages européens sur les pratiques de reconnaissance ou de réparation. Cette rencontre est un exemple de ce qui peut nous être utile pour continuer à avancer dans ces domaines.

Raphaël HAEFLINGER nous a montré à quel point les maladies professionnelles étaient liées aux organisations et cultures particulières, aux traditions administratives. L'idée de comparer les situations nationales pour en tirer des enseignements est bonne. En matière d'élaboration de politique publique, je tiens particulièrement à la possibilité de s'appuyer sur des éléments de comparaison à la fois internes (inégalités et disparités internes) et internationales. L'administration française n'a pas suffisamment cette culture de la comparaison, particulièrement à l'échelle européenne.

Concernant les MP, elles posent de véritables problèmes. Les spécificités du système français sont lourdes, le nombre et la croissance des TMS notamment nous confrontent à une difficulté réelle pour définir un mode de prise en charge adapté.

L'évolution de risques émergents comme les risques psychosociaux (RPS) - complexes, multifactoriels, pour lesquels il n'existe pas en France de tableaux - crée une difficulté de traitement.

L'amiante est aussi en France une spécificité lourde, drame humain de grande ampleur et problème assurantiel immense, puisque les pathologies liées à l'amiante représentent le dixième des dépenses de la Branche AT/MP (plus d'un milliard d'euros).

Dans cet environnement complexe, la recherche de solutions est primordiale. Dans le contexte de la réflexion sur la planification des années futures, les MP posent des difficultés sans commune mesure avec les questions liées aux AT. Il est donc important d'irriguer nos réflexions par des apports internationaux à travers des journées comme celles-ci. La Branche AT/MP manifeste donc le plus grand intérêt pour les Débats d'EUROGIP, qui permettent de définir

des outils qui n'existent pas encore.

Je remercie le Président et le Directeur d'EUROGIP pour leur invitation et vous souhaite de bons travaux.

Régis de CLOSETS

Avec l'apparition de nouveaux risques, accélérée par la modification des conditions de travail, la reconnaissance des MP devient de plus en plus incertaine et compliquée. Ce nouveau paysage impose de faire évoluer le modèle, en amont comme en aval, au niveau :

- de la mobilisation des médecins, les plus à même de détecter les symptômes ;
- de l'expertise scientifique, qui doit être plus réactive, afin de mieux repérer les risques émergents ;
- des procédures de reconnaissance qui doivent intégrer de nouveaux risques ;
- de l'indemnisation, qui doit être mieux couplée avec les logiques de prévention.

Nous allons développer tout au long de cette journée des exemples de propositions novatrices qui vont dans ce sens, qui sont portées par des personnes de conviction.

Auparavant, je laisse la parole à Gert VAN DER LAAN, chercheur, expert en maladies professionnelles au Centre néerlandais des maladies professionnelles. Il travaille depuis plusieurs années sur les problématiques des nouveaux risques. Il participe notamment à la rédaction d'un rapport sur les maladies professionnelles pour le compte de la Commission européenne.

Gert VAN DER LAAN

Bonjour Mesdames et Messieurs,
"Vigilate et orate" (veillez et priez) : telle est l'inscription qui figure sur le fronton d'une des plus grandes églises de Hollande... Nous sommes face à une question grave.

Le poids que représentent les MP est très lourd, tant en termes de dépenses que de mortalité. Aux Pays-Bas, plus de 3 000 personnes meurent chaque année de maladies professionnelles (cancers, maladies cardio-vasculaires, etc.). Cela entraîne des coûts importants : 2 à 4 % du PIB des Pays-Bas, selon certaines études.

Les MP peuvent être considérées comme des "effets secondaires" ou "dommages collatéraux" du travail. Aussi faut-il être vigilant et appliquer rigoureusement les mesures d'hygiène et de sécurité.

En matière de statistiques relatives aux MP, comme l'a montré Raphaël HAEFLINGER, les comparaisons sont difficiles. En général, ces chiffres reflètent les particularités des systèmes de sécurité sociale dans les États membres et les différences entre les critères de reconnaissance des MP et d'indemnisation des victimes.

Les maladies concernées par ces statistiques sont toutefois universelles et certains éléments peuvent être étudiés à l'échelle mondiale. Nous avons mené une étude en Europe. Des différences se font jour dans les initiatives que

prennent les pays, lesquels sont plus ou moins actifs dans le domaine des maladies professionnelles.

Quoi qu'il en soit, la Commission européenne et l'EU-OSHA jouent un rôle stimulant pour une harmonisation. La liste européenne des maladies professionnelles [qui date de 2003] a encouragé les "nouveaux" États membres à adopter une telle liste au plan national. S'il existe des différences entre les États membres en matière de prise en charge des maladies professionnelles, les nouveaux pays entrants observent ce qui se fait déjà et adoptent des solutions de plus en plus harmonisées.

L'EU-OSHA réalise des études et rassemble des exemples de bonnes pratiques dans le domaine de la prévention. Des campagnes de prévention sont en outre organisées chaque année au niveau européen.

Je souhaite plus particulièrement m'intéresser aujourd'hui aux risques émergents et aux nouvelles maladies professionnelles.

Commençons par les méthodes utilisées pour tracer et repérer ces "nouvelles" maladies, puis nous aborderons le volet de la coopération internationale avant de parler des effets sur la santé de l'utilisation des nanomatériaux.

Typologie des maladies professionnelles

Les nouvelles maladies professionnelles évoquent immédiatement le changement des conditions de travail, les modifications de postes de travail. Pourtant, il existe aussi de nouvelles maladies liées à des risques anciens, mais dont les effets n'étaient pas détectés. L'exposition des travailleurs à ces risques doit être étudiée jusqu'à devenir incontestable. N'oublions pas que les maladies professionnelles aujourd'hui établies et reconnues sans contestation possible ont en leur temps été discutées et contestées.

Parmi les nouvelles maladies liées à une modification des conditions de travail, il y a la neuropathie des abattoirs aux États-Unis.

Traditionnellement, le traitement des animaux se faisait carcasse après carcasse, comme l'atteste déjà un tableau de Rembrandt. Or, dans certains abattoirs, se sont déclarés des cas graves de polyneuropathie, qui ont provoqué une perte de sensibilité des doigts, suivi d'un affaiblissement musculaire des membres, difficultés qui atteignaient principalement les travailleurs masculins.

La polyneuropathie a été mise en évidence lorsqu'on s'est aperçu que les cas déclarés touchaient des travailleurs des abattoirs. Une analyse des risques, menée par des épidémiologistes, des techniciens, des gestionnaires de système d'hygiène et de sécurité, a permis de mettre en évidence qu'une quinzaine de cas s'était déclarée sur les postes de travail de la table de traitement des crânes de porcs. Traditionnellement, les crânes étaient découpés pour en extraire la cervelle, mais la technique utilisée dans les abattoirs incriminés était nouvelle : forage au bas de la nuque et aspiration de la cervelle qui provoque la volatilisa-

tion de petites particules de ceruelle dans l'atmosphère.

L'étude s'est intéressée à plusieurs abattoirs et a mis en évidence que tous les établissements qui utilisaient la technique d'aspiration présentaient des cas de polyneuropathie, alors que les établissements travaillant de manière traditionnelle étaient exempts de telles maladies. Les neurologues américains ont été mobilisés pour informer les autorités sanitaires de tout nouveau cas.

Dans le domaine des maladies professionnelles, on se heurte à la difficulté de déterminer les causes de la maladie. Les médecins, en milieu hospitalier, s'intéressent davantage au traitement et se montrent peu enclins à réaliser des études étiologiques permettant de mettre en évidence l'exposition menant à la nouvelle maladie.

L'empoisonnement des dockers

Des dockers en Allemagne et aux Pays-Bas ont été atteints d'empoisonnement aigu après avoir ouvert des containers provenant du sud est de l'Asie. Ils ont présenté des crises d'épilepsie, des dysfonctionnements nerveux et des effets secondaires plus ou moins prononcés (nausées, vomissements, maux de tête, etc.). Les recherches ont permis de mettre en évidence que le traitement antibactérien par fumigation avec du méthylbromide et des phosphines avait provoqué l'empoisonnement des dockers.

La chaîne n'est pas totalement contrôlée du départ des containers jusqu'à l'arrivée en Europe. Elle ne permet pas de détecter tous les effets des fumigations, qui laissent des traces gazeuses dans les containers, ou des produits antibactériens emballés dans des packagings contenant des solvants qui en favorisent la dispersion dans l'atmosphère.

Les personnes qui ouvrent les containers ne sont pas habituées à se protéger contre ces agents chimiques volatiles et de nombreuses rumeurs très inquiétantes ont couru aux Pays-Bas après la découverte de cas d'empoisonnement.

Les pathologies de l'amiante

Il y a 30 ans, les conditions de travail dans les usines d'Europe occidentale utilisant de l'amiante étaient similaires à celles que l'on peut rencontrer aujourd'hui dans certains pays en développement. Aujourd'hui interdites en Europe, la production et l'utilisation de l'amiante perdure, voire s'accroît dans certains pays. Le Canada continue d'exporter de l'amiante vers l'Afrique et l'Asie, alors même que le pays procède au désamiantage de tous ses bâtiments publics.

Dans le port de Dubaï, un chantier de construction d'îles artificielles a été mis en place. De nombreuses rumeurs ont couru sur ce chantier, lors des phases de démolition. La présence de forts vents a poussé les habitants et les travailleurs à prélever des échantillons atmosphériques pour les faire analyser. Les résultats ont révélé la présence de 15 % de particules de polyséthol (amiante). Ces résultats ont créé une véritable panique parmi les travailleurs du chantier. Je me suis rendu sur place avec des spécialistes hollan-

dais pour poursuivre les analyses et réaliser le désamiantage du chantier.

Traçabilité des maladies professionnelles

Afin de détecter et reconnaître les nouvelles maladies professionnelles, différents outils peuvent être utilisés :

- les rapports médicaux ;
- les notifications envoyées par les travailleurs eux-mêmes ;
- la littérature périodique ;
- les bases de données disponibles (notamment dans le domaine minier) ;
- la surveillance médicale active (des travailleurs exposés aux nanoparticules) ;
- la prévision des effets néfastes sur la santé ;
- les études épidémiologiques : les cancers liés à des expositions toxiques notamment ne peuvent être détectés que par ce genre d'études, de même que les maladies rares ne peuvent être mises en évidence que par l'étude de groupes ciblés.

La collaboration internationale entre instituts spécialisés est primordiale. Le centre de Grenoble notamment est très actif dans le domaine par exemple des allergies au shiitake et le programme européen COST permet de soutenir certaines études.

Le suivi des maladies professionnelles passe donc par les études sur les nouveaux risques liés aux nouvelles substances, aux nouvelles technologies de travail. Les échanges rapides des résultats de recherche, notamment via Internet, sont primordiaux.

Le programme de recherche français RNV3P (réseau national de vigilance et de prévention des pathologies professionnelles) est une excellente plateforme d'échanges de données. Tous les CHU français ont un département spécialisé dans les maladies professionnelles et tous les cas sont enregistrés dans cette base, assortie de données sur l'exposition et l'état de santé du travailleur. Cela permet d'améliorer la connaissance des cas, les techniques de détection et de prévention.

Le risque émergent de l'utilisation des nanomatériaux Certains cancers et maladies cardio-vasculaires peuvent être liés à l'exposition aux nanomatériaux, mais, si des données sont disponibles pour l'exposition animale, les données concernant l'humain sont très réduites.

En ce domaine, "veiller et prier" ne suffit pas. Mieux vaut être actif qu'attentiste. Il faut entreprendre des études sur les travailleurs les plus exposés aux nanomatériaux. En France a été mis en place un réseau de surveillance épidémiologique national pour les travailleurs produisant ou utilisant des nanomatériaux. Toutefois, l'échantillon actuel n'est pas assez représentatif pour fournir des résultats probants.

Cette surveillance médicale des travailleurs exposés au risque "nano" permettra de faire des alertes précoces, mais aussi de cibler des groupes de travailleurs spécifiques

(BASF a fait cela avec ses personnels, en mesurant le risque d'exposition). Cette approche est complémentaire des évaluations de risques épidémiologiques.

Cette surveillance doit être mise en place comme une sorte de service après-vente, comme cela se fait en pharmacovigilance. Toute production de nanoparticules devrait être assortie d'un système de vigilance, mais cela pose des problèmes de financement.

En conclusion, je rappelle que le poids des MP est lourd et réclame une approche active, rigoureuse et volontariste pour identifier les risques et mettre en place un système de prévention. La collaboration internationale, les échanges de

bonnes pratiques sont peu onéreux et efficaces. Le comité scientifique de l'Union européenne fixant les limites d'exposition sur le lieu de travail à des matières nocives ou dangereuses pourrait trouver un comité homologue pour les maladies professionnelles. Ce dernier établirait une liste de pathologies et des critères précis sur les problèmes existants. De tels dispositifs n'existent pas en effet dans tous les pays membres de l'UE. Il faudrait donc établir une typologie générale européenne qui servirait de base commune à tous les dispositifs nationaux, parce que les maladies professionnelles n'ont malheureusement pas de frontières. ●

Vers une meilleure prise en compte des maladies professionnelles au niveau communautaire ?

Régis de CLOSETS

Je vais lancer le premier débat pour aborder la dimension européenne de la reconnaissance des maladies professionnelles. La Stratégie communautaire pour la santé et la sécurité au travail, qui s'achève en 2012, avait fixé un objectif de réduction de 25 % des accidents du travail, mais pas d'objectif concernant les maladies professionnelles.

Quelle place ont les maladies professionnelles dans le champ de la réglementation communautaire et dans les efforts d'harmonisation ?

Je vous présente nos quatre invités :

- Christa SEDLATSCHKEK, Docteur en médecine, Directrice de l'Agence européenne pour la sécurité et la santé au travail (EU-OSHA) de Bilbao. Vous nous parlerez de la prévention, mais aussi du travail de collections statistiques que fait l'Agence.

- Jorge COSTA-DAVID, Administrateur principal, Docteur en médecine, Direction générale Emploi, Affaires sociales et Inclusion, Unité B/3 Santé, Sécurité et Hygiène au travail, Commission européenne. Vous nous parlerez de la place des maladies professionnelles dans la réglementation européenne.

- Laurent VOGEL, Directeur du département Conditions de travail, Santé et Sécurité de l'ETUI (Institut syndical européen) qui travaille depuis longtemps sur les problématiques qui nous intéressent.

- Emmanuel JULIEN, Vice-Président de la Commission sociale, BusinessEurope. Vous nous donnerez le point de vue des employeurs européens sur les problématiques de prévention.

Je voudrais dans un premier temps que nous examinions la question de l'incidence des maladies professionnelles au niveau européen et dans quelle mesure les conditions de travail impactent cette incidence. Dans ce contexte, les comparaisons européennes s'avèrent à la fois difficiles à réaliser et intéressantes à interpréter.

Docteur COSTA-DAVID, ces données proviennent avant tout des déclarations de maladies professionnelles dans les États membres. Dans le cadre de l'élaboration d'un rapport visant à dresser un bilan à l'échelle européenne suite à l'audit de la Stratégie communautaire 2007-2012, vous collectez les données nationales pour évaluer l'état des déclarations en Europe. Ces données nationales donnent-elles aujourd'hui une vision globale et représentative de ce que sont les maladies professionnelles en Europe ?

Jorge COSTA-DAVID

Les données nationales donnent effectivement une idée,

mais qui n'a pas la qualité que nous souhaiterions. Le terme de maladie professionnelle utilisé dans une acception large pose problème parce qu'il recouvre à la fois des pathologies bien reconnues (amiante) et d'autres qui le sont plus diversement. Ainsi les pathologies liées au stress au travail sont inscrites sur certaines listes nationales de MP et pas sur d'autres. Les données collectées ne nous permettent pas sur ces pathologies de dresser un bilan sur la situation européenne. Il ne faut pas oublier que la Commission européenne cherche à avoir une vision à l'échelle de l'Europe et à faire profiter les pays membres des expériences positives.

Le rapport à l'échelle européenne que nous venons de recevoir est éclairant, parce que le bilan est difficile à établir.

Régis de CLOSETS

Aussi le fait de fixer des objectifs en termes de réduction d'incidence n'a-t-il pas de sens dans le domaine des maladies professionnelles, contrairement aux accidents du travail...

Jorge COSTA-DAVID

Je ne dirais pas cela. Il y a une logique à chercher à travailler sur la réduction d'incidence des maladies professionnelles, mais le système européen laisse pour le moment une large marge de manœuvre à chaque État membre. Le rapport que nous avons commandité sur les systèmes de MP dresse notamment en conclusion le constat d'une situation très disparate, très variable. C'est la raison pour laquelle Eurostat a pour l'instant renoncé à diffuser des statistiques sur des situations si diverses selon les États.

Régis de CLOSETS

Laurent VOGEL, vous dites que les déclarations de maladies professionnelles ne sont que la partie émergée de l'iceberg et, qui plus est, cette partie est différente dans chaque pays. Que disent les enquêtes sur la prévalence des maladies et sur la manière dont elles affectent la santé des travailleurs ?

Laurent VOGEL

La question des expositions est fondamentale. Il faut observer l'évolution des expositions pour avoir une idée précise de leur impact sur la santé, sachant que certaines expositions auront un impact à court terme, d'autres des effets à long terme. De ce point de vue, on constate un échec de la stratégie européenne en santé et sécurité au travail parce que, sur la plupart des indicateurs, il n'y a pas de progrès significatifs ; la situation se détériore même sur certains d'entre eux, notamment l'intensification du travail.

Sur l'exposition aux agents cancérigènes, les données disponibles ne permettent pas de conclure à une progression significative.

Certes, les difficultés d'utilisation des statistiques concernant les maladies professionnelles sont incontestables, mais il est sans doute possible d'exploiter les données concernant les expositions et on manque dans ce domaine d'une réelle volonté politique.

Régis de CLOSETS

La CES (Confédération européenne syndicale) avance qu'un travailleur sur cinq en Europe est actuellement exposé à des agents cancérigènes au travail. Comment explique-t-on un tel taux d'exposition ?

Laurent VOGEL

La Commission européenne a mis fin au programme CAREX, qui était destiné à calculer le nombre de travailleurs exposés à des agents cancérigènes sur la base d'un système de matrice emploi/exposition. À partir d'études existantes, on pouvait donc calculer le nombre de travailleurs, emploi par emploi, qui étaient exposés à telle ou telle substance. Le chiffre d'un travailleur sur cinq exposé ressort de cette étude, mais il date maintenant de 20 ans.

Le problème de volonté politique est patent. La méthodologie de CAREX pourrait être améliorée, bien sûr, notamment sur les problématiques de cancers féminins, mais l'idée de base est fondamentale. Les données actuelles sont la production globale (volume de substances cancérigènes utilisé sur les lieux de travail), et la tendance sur ce point n'est pas à la baisse, mis à part quelques substances déterminées.

Régis de CLOSETS

En termes d'évolution par rapport au PIB, quelles sont les évaluations ?

Laurent VOGEL

Nous dépendons des substances cancérigènes parce que notre modèle de production induit une utilisation croissante de ces substances : chaque fois que nous augmentons notre PIB d'1 point, notre production de substances dangereuses progresse de plus d'un point. Le modèle est donc insoutenable à terme.

Régis de CLOSETS

L'autre source de données est celle du ressenti des travailleurs et de la façon dont ils perçoivent leur capacité à travailler.

Laurent VOGEL

Dans l'enquête de la Fondation européenne pour l'amélioration des conditions de vie et de travail de Dublin sur les conditions de travail, une question est particulièrement importante : "serez-vous en mesure de continuer votre tra-

vail lorsque vous aurez atteint 60 ans ?". Le pourcentage global de réponses positives à cette question se situe autour de 60 %. Pour les ouvriers, il tombe en dessous de 50 %. Cet indicateur est très pertinent parce que les études menées dans des secteurs définis, notamment pour les professions infirmières, font apparaître que le ressenti sur la capacité de poursuivre l'activité jusqu'à 60 ans est confirmé dans les faits.

Au moment où les autorités européennes font pression pour reculer l'âge de la retraite et démanteler les systèmes de retraite anticipée, on risque de créer un écart dramatique dans certaines professions entre l'âge de la retraite et l'âge jusqu'auquel les personnes sont effectivement capables de travailler.

Régis de CLOSETS

Un autre chiffre illustre les problématiques actuelles : 4 travailleurs sur 10 qui ont été malades dans les 2 derniers mois sont allés travailler alors qu'ils étaient malades. Cela montre que la conscience de la maladie n'induit pas une déclaration de celle-ci ou une prise en compte dans l'univers du travail. Les données font aussi ressortir des inégalités entre les travailleurs, notamment en ce qui concerne les jeunes et les femmes.

Laurent VOGEL

Le risque accru pour les jeunes est clairement lié à la précarisation du travail. Les jeunes sont davantage soumis à une exposition à des agents cancérigènes que la moyenne des travailleurs, dans des conditions où la prévention est moins bonne. Cette tendance est inquiétante.

Pour ce qui est des femmes, le risque accru est lié à l'usure au travail : les risques sont répétés et l'avantage immédiat qu'elles ont sur les travailleurs masculins disparaît sur le moyen et le long terme. Cela est inquiétant en termes de prévention comme d'indemnisation, parce que les problèmes de santé et sécurité au travail des femmes sont marqués par une très forte invisibilité. Dans de nombreux pays européens, le système de Sécurité sociale reconnaît principalement les MP masculines. Ainsi, en Belgique, 90 % des MP reconnues sont des pathologies masculines, chiffre dont il ne faudrait surtout pas conclure que les femmes ont des conditions de travail 9 fois meilleures que les hommes. Les deux grands défis pour une future stratégie européenne, s'il y en a une, seraient de traiter la question de la santé et sécurité au travail et d'accorder une plus grande attention au travail précaire et à la dimension de genre, c'est-à-dire à la situation spécifique des femmes.

Régis de CLOSETS

Emmanuel JULIEN, partagez-vous les constats de Laurent VOGEL sur les écarts qui se creusent entre différentes populations en termes d'espérance de vie sans handicap ?

Emmanuel JULIEN

Effectivement, je ne suis pas médecin, mais un certain nombre de constats correspondent à des réalités que chacun peut observer sur son lieu de travail. Sans partager tous les propos qui ont été tenus, je reconnais que nous avons d'importants problèmes d'identification en Europe et d'écart entre les situations.

La perception par les salariés de ce qu'ils seront capables de faire après 60 ans montre que moins de la moitié des ouvriers estiment qu'ils pourront poursuivre leur travail après 60 ans. Cette donnée n'est pas inquiétante comme le dit Laurent VOGEL, mais parfaitement logique.

Régis de CLOSETS

Laurent VOGEL soulignait l'enjeu primordial de la mesure des expositions, vous accordez-vous sur ce point ?

Emmanuel JULIEN

Oui, d'autant plus que nous avons toujours privilégié l'approche de la prévention. Or il existe un lien mécanique évident entre prévention et expositions. La question de l'exposition permet de poser la question de la prévention des maladies professionnelles, notamment dans le domaine du stress. À cet égard, nous sommes signataires de l'accord européen sur le stress, qui est une question importante, parce que les chiffres dont nous disposons plaident en faveur d'une approche européenne plus approfondie.

Régis de CLOSETS

Revenons à la question de la meilleure identification possible des risques. Bien qu'il soit difficile d'obtenir des statistiques globales, nous disposons de nombreuses données sur les risques nouveaux, issues de rapports et d'enquêtes. Christa SEDLATSCHKEK, parvenez-vous à l'EU-OSHA à intégrer ces nouveaux risques dans vos études ? Est-il possible d'en améliorer l'identification pour que les travailleurs comme les employeurs puissent s'en saisir ?

Christa SEDLATSCHKEK

Oui, l'EU-OSHA a entrepris une enquête dans les PME, interrogeant les cadres et les employeurs sur l'identification des nouveaux risques. Les résultats ont parfois été très surprenants. Bien sûr, certains risques traditionnels restent très présents. Les risques liés au travail varient en fonction des pays. Il existe des maladies dont les sources sont multifactorielles ; il faut donc tenir compte dans nos études de cette dimension "traditionnelle" des risques.

En outre, les risques reconnus au niveau de l'entreprise dépendent de la taille de celle-ci et de son secteur d'activité. Les risques psychosociaux notamment sont mieux reconnus dans certains types d'entreprises, mais leur reconnaissance reste globalement difficile en raison de leur caractère multifactoriel : le niveau hiérarchique de l'employé est ainsi un des facteurs de risque.

Avant l'EU-OSHA, j'ai travaillé en Allemagne pendant 8 ans sur l'initiative INQA en faveur d'une meilleure qualité de vie au travail. Parmi les risques que nous avons identifiés, figuraient le niveau dans la hiérarchie, l'instauration d'un bon climat de travail, l'absence d'une trop forte pression et de harcèlement. Ces facteurs sont aussi déterminants qu'une exposition aux produits chimiques.

Par ailleurs, l'impact de ces nouveaux risques sur la santé du travailleur dépend de sa charge de travail, de son âge, de sa perception des risques.

L'Agence exploite les résultats de cette enquête pour se doter d'instruments d'information. Pour diffuser efficacement l'information, il faut créer un bon niveau de conscience des risques professionnels et de leur impact sur la santé et sur l'âge de la retraite.

En Suède, il est envisagé de faire passer l'âge de la retraite à 75 ans. J'ignore combien de travailleurs dans le secteur de la construction pourront atteindre cet âge de la retraite. Quand on parle de la chaîne démographique et de la prévalence des risques dans certaines populations, il est absolument nécessaire d'initier les actions en faveur des jeunes. La prise de conscience des risques doit se faire dès le plus jeune âge.

L'Agence doit aussi apporter une assistance à l'évaluation des risques. Cette évaluation est essentielle au niveau de l'entreprise. L'entreprise doit ensuite être assistée dans la mise en œuvre des mesures et des stratégies de prévention.

Nous travaillons donc à différents niveaux :

- faire progresser la prise de conscience des risques professionnels ;
- présenter des statistiques prouvant les risques ;
- apporter une assistance au développement d'outils d'évaluation des risques. L'un d'eux est en ligne (OIRA) pour l'aide à l'évaluation des risques dans les PME ; un autre est en cours d'élaboration et sa diffusion est prévue dans tous les États membres ;
- promouvoir les thématiques d'hygiène et de sécurité dans la vie politique, la recherche, l'éducation des jeunes, la santé publique, la formation et la pratique des médecins généralistes, etc.

Régis de CLOSETS

En termes de prévention, les employeurs se trouvent face à une situation compliquée, parce que les risques ne sont pas toujours identifiés et parce que les politiques de prévention sont coûteuses.

Une enquête européenne de 2010 montre que l'évaluation du risque chimique n'est prise en compte que dans 40 % des cas dans le document à rédiger (document unique en France).

Emmanuel JULIEN, les entreprises disposent-elles aujourd'hui d'outils de prévention adaptés pour agir efficacement dans la prévention spécifique des maladies professionnelles ?

Emmanuel JULIEN

Il est évident que le coût des politiques de prévention favorise une certaine timidité des entreprises, mais c'est surtout le manque d'outils qui les laisse démunies.

La carence statistique au niveau européen, confortée par l'arrêt de la production d'Eurostat en matière de maladies professionnelles est un phénomène sans précédent. La connaissance scientifique des situations est réduite et ne permet pas d'accroître significativement les actions de prévention.

Par ailleurs, on en est aux balbutiements de la prévention, mais les initiatives existantes indiquent que la direction qui est prise est la bonne. À cet égard, la négociation de l'accord européen sur le stress ne s'est pas faite sans mal, mais nous avons tout de même réussi à faire valoir l'approche préventive en matière de stress au travail.

La plupart des entreprises attachent une grande attention à leur ressource humaine, et cette attention doit s'accroître encore du fait de la nouvelle politique de maintien dans l'emploi des seniors. Le prix de cette ressource humaine, en termes de valeur humaine irremplaçable et centrale aux entreprises, amène celles-ci à progresser de manière continue dans la prévention des risques professionnels. Le risque juridique, qui pèse de plus en plus lourdement sur les entreprises, bien souvent malgré leurs efforts de prévention, constitue évidemment une raison supplémentaire, s'il en était besoin, d'optimiser plus encore les démarches de prévention.

Christa SEDLATSCHKE

Pour les travailleurs manuels par exemple, il est prouvé qu'il est nécessaire d'avoir plus d'informations à tous les niveaux : travailleurs, employeurs, branche d'activité, décideurs. Tous doivent être conscients de l'impact d'une exposition à certains risques sur la santé. Une des questions principales à cet égard est, comme l'a dit Emmanuel JULIEN, l'investissement en ressources humaines. Cette question est primordiale pour l'avenir, en termes d'évolution démographique. Si nous ne prenons pas soin des jeunes et de leur santé, cela posera un problème économique majeur en Europe. La question de la prévention est aussi une question de croissance économique.

Laurent VOGEL

Il faut mettre en garde contre une vision technocratique de la prévention. Des outils existent qui peuvent être améliorés. Mais la question centrale concerne la mise en place de contre-pouvoirs, aussi bien dans les entreprises que dans la société. Toutes les enquêtes européennes montrent que les entreprises qui possèdent un CHSCT font plus de prévention que les entreprises qui n'en ont pas. La question importante à mes yeux est de comprendre quelles sont les dynamiques sociales qui favorisent, ou au contraire freinent, les démarches de prévention.

Il est naïf de se focaliser sur le manque d'outil sans mesurer que la présence de contre-pouvoir au sein de l'entreprise est un puissant facteur de prévention.

Régis de CLOSETS

La Commission européenne est un acteur majeur en termes de réglementation et d'harmonisation dans le domaine de la prévention des risques professionnels. Docteur COSTA-DAVID, pouvez-vous nous dire quels sont ses ressources et ses moyens ?

Jorge COSTA-DAVID

En ce qui concerne les ressources allouées au sein de la Commission à la santé et sécurité au travail, la situation est comparable à celle qui existait avant la crise de la vache folle en termes de santé et sécurité du consommateur. À l'époque, il n'existait pas de système de gestion des avis scientifiques, comme c'est le cas aujourd'hui, lequel est géré par mes collègues de la Direction Générale Santé et Protection des Consommateurs, c'est-à-dire avec un fort souci d'indépendance. Dans le domaine des cosmétiques par exemple, les données étaient fournies par COLIPA, organisme lié au secteur industriel, sans qu'existe de "contre-pouvoir" permettant de mettre éventuellement en cause la bonne foi de ces données. La crise de la vache folle a servi à la mise en place d'un dispositif de gestion des avis scientifiques, structuré par trois axes principaux :

- l'excellence de l'avis scientifique ;
- l'indépendance des membres du comité scientifique ;
- la transparence des processus.

Dans le domaine de la santé et de la sécurité au travail, nous n'avons pas encore atteint ce niveau de croisière des ressources. L'EU-OSHA n'a pas, de ce point de vue, les mêmes attributions et compétences que les agences spécialisées qui existent dans les domaines de la consommation alimentaire, cosmétique, pharmaceutique, etc.

La Commission dispose certes d'un Comité scientifique Expositions professionnelles (SCOEL - Scientific Committee on Occupational Exposure Limits). Il serait bon de disposer aussi d'un Comité scientifique Maladies professionnelles et le rapport à l'échelle européenne que j'ai mentionné précédemment fait la proposition de le mettre en place. Mais sa possible création devra encore franchir pas mal d'obstacles et l'état actuel de mon unité de travail (quelque 23 personnes, toutes catégories de personnel confondues) n'est pas à même de permettre que la force de travail soit fournie.

Le Comité consultatif Santé et Sécurité au travail a été mis en place dans le souci ultime d'établir des consensus sur les grandes questions dans ce domaine, entre les représentants des travailleurs, des employeurs et des gouvernements. Les décisions sont prises de façon consensuelle, ce qui explique en partie la lenteur du processus.

Lorsque j'étais à la tête d'un des comités scientifiques, j'ai organisé 30 réunions plénières en 5 ans, soit en

moyenne une réunion plénière tous les 2 mois, sans compter le nombre de réunions spécialisées qui faisaient largement le travail préparatoire. Le Comité Santé et sécurité au travail se réunit 2 fois par an, ce qui rend un niveau de productivité identique impossible.

Régis de CLOSETS

Alors qu'il est très difficile d'avoir une vision globale de la problématique des maladies professionnelles en Europe, quel est l'enjeu principal d'une meilleure harmonisation des législations ?

Jorge COSTA-DAVID

Il n'est pas possible de faire des progrès spectaculaires en termes d'harmonisation dans l'immédiat. Le rapport dont je vous ai parlé est encore en cours de validation, mais il apporte une clarification très nette sur le fonctionnement des systèmes nationaux de maladies professionnelles. J'ai notamment souhaité une clarification sur les mécanismes de décision, même s'il est difficile d'atteindre l'harmonisation complète. La terminologie elle-même pose problème : actuellement, nous discutons entre autres de l'acceptation de l'expression "maladie professionnelle", par opposition à la "maladie liée au travail", qui n'est pas la même chose...

Régis de CLOSETS

L'harmonisation est pourtant une nécessité en raison de la réalité de la mobilité professionnelle. À défaut de se faire par le droit, elle risque donc de se faire par la force, au cas par cas : le travailleur demandera dans le pays où il arrive à être indemnisé de la même manière qu'auparavant.

Jorge COSTA-DAVID

Je m'étonne effectivement qu'il n'y ait pas plus de discussions autour de cette menace réelle qui s'illustre déjà par plusieurs exemples. Cela signifie qu'un travailleur qui bénéficie d'indemnités dans un pays A pourrait aller travailler dans un pays B et constater les différences de traitement. En cas de délai de latence long (amiante ou produits chimiques), la mobilité pose également problème pour établir le lien entre l'exposition et la maladie, permettre l'indemnisation, etc. Le "passeport de travail" qui suivrait le parcours du travailleur permettrait une certaine traçabilité à cet égard.

Quoi qu'il en soit, il faut se fixer des objectifs simples et atteignables. L'harmonisation de l'indemnisation est inenvisageable à court terme. Toutefois, dans le domaine des maladies professionnelles, la réglementation en matière de santé et de sécurité peut s'inspirer de ce qui se fait dans le domaine de la chimie : ainsi, il n'y a pas de raison qu'une exposition soit reconnue comme pertinente en termes de cause effet pour une maladie professionnelle précise dans un État membre et pas dans un autre.

Par ailleurs, il est évident que la question des maladies

professionnelles a une dimension sociale très forte et que des contre-pouvoirs sont nécessaires comme le disait Laurent VOGEL. Toutefois, à mon avis, il faut sortir de ce jeu de rapports de force pour consacrer l'indépendance des instances scientifiques et techniques. Le dispositif de gestion des avis scientifiques fonctionne bien et laisse la discussion dans le champ politique, qui doit toutefois tenir compte des avis scientifiques.

Régis de CLOSETS

En ce qui concerne la réglementation, l'Europe doit-elle émettre une directive recensant tous les nouveaux risques ou faut-il mettre en place une approche graduée ?

Jorge COSTA-DAVID

Vous posez la question de la nécessité d'émettre une norme contraignante. Je pense que dans le domaine des maladies professionnelles, la flexibilité est encore nécessaire : jusqu'à présent la réglementation en la matière s'est faite par recommandation, qui pour ne pas être contraignante, n'en est pas moins un texte législatif. Il y a une utilité à l'usage de ces outils non contraignants : on ne gagne pas la guerre avec un seul corps militaire. L'arsenal complet est nécessaire pour parvenir à la victoire : comités scientifiques, Comité consultatif, activité normative, etc.

Régis de CLOSETS

Qu'en est-il des nanomatériaux ?

Jorge COSTA-DAVID

Nous faisons sur ce sujet un travail qui peut être cité en exemple. Nous avons constitué un groupe de travail et commandé une étude, qui est en cours. La législation relative à la santé et la sécurité au travail fournit une base satisfaisante [directive agents chimiques, directive cadre, directives agents cancérigènes] pour intégrer les nanomatériaux. Par ailleurs, des initiatives ont vu le jour en Europe, comme le système NRV (Nano Reference Values) aux Pays-Bas.

Régis de CLOSETS

Quelles orientations sont-elles prises sur la question du stress, qui est un risque émergent mais flou ?

Jorge COSTA-DAVID

Je ne pense pas que ce genre de risque peut être résolu par le biais d'une directive. Il ne faut pas oublier que le stress au travail a une dimension très personnelle et subjective, même si certains éléments de pression, de harcèlement, de rythme de travail peuvent être objectivés.

L'accord-cadre qui a été établi a semblé une mesure plus pragmatique pour remédier au problème du stress au travail. Pour autant, l'accord ne suffira sans doute pas : il est la première étape d'un processus de longue haleine.

Régis de CLOSETS

Tout cela suppose-t-il la définition d'une nouvelle stratégie à partir de 2013 ?

Jorge COSTA-DAVID

Les débats sont en cours ; nous hésitons entre une prolongation des objectifs de la stratégie 2007-2012 et une nouvelle stratégie, qui réclame toutefois une évaluation probante des résultats de l'actuelle stratégie.

Laurent VOGEL

Le débat sur la Stratégie est lié à l'idée même du projet européen. Pour l'équipe qui se trouve actuellement à la tête de la Commission européenne, la santé et sécurité au travail est un fardeau pour les entreprises et un obstacle à la mise en concurrence des travailleurs. De notre point de vue, une nouvelle stratégie est nécessaire afin de parfaire l'harmonisation en tirant vers le haut les conditions de travail à l'échelle de l'Europe.

Si la vision qui prédomine est moins celle de l'harmonisation des conditions de travail que de la mise en concurrence des travailleurs, alors il est clair qu'il est inutile de produire une nouvelle stratégie. Les documents récents émanant de la Commission confortent plutôt la dérégulation et l'affaiblissement de la sécurité ainsi que sur la possibilité d'exempter les très petites entreprises d'un certain nombre d'obligations qui découlent du droit communautaire. Je ne suis donc pas optimiste quant au développement des objectifs de santé et de sécurité dans les années à venir.

Emmanuel JULIEN

Nous oublions que ce domaine est le plus important domaine d'intervention de la Commission européenne dans les affaires sociales. Si l'on conçoit qu'il soit possible d'harmoniser de l'étiquetage et des domaines techniques qui ne sont pas de l'ordre du culturel, il est plus difficile en revanche d'harmoniser des champs où les périmètres étatiques sont très variables.

L'harmonisation de l'indemnisation implique de facto l'harmonisation de la reconnaissance. Or l'harmonisation de l'indemnisation reviendrait à siphonner les systèmes sociaux les plus généreux qui devraient alors choisir entre la faillite et la diminution de leur taux d'indemnisation.

Nous sommes favorables à un effort communautaire sur le travail scientifique, qui est un préalable indispensable à tout effort d'harmonisation. Les entreprises doivent également poursuivre la démarche de prévention et la renforcer ; la bonne direction est prise et doit être accentuée et facilitée par le travail scientifique. La question des causalités, du lien entre exposition et maladies doit être approfondie.

Régis de CLOSETS

Christa SEDLATSCHKEK, dans la nouvelle stratégie, pensez-vous pouvoir élargir les compétences de l'Agence ?

Christa SEDLATSCHKEK

J'ai pris la tête de l'Agence en septembre 2011 et nous sommes prêts à soutenir une nouvelle stratégie. Tel est notre rôle. Nous tentons d'être proactifs, tant au niveau de l'information que de la collecte de données au sein même des entreprises, afin de capitaliser les expériences positives.

Nous avons deux priorités :

- la législation, qui reste le facteur principal de pression sur les employeurs pour leur faire respecter les normes de santé et de sécurité ;
- le dialogue avec les partenaires sociaux sur le lieu du travail.

Il est également important de tenir compte de la situation de crise économique qui prévaut en Europe et qui pèse sur les entreprises. Les restructurations, les changements démographiques sont autant de défis auxquels la stratégie doit être adaptée. Notre Agence sera un partenaire solide de la Commission pour soutenir la nouvelle stratégie ou la stratégie améliorée pour les prochaines années.

DÉBAT AVEC LA SALLE

Daniel BOGUET (entrepreneur, représentant de l'UPA)

Je regrette l'absence de représentants de l'UAPME à votre table, alors même qu'il est question des petites et moyennes entreprises. Je regrette d'ailleurs que M. JULIEN, représentant du MEDEF, dise que les travailleurs doivent être soignés parce que l'entreprise en a besoin, niant par là toute la dimension humaine du travail.

J'appartiens à l'UPA. Pour les accidents du travail, les petites entreprises obtiennent des résultats satisfaisants, mais en termes de maladies professionnelles, les salariés doivent être informés, parce que la démarche de déclaration leur appartient.

Emmanuel JULIEN

Oui, je crois que toutes les entreprises, petites ou grandes, ont intérêt à bien soigner leurs salariés. Je ne vois pas ici de point de désaccord. Dans un contexte de ressource humaine rare, la prévention est un outil supplémentaire au service de la politique de ressources humaines de l'entreprise.

Alain CARRE (CGT France)

Bonjour, je représente la commission n° 4 du Comité d'orientation des conditions de travail (COCT). M. HAEFLINGER, parmi les causes de disparités de détection et de reconnaissance des maladies professionnelles en Europe, ne faudrait-il pas inscrire les disparités de prévention ainsi que les disparités de traçabilité des expositions ?

Laurent VOGEL

Le grand nombre de déclarations dans un pays ne signifie pas que la situation est mauvaise. La prévention donne de la visibilité aux maladies et augmente les déclarations de maladies professionnelles. On doit bien distinguer l'indemnisation qui dépend de systèmes nationaux très complexes et qui ne permettent pas de comparaison, de la visibilité qui est un élément essentiel pour toute politique de prévention. Par exemple, aux Pays-Bas, il n'existe pas de système d'indemnisation séparé du système général, mais cela ne les empêche pas d'avoir un centre de recherche sur les maladies professionnelles.

Le débat sur l'indemnisation est distinct de celui sur la déclaration, lequel vise avant tout un but collectif d'alerte.

Jorge COSTA-DAVID

Je partage ce point de vue sur l'indemnisation. Je tiens en outre à faire une mise au point sur les termes de "prévention" et "précaution". Le premier présuppose l'existence possible d'une maladie qu'on traite, tandis que le second se situe en amont de toute donnée épidémiologique. Pour les nanomatériaux, nous en sommes au stade de la précaution, et notre réussite se mesurera à l'absence de maladie professionnelle due à l'exposition aux nanomatériaux. L'idéal serait donc de parvenir à une culture de précaution et non de prévention.

Alain LE JEAU (Président CARSAT Centre)

Merci pour tous ces éclairages. Un point n'a pas été abordé, celui de la compétence pour évaluer ou mesurer les risques multifactoriels, qui posent des problèmes aux entreprises.

Christa SEDLATSCHKE

Effectivement, au niveau de l'entreprise se pose souvent un problème de manque de formation et de compétences. Les risques multifactoriels, notamment les risques psychosociaux sont complexes. C'est pourquoi il est si important de disposer des résultats d'enquête sur ces sujets. L'évaluation des risques est obligatoire, mais doit être faite de façon correcte, c'est-à-dire de façon documentée. La question de la flexibilité des horaires de travail par exemple, ne peut se traiter sans connaissance des risques que cela entraîne.

Ce problème de connaissance et de compétence se pose particulièrement dans les petites entreprises. La formation des employeurs va de pair avec celle des travailleurs et des représentants syndicaux. Plus l'information est diffusée à tous les niveaux, plus les résultats sont positifs.

Laurent VOGEL

La première compétence en santé et sécurité au travail est la capacité à faire parler les salariés sur leurs conditions de travail. Cela ne joue pas un rôle primordial dans les risques à long terme, mais c'est très important dans le cadre des risques comme les risques psychosociaux.

Il faut trouver des personnes suffisamment indépendantes pour effectuer ce travail. On rejoint donc le débat sur la façon de garantir l'indépendance des services de santé et sécurité au travail. ●

Repérer le lien entre la maladie et l'exposition professionnelle

Régis de CLOSETS

Nous allons maintenant consacrer nos débats à la détection et à la reconnaissance des maladies professionnelles. L'amélioration de la détection suppose une meilleure mobilisation des médecins généralistes, qui manquent de temps, de formation et parfois d'intérêt pour les maladies professionnelles. D'autre part, pour retrouver l'origine professionnelle d'une pathologie qui se déclare tardivement, il faut mettre en place des procédures de suivi et d'enquête sur les expositions dans le milieu professionnel. Enfin, il faut travailler à la mise en place de nouveaux outils - logiciels, guides, etc. - afin de favoriser le diagnostic et la déclaration.

Nos intervenants pour cette table ronde sont :

- Anne DELÉPINE, Médecin, Conseiller médical en santé au travail, Institut national de recherche et de sécurité (INRS), France. Vous travaillez à mobiliser généralistes et spécialistes sur ces questions de maladies professionnelles.
- Sandrine ARNAUD, Médecin de santé publique, Observatoire régional de la santé Provence Alpes Côte d'Azur, France. Vous coordonnez depuis 2004 une initiative destinée à sensibiliser les médecins à l'échelle régionale à la détection de MP.
- Christine DAIGURANDE, Ingénieur Conseil, Caisse d'assurance retraite et de la santé au travail (CARSAT) Normandie, France. Vous nous parlerez d'une opération qui existe depuis 2008 en Normandie et maintenant dans le Nord-Picardie en faveur de la détection de cancers de la vessie d'origine professionnelle.
- Yvan MARTIGNY, Médecin-conseil, Responsable du pôle Contrôle des prestations et Relations avec les assurés, Direction régionale du service médical (DRSM) de Normandie, France. Vous travaillez en collaboration avec Mme Daigurande.
- Stefanie PALFNER, Responsable du département Maladies professionnelles, Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (DGUV), Allemagne. Vous travaillez de même à la sensibilisation des médecins allemands à la détection des maladies professionnelles, notamment les cancers.
- Valentin ESTEBAN BUEDO, Chef du service "Plans, programmes et stratégies de santé", département de la Santé, Communauté autonome de Valence en Espagne. Vous allez nous présenter le logiciel SISVEL qui vise à recenser les cas suspects de maladies professionnelles, notamment depuis les cabinets de médecins généralistes.

Je commence avec vous, Anne DELEPINE. L'INRS édite un guide visant à aider les généralistes à bien utiliser les tableaux de maladies professionnelles. Une version en ligne sera bientôt disponible. L'INRS participe à l'évolution régu-

lière de ces tableaux. Il a été chargé par la CNAMTS de sensibiliser les généralistes aux problématiques de maladies professionnelles, vaste mission puisque 200 000 médecins exercent en France, dont 100 000 sont concernés au premier chef par les maladies professionnelles (généralistes, pneumologues, allergologues, etc.). Vous vous êtes acquittée seule de cette tâche de 1998 à 2008, vous disposez désormais de renforts.

Pourquoi les maladies professionnelles paraissent-elles une préoccupation si lointaine des médecins ?

Anne DELEPINE

Je précise tout d'abord que le nom complet de l'INRS est l'Institut de recherche et de sécurité pour la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles, la fin du titre justifiant le travail du tout.

Chaque médecin voit le malade d'un œil différent : patient pour le médecin traitant, travailleur pour le médecin du travail, assuré pour le médecin-conseil. Aucun n'a une vision globale du malade, et il existe peu de transversalité entre ces différents points de vue.

Par ailleurs, la formation initiale des médecins en France occulte presque totalement la question de la prévention des risques professionnels en général, et celle des maladies professionnelles en particulier. Les cours de santé au travail représentent 10 heures en 6 ans ! Les généralistes se sentent donc peu concernés.

Pourtant, lors des formations que nous proposons, les médecins découvrent un nouveau pan de leur activité, qui leur était invisible en consultation et qui les intéresse.

Régis de CLOSETS

Comment avez-vous initié votre mission de sensibilisation en 1998 ?

Anne DELEPINE

L'INRS n'est pas compétent pour proposer de la formation initiale aux médecins, qui relève entièrement du ministère de l'Éducation nationale. Il propose donc de la formation continue. Il a d'abord fallu s'intéresser au fonctionnement de cette formation continue en France, qui présente un paysage dispersé, très syndiqué. Malgré ces difficultés, nous avons touché de petites associations de formation continue et convaincu quelques médecins de l'intérêt de la formation en prévention des maladies professionnelles.

Dans les premières années, nous avons déployé une offre de formation dans 5 villes, pour un peu moins d'une centaine de médecins par an. Les médecins sont malheureusement submergés par la pression des laboratoires pharmaceutiques, qui plaident en faveur de traitements et de médicaments, ce qui laisse peu de place à la prévention. Nous

essayons de promouvoir une approche totalement différente : inciter le médecin à interroger son patient en consultation et tenter de discerner si le motif de consultation est lié au travail. Le cas échéant, nous l'encourageons à se mettre en contact avec les services de santé et sécurité au travail.

Par ailleurs, nous nous heurtons au problème de l'indemnisation des formations : l'INRS ne peut indemniser les stagiaires, ce qui constitue un frein à la formation. En effet, les médecins suivent les formations médicales continues (FMC) en sus de leur activité, sur leur temps personnel.

En 2007, un groupe de travail a été créé à Alençon au moment où l'ANAES devient la Haute Autorité de santé (HAS). La notion de recommandation de bonnes pratiques commence alors à se diffuser et le groupe de travail réunit des médecins généralistes qui élaborent un accord professionnel sur des questions que le médecin doit se poser quand il se trouve face à un malade pour lequel le motif de consultation pourrait être lié au travail.

Le groupe a entendu les différents acteurs intervenant dans la prévention des risques professionnels : un médecin du travail, un inspecteur du travail, un ergonomiste, un médecin-conseil, un représentant de la CARSAT (Caisse d'assurance retraite et de santé au travail) de Normandie. Le groupe a ensuite élaboré une liste de 10 questions simples que le médecin doit se poser : le métier figure-t-il dans le dossier médical ? Ai-je interrogé le patient sur ses conditions de travail ? Est-ce que je connais la consultation de pathologies professionnelles régionale à laquelle adresser le patient le cas échéant ?

Nous essayons d'être présent auprès des médecins les plus concernés par les pathologies professionnelles : médecins généralistes bien sûr, mais aussi allergologues, pneumologues, cancérologues, rhumatologues. Nous assurons une présence dans les congrès, publions dans les revues spécialisées afin de faire connaître notre action.

L'évaluation de notre action est difficile puisque le seul indicateur disponible (le nombre de déclarations) n'est pas de mon point de vue satisfaisant : la déclaration reste à l'initiative du patient et nous n'avons pas d'influence sur lui.

Régis de CLOSETS

Il existe d'autres initiatives visant à sensibiliser les médecins aux risques professionnels. Pourquoi ne sont-elles pas coordonnées ?

Anne DELEPINE

Je ne saurais expliquer ce manque de coordination, mais je le regrette parce qu'il cause une réelle déperdition d'énergie, alors même que nous manquons de moyens.

Régis de CLOSETS

Sandrine ARNAUD, votre approche est régionale. Le dispositif SISTEPACA (Système d'information santé travail environnement de la région Provence Alpes Côte d'Azur) vise à

aider les généralistes à mieux diagnostiquer les MP. Pour cela, vous avez mené une enquête auprès des médecins. En quoi votre dispositif complète-t-il celui présenté par Anne DELEPINE ?

Sandrine ARNAUD

Les dispositifs se complètent effectivement. La demande émanait de la Direction régionale des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi (DIRRECTE) et du Conseil régional. Elle faisait suite à la publication de notre Tableau de bord "Santé, sécurité et conditions de travail" qui présentait les statistiques d'AT/MP en région PACA en 1999-2000 et soulignait une sous-déclaration des MP. Ils nous ont donc demandé d'initier une action de sensibilisation des médecins généralistes et spécialistes aux maladies liées au travail, le SISTEPACA.

Nous avons une troisième démarche en santé travail à l'ORS PACA : nous avons mené des enquêtes sur la connaissance et les pratiques des médecins praticiens et des médecins du travail sur les maladies et les risques professionnels.

Pour les médecins praticiens, il s'agissait d'identifier leurs besoins, mais aussi les freins au repérage et à la déclaration de ces maladies. Nous avons ciblé les médecins concernés par les pathologies les plus fréquentes ou les plus graves telles que les troubles musculo-squelettiques, l'asthme professionnel, les cancers : généralistes, pneumologues et rhumatologues. Les spécialistes, les médecins à activité syndicale, ceux utilisant Internet pour des questions médicales, les médecins connaissant le certificat médical initial à remplir (identique pour un AT et une MP), ceux qui estimaient que les MP sont un problème de santé publique dans leur territoire, avaient recommandé plus souvent de déclarer les pathologies en maladie professionnelle dans les cinq dernières années.

Revenons au SISTEPACA. Nous avons constitué un groupe de travail qui se réunit une fois par mois pour mettre en œuvre les actions décidées en comité de pilotage. Il comprend :

- 2 médecins-conseils de la Direction régionale du service médical (DRSM),
- 10 médecins du travail de différents régimes,
- le médecin de la Consultation de pathologie professionnelle,
- le médecin conseiller du Service de prévention des risques professionnels de la CARSAT Sud-Est ;
- 2 médecins de l'Union régionale des professionnels de Santé - Médecins libéraux ;
- la coordinatrice du Service d'appui au maintien dans l'emploi des travailleurs handicapés (SAMETH).

Nous intervenons sur deux axes : nous mettons à disposition des médecins des informations via le site Internet www.sistepaca.org et nous organisons des réunions de formation médicale continue "santé travail" dans la région.

Nous avons élaboré des fiches pratiques de "Conduite à tenir" par maladie ou par risque, en ligne sur le site Internet. Nous n'avons pas voulu être exhaustifs ; nous avons cherché à alerter les médecins sur les troubles les plus fréquents ou les plus graves. Pour les autres maladies, un accès direct au moteur de recherche de l'INRS sur les maladies professionnelles a été créé. Les premières "conduites à tenir" concernaient les TMS, les tumeurs, les cancers, les rhinites et asthmes professionnels (maladies pour lesquelles il existe un tableau de reconnaissance). Nous documentons d'autres fiches selon les demandes et besoins constatés lors de nos réunions de formation. Les médecins nous ont rapidement alertés du fait qu'ils étaient confrontés à une forte croissance des troubles psychosociaux et ont fait part de leurs attentes dans ce domaine ; une fiche a été créée pour les aider sur ce thème.

Le site propose des réponses aux questions suivantes : comment repérer une MP ? Comment fonctionne la déclaration de MP ? Quels sont les droits du patient ?

Chaque "conduite à tenir" propose :

1/ des questions pour aider le médecin à mieux interroger son patient pour repérer un lien possible entre maladie et travail,

2/ une liste des maladies et des situations de travail à risque qui peuvent faire l'objet d'une déclaration,

3/ divers conseils, tels que comment contacter le médecin du travail, comment déclarer une maladie professionnelle, etc.

Quand la maladie, qu'elle soit professionnelle ou non, laisse des séquelles, la problématique du retour à l'emploi préoccupe particulièrement les médecins, démunis et confrontés à des prescriptions itératives d'arrêt de travail. En l'absence de concertation entre médecin généraliste, médecin conseil et médecin du travail, ces arrêts de travail prolongés peuvent se solder par une interruption des indemnités journalières et le retour au travail d'une personne, que le médecin du travail va juger inapte à reprendre son poste. Le patient est donc en errance et le manque de coordination entre médecins crée des difficultés pour la prise en charge globale du patient.

Face à ces constats, la dernière rubrique "Maintien dans l'emploi" a été développée pour aider les médecins à orienter leurs patients vers le réseau de professionnels du maintien dans l'emploi, qui est actuellement méconnu. En cas de baisse des capacités physiques d'un patient, le médecin peut proposer une visite auprès du médecin du travail, appelée visite de pré-reprise quand la personne est en arrêt maladie. Cette visite est essentielle car elle permet au médecin du travail d'anticiper les problèmes, d'étudier le poste de travail et de faire des propositions pour l'aménager, et/ou de solliciter les autres professionnels du maintien dans l'emploi s'il y a lieu. Il faut noter qu'en collaboration avec le SAMETH, les assistantes sociales de la CARSAT Sud-Est invitent les patients en arrêt de travail depuis plus de 90

jours à participer à des informations collectives sur l'invalidité et le maintien dans l'emploi. Les médecins conseils sont également impliqués dans ce réseau, ceci dans le cadre de la "Prévention de la désinsertion professionnelle" instaurée par l'Assurance Maladie depuis 2010. Cette dynamique est renforcée, dans notre région, par la signature d'une Charte régionale de coopération pour le maintien dans l'emploi, à laquelle nous apportons notre collaboration.

Régis de CLOSETS

Votre action passe par les ressources disponibles sur votre site Internet, mais aussi par les formations qui ont profité à 400 généralistes depuis 2004. Quels retours avez-vous ?

Sandrine ARNAUD

Il ne nous est pas possible de mesurer l'impact sur les changements dans la pratique. En revanche, l'on constate une réelle acculturation des médecins, qui sont désormais dans une attente très forte en matière de réunions sur ces thèmes de santé et sécurité au travail. Celles-ci constituent l'occasion de réunir les médecins du travail et les généralistes d'un même bassin d'exercice. Le but est de réaliser un maillage des praticiens. Le médecin-conseil intervient sur l'aspect administratif des MP, le médecin de la CARSAT illustre sous forme iconographique des situations de travail et la coordinatrice du SAMETH présente les aides concrètes du réseau de maintien dans l'emploi.

Régis de CLOSETS

Quelles sont les pistes d'évolution du dispositif ?

Sandrine ARNAUD

Afin de mesurer la façon dont les médecins intègrent ces conseils dans leur pratique, nous avons décidé de mettre en place un cycle de deux formations à 6 mois d'intervalle sur les cancers professionnels. La première réunion se tiendra sur le repérage et la déclaration des cancers professionnels, puis, 6 mois plus tard, un retour d'expérience sur les cas repérés chez les patients.

Invités par le Département universitaire de Médecine générale, nous allons également intervenir en mai 2012 auprès des internes en médecine générale pour leur présenter le SISTEPACA. Nous souhaitons intervenir par la suite une à deux fois par an auprès d'eux.

Régis de CLOSETS

Anne DELEPINE, que pensez-vous de la complémentarité des dispositifs nationaux et régionaux ?

Anne DELEPINE

Je connais cette expérience et j'ai l'occasion de travailler régulièrement avec Sandrine ARNAUD. Le dispositif est très pratique et l'échelle régionale favorise l'efficacité du dispositif parce que les acteurs se connaissent.

Régis de CLOSETS

Nous allons maintenant évoquer une autre expérience en région. En Normandie, on se penche sur la problématique de la déclaration tardive, parfois 30 à 40 ans après l'exposition, de certaines pathologies. Il faut alors mener un travail d'investigation pour remonter aux sources professionnelles de la maladie. Engagé par la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS), le processus vise les cancers de la vessie, qui ont une prévalence particulière dans la région en raison de la présence d'usines de teintures et d'encres. Les amines aromatiques sont en effet des facteurs de risques très importants.

Yvan MARTIGNY

L'expérimentation a été mise en place dans les régions de Normandie et du Nord-Pas-de-Calais-Picardie. L'objectif était d'évaluer le facteur professionnel chez les patients faisant une déclaration de cancer de la vessie, d'essayer d'identifier les malades qui relevaient du tableau des maladies professionnelles et de favoriser la déclaration, voire la reconnaissance, en mobilisant tous les acteurs concernés.

Les médecins-conseil sont principalement ciblés par ce projet. À chaque dossier de cancer de la vessie, nous prenons contact avec le malade par téléphone, afin d'établir avec lui son parcours professionnel et de l'interroger pour savoir s'il connaît les agents chimiques auxquels il a été exposé. S'il n'existe aucun risque professionnel, le dossier est classé. En revanche, si le parcours professionnel ouvre une suspicion d'exposition, le malade est convoqué au service médical pour approfondir l'enquête. Il est alors informé, avec les réserves de rigueur, sur la manière de faire une déclaration de MP. Le médecin traitant est également informé de l'origine potentiellement professionnelle de la maladie.

Régis de CLOSETS

Les résultats sont édifiants. Sur les 2 régions sur lesquelles a été lancée l'expérimentation, 3 963 dossiers ont été traités entre 2008 et 2010 ; 67,5 % ont donné lieu à déclaration de MP. En Normandie, 1 277 dossiers étudiés, 700 personnes contactées. Comment se fait-il que les personnes aient si peu associé leur cancer à une exposition professionnelle ?

Yvan MARTIGNY

Le temps de latence est très long, si bien que la personne est retraitée lorsqu'elle tombe malade.

De plus, les malades sont des personnes âgées (71 ans en moyenne) et affectées de comorbidité qui diminue à leurs yeux l'intérêt de la déclaration de MP. Les médecins traitants sont également souvent rebutés par la complexité des démarches.

Le problème principal est la méconnaissance plus que la réticence. Les malades accueillent positivement notre démarche, qui prouve l'intérêt pour leur maladie.

Régis de CLOSETS

En 2009, 40 % des dossiers ont donné lieu à déclaration de MP ; en 2011, le taux atteint 65 %. Quels sont les facteurs qui ont permis cette croissance ?

Yvan MARTIGNY

La procédure s'est améliorée. Dans un premier temps, la consultation et l'entretien avec le malade n'aboutissaient pas à la remise de la déclaration. Maintenant, nous remettons le formulaire afin de replacer le malade au centre de la démarche. Le fait de remettre la déclaration de MP et de conseiller au malade de prendre rendez-vous avec son médecin traitant pour lui faire remplir le certificat médical initial améliore la prise en charge. Nous rappelons le médecin quand nous n'avons pas reçu ce certificat dans un délai d'un mois. Cette logique de suivi améliore grandement le taux de déclaration de maladie professionnelle.

Régis de CLOSETS

Afin de mettre en place un dispositif de ce genre, il faut pouvoir identifier les agents responsables des cancers. Christine DAIGURANDE, vous faites ce travail de "détective" pour les agents chimiques.

Christine DAIGURANDE

C'est un travail de fourmi parce que l'on s'adresse à des personnes âgées qui sont parfois incapables de reconstituer précisément leur parcours professionnel, mais surtout de citer les noms des agents chimiques auxquels elles ont été exposées. Il nous faut donc identifier les produits employés et le poste de la personne concernée, le secteur d'activité à partir des noms des entreprises.

La tâche se complique parce que la plupart des usines de teinture et de colorants chimiques de la région rouennaise ont fermé. Il en subsiste très peu. Toutefois, la sécurité sociale a été fondée en 1947 et très tôt des contrôleurs sécurité ont pris des notes qui sont conservées dans un système d'archivage puissant. Les amines aromatiques sont des produits dont on connaît la dangerosité depuis longtemps, même si certaines ont été utilisées jusque dans les années 1980.

Néanmoins, contrairement à ce que nous pensions, les cas les plus nombreux de cancer de la vessie ne sont pas dus aux amines aromatiques, mais aux HAP (hydrocarbures aromatiques polycycliques), c'est-à-dire les composés volatiles issus de la carbonisation (suies de charbon, brais de houille, etc.). Les tuyauteurs, soudeurs étaient par exemple très exposés. Ces expositions étaient inattendues et se sont révélées plus nombreuses et plus dangereuses que les expositions aux amines aromatiques.

Régis de CLOSETS

Les secteurs concernés par ces expositions sont les usines de caoutchouc, le traitement des eaux, les ramo-

neurs, etc. Nombre d'artisans sont concernés, or ils constituent un tissu d'activité beaucoup plus épars que les usines de teintures. Comment les sensibiliser aux risques et aux conditions d'exposition ?

Christine DAIGURANDE

L'information est particulièrement difficile à diffuser aux petites entreprises. Dans ces secteurs, les employeurs ignorent le plus souvent ces expositions et n'en font pas mention. Plusieurs m'ont appelée pour avoir plus d'informations sur les dossiers traités. La plupart d'entre eux ignoraient le risque qu'il faisaient courir à leurs salariés.

Pourtant, les plans de prévention doivent servir à ce genre d'alerte et à mentionner les risques. Le problème de la sous-traitance est flagrant. C'est pourquoi je sensibilise particulièrement les entrepreneurs qui font appel à la sous-traitance à la nécessité de demander un plan de prévention très précis pour connaître la nature des risques et les moyens de protection prévus.

La principale difficulté est cette méconnaissance des risques spécifiques auxquels les travailleurs sont exposés. Un tuyau mal rincé, une canalisation enduite... peuvent être la source d'une exposition ignorée.

Régis de CLOSETS

Quelles démarches ont été initiées pour tenir compte de ces risques dans les tableaux de maladies professionnelles ?

Christine DAIGURANDE

Sur le terrain, nous rencontrons des cas particuliers, des expositions variables, des cas individuels. En revanche, il faut des données épidémiologiques pour pouvoir faire évoluer les tableaux. Ces données sont de plus en plus difficiles à obtenir compte tenu de la variabilité des emplois tenus par les salariés. La traçabilité des expositions en est rendue délicate. Cet argument est souvent utilisé pour justifier l'absence de certaines expositions dans les tableaux de MP.

Régis de CLOSETS

Stefanie PALFNER, le système en Allemagne se fonde sur la vigilance des généralistes qui sont rémunérés pour remonter les suspicions de MP à l'organisme public de référence, lequel mène alors l'enquête par le biais de médecins référents pour établir le lien entre l'exposition et la maladie.

Stefanie PALFNER

En Allemagne, les organismes chargés de la prévention des risques professionnels prennent également en charge la couverture sociale. Les inspecteurs visitent les lieux de travail régulièrement, conseillent les entreprises et mettent en œuvre des formations et des outils de prévention. Cette bonne connaissance des conditions de travail existe au sein de l'organisme lui-même.

La loi impose à tout médecin, en cas de suspicion de maladie professionnelle, de remplir un formulaire simple récapitulant les données fournies par le patient. Le médecin n'a pas la charge de la preuve, mais un simple rôle de notification. Après quoi l'inspecteur est chargé du dossier et de la coordination de l'ensemble des services de détection et de justification de la maladie professionnelle.

La branche prévention de l'organisme d'assurance AT/MP est contactée afin de vérifier quelles sont les conditions de travail même en cas de maladie à longue latence. L'enquête peut s'intéresser à la situation de travail telle qu'elle se présentait à l'époque de l'exposition au risque.

Les services médicaux sont sollicités pour identifier la maladie. Quand le généraliste a complété le dossier, le diagnostic n'est pas précis et doit être affiné. L'évaluation, qui doit permettre d'établir le lien entre la maladie et les conditions de travail, est réalisée par des médecins indépendants, rémunérés par l'organisme public d'assurance. Ces médecins sont formés par les services médicaux dont ils relèvent avec l'aide et sous la coordination de l'organisme public.

Régis de CLOSETS

Ce sont donc les médecins qui, par le biais d'une obligation légale, contactent les services publics, mais ils n'établissent pas la preuve du lien avec l'exercice professionnel. Vous avez établi des guides afin qu'ils comprennent mieux les mécanismes des maladies professionnelles. Comment avez-vous construit ces guides ?

Stefanie PALFNER

Cela a été simple. La DGUV peut émettre des recommandations à l'égard des médecins, dans la mesure où nous coordonnons l'action avec l'aide de spécialistes. C'est un travail considérable. Une recommandation a ainsi été élaborée il y a deux ans sur la détection des maladies professionnelles causées par l'amiante. Elle résulte de 3 ans de travail et de négociations préalables ardues, mais il est important à nos yeux que l'ensemble des acteurs concernés participe à l'élaboration de nos recommandations.

Je reconnais que les facteurs qui ont été mentionnés (manque de connaissance et de prise de conscience des médecins) sont le principal problème en Allemagne aussi, même si les recommandations sont mieux connues par le biais des publications médicales. Nous avons donc créé un système similaire à celui des fiches mentionnées précédemment, à destination des spécialistes, avec les informations dont ils ont besoin pour identifier un cas suspect de MP.

En Allemagne, nous ne sommes pas sûrs d'être confrontés à un problème de sous-déclaration, mais nous sommes sûrs de connaître un problème de déclaration trop tardive. Ainsi, en cas de cancer, la meilleure source d'information sur le parcours professionnel d'un malade est le malade lui-

même. Si nous sommes notifiés après le décès de la personne, nous ne pouvons pas remonter le fil de l'exposition au risque. Nous essayons donc d'être informés le plus tôt possible. Les spécialistes ne sont pour cela pas assez conscients des maladies professionnelles. Nos fiches sont donc ciblées sur des pathologies spécifiques et des conditions de travail qui peuvent leur être associées. Le médecin peut ainsi interroger clairement le patient. La fiche fait au maximum 3 pages. Elle permet de toucher des spécialistes qui ne sont pas, a priori, intéressés par les maladies professionnelles. De même, nous essayons de publier de courts articles à diffuser dans des revues pour les généralistes. La sensibilisation passe enfin par les organisations de médecins elles-mêmes.

Régis de CLOSETS

Valentin ESTEBAN BUEDO, pouvez-vous rapidement exposer le fonctionnement du système espagnol et présenter le logiciel d'alerte à l'usage des médecins que vous avez développé dans la région de Valence en Espagne ?

Valentin ESTEBAN BUEDO

Le projet concerne l'une des 17 communautés autonomes espagnoles, celle de Valence. La question des maladies professionnelles est, depuis plusieurs années, un problème de santé publique, et traitée comme telle, à l'instar des maladies infectieuses à déclaration obligatoire.

Nous avons institué à Valence le dossier médical individuel informatisé dans lequel figurent les informations médicales de chaque patient ainsi que d'autres informations comme celles concernant son milieu de travail et son exposition aux produits toxiques.

Nous avons mis sur pied un système proactif d'information sanitaire de surveillance épidémiologique au travail (SISVEL), passant par un logiciel d'alerte qui permet aux médecins de la Sécurité sociale (AVS) de communiquer sur les maladies suspectées d'être d'origine professionnelle. Ces médecins ont l'obligation légale de le faire.

Le logiciel permet non seulement de faire remonter les cas suspects, mais aussi d'aider les médecins généralistes ou spécialistes de la Sécurité sociale en cas de difficulté à déterminer le niveau d'exposition sur le lieu du travail, par l'intermédiaire du personnel spécialisé, des Unités de santé publique pour la santé au travail. L'administration du travail et les services de prévention des entreprises sont intégrés au réseau.

Les médecins du travail des services de prévention des entreprises, qui ont aussi l'obligation légale de communiquer les cas suspects de MP, doivent le faire sur un site web créé à cet effet dans le logiciel.

Le système établit la communication via le web entre :

- les médecins du travail, services de prévention des entreprises,
- les médecins de la Sécurité Sociale,

- les Unités de santé publique pour la santé au travail (Centres de Santé Publique),
- les Mutuelles AT/MP qui reçoivent les cas suspects de MP.

Le système sert aussi de dispositif de surveillance épidémiologique. Il permet de détecter des cas successifs face à une exposition, et de donner l'incidence d'une maladie sur un territoire défini. Il permet en cas de problème de donner l'alerte.

SISVEL fut lancé à titre expérimental en 2010, dans 20 centres de soins primaires de la Sécurité sociale et sur 35 maladies (parmi les 80 figurant sur la liste de MP) qui n'avaient pas une incidence très élevée sur le territoire de la communauté.

Tous les acteurs intervenant sur un dossier sont ainsi connectés via ce système. L'information est transmise à la mutuelle concernée. Le système renvoie l'information au médecin qui notifie afin qu'il puisse modifier le dossier médical en conséquence. Les informations récoltées dans tous les cas sont exploitées par les services chargés des données épidémiologiques.

Régis de CLOSETS

Comment sont traités les cas suspectés de maladies professionnelles ?

Valentin ESTEBAN BUEDO

Avec SISVEL, lorsque le médecin de la Sécurité Sociale a enregistré son diagnostic dans le dossier médical informatisé, si celui-ci coïncide avec une maladie répertoriée, si le malade a plus de 16 ans, une alerte apparaît. Le système indique que la maladie diagnostiquée peut être d'origine professionnelle. Le message "considérez-vous qu'il faille le communiquer au système ?" apparaît. Le médecin n'a qu'à cliquer pour télécharger l'ensemble des données médicales du dossier nécessaires pour remplir la déclaration. À la question "Êtes-vous sûr que la maladie est d'origine professionnelle", le médecin peut répondre oui et transmettre directement le dossier ou répondre par une simple suspicion et transmettre le dossier pour contrôle. Les bureaux de santé publique feront l'étude de cas. La décision est prise en définitive sur la base d'un arbre de décision harmonisé. Le médecin est informé de la décision prise in fine.

Au départ, nous avons été débordés par l'affluence de dossiers concernant des troubles qui n'étaient pas des maladies professionnelles. Des écrans intermédiaires ont donc été ajoutés pour rappeler aux médecins les critères et conditions pour que la maladie soit effectivement reconnue d'origine professionnelle. Les symptômes cliniques doivent être compatibles avec la maladie et l'exposition doit répondre à des critères déterminés par la loi (mouvements répétitifs, exposition de longue durée, etc.).

Les médecins du travail des services de prévention des entreprises ne font pas remonter de simples suspicions. Ils

disposent d'experts en santé et sécurité au travail et de spécialistes qui sont capables d'évaluer l'origine professionnelle de la maladie. Ce n'est donc pas une suspicion, mais une évaluation de l'origine professionnelle de la maladie qui est faite.

Régis de CLOSETS

Les médecins ne font-ils pas preuve d'une certaine réticence face à un système qui peut apparaître comme une forme de contrôle de déclaration ?

Valentin ESTEBAN BUEDO

Effectivement, le système exerce une forme de contrôle sur l'exercice des médecins, mais c'est aussi un outil pédagogique. Une formation a ainsi été mise en place en 2010 à destination des médecins sur le système. Cela fait partie de nos objectifs de productivité, qui est un des 80 critères déterminant la part variable de notre salaire.

En période de crise, il est important que les cas de maladies professionnelles soient le mieux possible détectés, afin de les faire sortir du circuit public d'indemnisation et de renvoyer les dossiers aux mutuelles concernées. À cet égard, ce type d'étude est très utile et encouragé par les autorités publiques.

Les 3 000 médecins généralistes de la communauté autonome sont connectés au système depuis le 9 février 2011. Cette année, tous les codes diagnostiques des possibles MP seront activés et tous les médecins spécialistes déjà connectés sur le système de diagnostic seront intégrés dans le logiciel. Les médecins des entreprises seront légalement obligés d'utiliser SISVEL afin de pouvoir renvoyer les dossiers directement aux mutuelles.

DÉBAT AVEC LA SALLE

Maylis TELLE-LAMBERTON (ANSES France)

Qui évalue l'imputabilité de l'exposition ? Avez-vous des premiers éléments chiffrés ?

Valentin ESTEBAN BUEDO

L'évaluation de l'exposition est faite par les spécialistes en santé du travail qui sont attachés aux Centres de santé publique (médecins et techniciens en santé publique), aidés par l'administration du travail et les services de prévention des entreprises.

En ce qui concerne les résultats, ils ne sont pas encore consolidés. Pour les maladies suivies par les médecins généralistes, le diagnostic de syndrome du canal carpien a augmenté de 75 % entre 2011 et 2012, la déclaration d'asthme professionnel a augmenté de 50 %, alors même que l'incidence de ces maladies diminuait sur le territoire. En effet, nous connaissons l'incidence grâce aux données

épidémiologiques recueillies, nous avons fait des études avant la mise en œuvre du système. Ainsi, par exemple en 2008, 34 mésothéliomes pleuraux ont été diagnostiqués par les médecins du système de santé publique (AVS), dont aucun n'a fait l'objet d'une reconnaissance de MP.

Houria SANDAL (Conseillère technique UPA)

Les médecins sont-ils équipés du logiciel sur la base du volontariat ? Existe-t-il des incitations financières pour l'utilisation de ce système ?

Valentin ESTEBAN BUEDO

Ce qui est bien plus important que l'incitation financière, c'est l'obligation légale pour tous les médecins de communiquer sur les MP ! Sur les 1 100 cas de suspicion de MP communiqués en 2011 dans l'expérience pilote, les généralistes ont contribué à 900 déclarations, le portail SPRL (médecins du travail, services de prévention des entreprises) à 58, alors que ce sont eux qui auraient dû en détecter le plus. Nous essayons de changer ces proportions et d'augmenter le nombre global de déclarations.

Un intervenant

Je suis frappé par l'implication des médecins de sécurité sociale dans les dispositifs qui nous sont présentés. Ce n'est pas tout à fait le cas dans le système français. Les médecins-conseil devraient dépister les MP et rédiger les certificats.

Yvan MARTIGNY

Sur le plan juridique, il est délicat de faire faire au médecin-conseil à la fois la déclaration et la reconnaissance des MP.

M. LE JAUX (CARSAT Centre)

J'apporte une précision : nous sommes en France en pleine préparation de la Convention d'objectifs et de gestion (COG) avec la Direction des risques professionnels (DRP) de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés. L'un des axes forts de réflexion concerne la prévention de la désinsertion professionnelle et le maintien dans l'emploi. Celui-ci relève de la compétence de l'assurance maladie et doit être piloté au niveau national par la DRP et au niveau régional par les cellules formées de représentants de la Direction régionale du service médical (DRSM), du service prévention des risques professionnels des Caisses d'assurance retraite et de la santé au travail (CARSAT), de la Caisse primaire d'assurance maladie (CPAM), des Services d'appui au maintien dans l'emploi des travailleurs handicapés (SAMETH), de Cap emploi, etc.

Un intervenant

Concernant le dispositif sur les cancers de la vessie, quel est le taux final de reconnaissance en MP. En ce qui

concerne l'exposition aux HAP, comment distinguer les facteurs d'exposition professionnelle des autres facteurs (alimentation, tabagisme, etc.) en l'absence de données épidémiologiques ?

Yvan MARTIGNY

En 2008, sur les 2 régions visées par l'expérimentation, 24 reconnaissances ont été décidées ; en 2010, il y a eu 96 reconnaissances. On considère que 2/3 des maladies déclarées ont été reconnues grâce à l'expérimentation.

En ce qui concerne l'exposition aux HAP, le système français de liste de MP détermine les expositions professionnelles reconnues. Les comités régionaux de reconnaissance des maladies professionnelles (C2RMP) constituent un système complémentaire pour les maladies qui ne figurent pas sur les listes de MP et pour lesquelles il faut apporter la preuve d'un lien direct et certain entre l'exposition professionnelle et la maladie. Les cas d'expositions aux HAP liées au pétrole sont reconnus via le C2RMP.

Anne DELEPINE

Il faut garder en tête que dans la plupart des parcours professionnels, les travailleurs ont subi des polyexpositions (HAP, amines aromatiques, composants chlorés, arsenic, etc.). Il peut être, de ce fait, difficile de déterminer avec précision la substance responsable du cancer.

Laurent VOGEL

En Allemagne, les cancers professionnels sont mieux

reconnus que dans le reste de l'Europe, mais très peu sont des cancers féminins. Comment expliquer cela et quels sont les dispositifs mis en place pour augmenter la reconnaissance de ces pathologies spécifiques ?

Stefanie PALFNER

La notification d'une MP en Allemagne est une obligation pour le service d'assurance santé au même titre que pour les employeurs et les médecins. Le patient lui-même peut envoyer une notification par simple lettre. Cela suffit à lancer l'enquête. Il ne faut pas sous-estimer le nombre de dossiers qui nous parviennent par ces autres biais que le médecin.

Pour le cancer, nous avons le sentiment que nous devrions être notifiés plus tôt. Je ne pense pas qu'il y ait de réelle différence entre les hommes et les femmes, mais plutôt un manque de conscience du médecin. Souvent, les femmes cherchent davantage des raisons personnelles à leur maladie que les hommes. C'est pourquoi elles se posent moins la question du lien avec une exposition professionnelle.

Sandrine ARNAUD

Sur ce point, je précise que nous intervenons, avec le réseau ONCOPACA-Corse, dans les Centres de coordination en cancérologie pour informer et former les oncologues. Cette démarche répond à l'un des objectifs du plan Cancer 2009-2013 de repérage des cancers professionnels. ●

Reconnaissance... la difficulté d'objectiver le caractère professionnel des pathologies, en particulier les cancers, TMS et pathologies psychiques

Régis de CLOSETS

La reconnaissance du caractère professionnel de la maladie pose la question des critères, sachant que les tableaux ou listes de MP ont leurs limites, notamment pour ce qui est des nouveaux risques. Il s'agit d'associer prévention et indemnisation afin de prendre en compte les impératifs économiques et améliorer la prise en charge des malades.

Je vous présente nos intervenants pour ce débat :

Therese KARLBERG, Senior Manager à l'Agence suédoise d'assurance sociale. Vous nous décrierez le système suédois qui est unique puisque la reconnaissance se fait sans aucune liste, ce qui permet d'intégrer facilement les nouveaux risques.

Merete ROOS, Chef du département professionnel à l'Officte national des AT/MP au Danemark. Le système danois est très spécifique, puisque c'est l'un des seuls en Europe qui élargit le champ de la reconnaissance des MP.

Andreas KRANIG, Responsable du département Assurance et Prestations à la DGUV, l'assurance AT/MP en Allemagne.

Maria Teresa QUILEZ FÉLEZ, Sous-directeur général, Planification et Analyse économique et financière de la Sécurité sociale, ministère du Travail, Espagne. Nous verrons avec vous d'autres systèmes informatiques, PAND-TRATSS et CEPROSS, qui aident à une meilleure reconnaissance des MP et permettent en outre d'introduire un dispositif de bonus/malus.

Marco BOTTAZZI, Médecin, Bureau des maladies professionnelles, Patronato Instituto Nazionale Confederale di Assistenza, à la Confédération générale du travail (INCA-CGIL) en Italie. Vous nous parlerez de l'ouverture des tableaux de maladies et des initiatives visant à mieux associer reconnaissance et prévention.

Patrick STRAUSS, Conseiller général au Fonds des maladies professionnelles (FMP) en Belgique. Vous nous expliquerez comment le système prend en compte les nouveaux risques.

Je commence avec vous Merete ROOS. Le système danois en place depuis 1992 peut être considéré comme un "paradis de la reconnaissance des maladies professionnelles". Quels sont les bénéfices de ce système, mais aussi ses contraintes et ses limites ?

Merete ROOS

Je ne suis pas d'accord avec votre vision paradisiaque de notre système, qui permet la reconnaissance de 70 000 maladies professionnelles par an. La plupart des

maladies figurent sur une liste qui implique l'existence de preuves médicales que la maladie est liée à une exposition professionnelle.

300 cas par an sont traités en dehors de la liste des MP. Les cas sont choisis par le Conseil national des AT/MP et peuvent être reconnus selon deux critères :

- la maladie est causée par le travail au-delà de tout doute raisonnable,
- le conseil d'État consulte un comité de partenaires sociaux et d'experts médicaux.

Les discussions se font en toute transparence sur ces cas en vue de statuer sur la reconnaissance de l'origine professionnelle de la maladie.

Concrètement, tous les médecins ont l'obligation de communiquer les cas suspects de maladies professionnelles. Les cas passent devant le conseil national des AT/MP. Tous les dossiers sont traités de la même manière : les avis d'experts médicaux sont recueillis avant la reconnaissance ou non de la maladie professionnelle.

Pour les maladies hors liste, l'évaluation se fait au cas par cas. Les preuves peuvent être apportées par des témoignages, par des échanges de courriers électroniques, etc. L'histoire de la victime doit pouvoir être prouvée. Les instances décisionnaires réunissent des représentants des employeurs et des employés.

Régis de CLOSETS

Depuis peu, les cancers du sein dus au travail de nuit peuvent être reconnus comme MP

Merete ROOS

En 2007, le conseil national des AT/MP a discuté d'une révision du traitement des cancers professionnels du sein dus au travail de nuit, à la suite d'une étude menée par le Centre national de recherche sur le cancer. Le Conseil a validé une pratique recommandant la reconnaissance de maladie professionnelle pour les cancers affectant les femmes qui ont travaillé de nuit au moins une fois par semaine pendant 20 ans. 38 cas ont été soumis en 2011 ; le Conseil national a recommandé la reconnaissance de 12 cas, concernant principalement des infirmières.

Régis de CLOSETS

Pour les malformations fœtales, la reconnaissance professionnelle existe également depuis plusieurs années.

Merete ROOS

En fait, ces pathologies figurent sur la liste, mais très peu de cas sont déclarés et aucun cas n'a été reconnu au cours des 5 dernières années.

Régis de CLOSETS

La procédure de preuve ressemble à celle d'un tribunal, mais quelles en sont les limites ? Pour les cas à longue latence, pour les maladies mentales, les preuves sont difficiles à apporter.

Merete ROOS

Le dispositif fonctionne bien et permet de prendre des décisions efficaces, de trancher des cas dont l'origine professionnelle n'est pas évidente.

Les limites du système résident effectivement dans le mécanisme de preuves. Ces dernières sont en effet difficiles à apporter dans le cas de maladies mentales. Au Danemark, seul le stress post-traumatique est inscrit dans la liste. Pour l'instant, aucune autre pathologie mentale ne peut être ajoutée, parce qu'il est très difficile de mesurer l'exposition au risque.

Régis de CLOSETS

Pourtant, vous avez tenté d'émettre une recommandation en ce sens, en mettant sur pied une liste de critères à partir des maladies reconnues au cas par cas. Le ferez-vous pour d'autres maladies ?

Merete ROOS

Le Comité des maladies professionnelles a pris des décisions sur des critères spécifiques pertinents pour l'évaluation d'une dépression après une exposition au stress au travail. Il se réunit 4 fois par an sur des thèmes spécifiques. L'un des thèmes de 2012 concerne les pratiques d'évaluation du Comité en ce qui concerne les maladies psychiques en général. L'autre limite de notre système tient à la mobilisation des médecins à déclarer tous les cas suspects de MP.

Nous avons des indications sur un problème de sous-déclaration au Danemark. Seuls les cas déclarés peuvent faire l'objet d'une évaluation et être reconnus. Une étude récente a montré sur le groupe cible des coiffeurs que les maladies dermatologiques qui les affectent ne sont pas toutes communiquées. Nous savons également qu'un tiers des médecins n'a fait aucune déclaration de suspicion au cours des 18 derniers mois. Il est pourtant statistiquement impossible qu'ils n'aient pas été confrontés à certains cas.

Des entretiens avec les médecins ont mis en évidence qu'ils ne se sentent pas ou peu concernés par la communication de ces maladies, concentrant plutôt leur pratique sur les traitements.

Aussi, souhaitons-nous entre autres choses améliorer le suivi du dossier par le médecin qui a communiqué la suspicion de maladie professionnelle. Cela favoriserait l'implication de médecin dans la procédure de déclaration.

Régis de CLOSETS

Passons à la Suède, qui a la particularité de ne pas avoir de système de liste de MP. La victime lance la procédure

auprès de l'Agence nationale suédoise de sécurité sociale, qui statue sur la reconnaissance du caractère professionnel de la maladie sur la base de preuves scientifiquement admissibles du lien de causalité entre le travail et la maladie. Ce système se fonde donc sur les dernières études médicales.

Therese KARLBERG

La Suède a en effet adopté un système de preuve qui repose sur les résultats de la recherche scientifique qu'exploite l'Agence suédoise d'assurance sociale. Le Conseil suédois pour l'évaluation de la santé (SBU) fournit des compilations des connaissances sous forme de revues systématiques des articles pertinents. Les commentaires sont compilés par diagnostics, par exemple les maladies du dos. Pour cela, la SBU regroupe des médecins, des scientifiques et des experts dans le domaine concerné afin d'évaluer les études récentes. Ces avis aident l'Agence suédoise d'assurance sociale à utiliser les connaissances lorsque des cas lui sont soumis avec demandes de rente.

Chaque cas est examiné individuellement.

Régis de CLOSETS

Quelles sont les difficultés de travailler sur la base d'une expertise scientifique ?

Therese KARLBERG

Il y a de plus en plus d'études, mais la question de la pertinence se pose, et celle des lacunes également. Nous dépendons entièrement des données scientifiques et il faut donc absolument qu'une étude ait été effectuée sur le sujet pour traiter un dossier.

Nous avons également des responsables qui examinent les conditions de travail et détectent les éventuels troubles qui pourraient en découler. Le travail sur chaque dossier est donc lourd.

Régis de CLOSETS

Vous vous êtes rendu compte que le fait de se fonder sur les expertises scientifiques pouvait créer une discrimination entre les sexes.

Therese KARLBERG

En effet, la discrimination entre les sexes est une question qui nous préoccupe. Nous pouvons voir que les femmes se voient accorder une indemnité à un degré moindre que les hommes. Pour en avoir recherché les causes, l'une d'elles est que la plupart des études sont menées principalement sur les hommes et sur les professions typiquement masculines. Ainsi les croyances et les attitudes de la société en général sur les environnements de travail des hommes et des femmes pourraient avoir un impact.

Régis de CLOSETS

Nous en venons à l'exemple belge pour examiner com-

ment il permet d'ouvrir les listes aux nouvelles problématiques de risques. Comment le Fonds des maladies professionnelles essaie-t-il d'intégrer davantage le risque de cancer d'origine professionnelle ?

Patrick STRAUSS

La reconnaissance des cancers professionnels constitue en Belgique un défi que nous n'avons pas relevé avec un franc succès jusqu'à présent. Nous reconnaissons la grande majorité des mésothéliomes d'origine professionnelle et même environnementale puisque nous disposons d'un fonds spécifique "amiante".

Mais pour les autres MP, notre taux de reconnaissance est assez faible (100/an), parce que la manière privilégiée de reconnaissance est le système de liste, qui est peu lisible. Le lien est compliqué à établir pour le médecin entre l'exposition et la maladie. La seconde raison est que les enquêtes épidémiologiques peuvent mettre en évidence une augmentation du risque dans cette profession, mais si cette augmentation du risque n'est pas suffisante (moins de 100 %), nous ne mettons pas en place un système d'indemnisation. Cela tend à une sous-reconnaissance.

À l'avenir, il serait bon d'établir un cadastre des expositions permettant de réaliser de meilleures études et de faire une reconnaissance des MP de façon plus spécifique. Pour les cancers, la signature génétique permettrait de distinguer des cas à étiologie différente (héréditaire, environnementale, professionnelle). Cette perspective est cependant lointaine.

Régis de CLOSETS

L'ouverture des listes trouve une illustration en Italie. Les TMS sont par exemple inscrits sur la liste des MP depuis 2008.

Marco BOTTAZZI

Oui, et la précédente révision de la liste datait de 1995. Nous avons constaté les premiers résultats significatifs de la nouvelle liste de 2008 en 2009 et 2010. Les données de 2011 montrent un tassement de l'augmentation, sans doute en raison de la sortie massive de travailleurs du monde du travail. L'Italie compte 94 % de TPE, au sein desquelles il est difficile de faire une déclaration de maladies professionnelles.

L'ouverture de la liste répondait à une situation de fait où 95 % des maladies reconnues étaient hors-liste. Il s'agit essentiellement de TMS des bras et des affections du rachis. Enfin, l'augmentation des cancers liés à l'amiante est une donnée majeure (2 000 cas sur 4 000 cancers reconnus). L'ouverture est aujourd'hui achevée et le taux de reconnaissance se stabilise à 40 %.

Régis de CLOSETS

Dans cette logique d'ouverture, on peut augmenter le nombre de pathologies inscrites sur la liste, ou mieux définir celles qui y figurent déjà.

Andreas KRANIG

Oui. Je peux vous donner quelques exemples concernant l'Allemagne. Il est de bonne pratique législative de pouvoir définir les MP inscrites sur la liste de la façon la plus précise possible. Mais les maladies les plus anciennement inscrites sont les plus vaguement définies (par exemple les maladies causées par le cadmium). Dans ces cas, il est difficile de dire à quel stade le lien exposition/maladie est certain.

Dans le cas des expositions au risque de gestes répétitifs qui peuvent causer un syndrome du canal carpien, il faut définir ce que signifie "répétitif". Si le fait de taper sur un clavier est répétitif, alors le nombre de MP va exploser. Les études relatives au canal carpien ne montrent pas une incidence plus élevée chez les personnes tapant sur un clavier. Nous avons donc tenté de définir précisément quelles sont les situations de travail qui peuvent être considérées comme répétitives. Nous avons constaté que la combinaison de la répétition de l'hypertension de la main et du travail de force de la main constituait une définition satisfaisante.

Régis de CLOSETS

Vous avez également tenté d'inscrire de nouvelles maladies dans la liste. Comment définissez-vous la reconnaissance d'un cancer ?

Andreas KRANIG

Notre démarche est fondée sur des critères scientifiques, épidémiologiques et techniques. Mieux vaut travailler sur un plan interdisciplinaire.

Nous avons actuellement un débat sur les cancers des voies respiratoires suite à des expositions à différentes sortes de poussières. L'industrie de la chaussure a été une activité importante dans quelques pays européens comme la Grande-Bretagne, l'Allemagne et l'Italie, mais dans la plupart des pays européens elle a maintenant largement périclité. En Allemagne, cinq cas ont été reconnus au titre du système complémentaire. Si nous passons à l'inscription sur la liste de MP, l'information au public sera améliorée et pourrait susciter une cinquantaine de cas dans les 10 prochaines années. Actuellement, quelques centaines de personnes travaillent encore dans l'industrie de la chaussure et restent exposées à la poussière de cuir. Nous ignorons quel est l'agent exact responsable du cancer (produit de tannage, colle, poussière de cuir elle-même). Est-il possible dans ce cas de donner une définition précise de l'exposition responsable de ce cancer ? Si oui, il est possible de l'inscrire sur la liste.

Régis de CLOSETS

La question de l'ouverture des tableaux ou des listes de MP pose celle de l'élargissement de l'indemnisation. Comment travailler à l'élargissement de l'indemnisation dans le contexte actuel ?

Patrick STRAUSS

La question n'est pas simple. Pour rebondir sur les propos d'Andreas KRANIG, il ne me semble pas nécessaire de connaître l'agent causal, dans la mesure où la situation de travail qui présente un risque est clairement identifiée. La reconnaissance peut se faire de façon pragmatique sur la base de la situation de travail.

Il y a 25 ans, on a reconnu les allergies liées au latex, alors qu'il a fallu plus de 10 ans pour comprendre le mécanisme de l'allergie. La situation de travail a été la base de la reconnaissance dans l'intervalle. L'assurance ne doit pas chercher la vérité scientifique absolue mais indemniser de façon pragmatique. Ainsi, le cancer du sinus, qui est extrêmement rare, augmente d'un facteur 20 à 30 pour les travailleurs exposés à la poussière de bois. Il faut donc se fonder sur ce critère pragmatique pour l'indemnisation.

Marco BOTTAZZI

En Italie, l'exposition à la poussière de bois comme à la poussière de cuir est inscrite sur la liste; il n'y a donc pas de problème de reconnaissance. Quant aux cancers du sinus, tous les cas traités dans les hôpitaux sont recensés et permettent de créer un lien très fort avec les activités professionnelles à risque. Trois cas ont été détectés dans des élevages de dindes en Lombardie: une enquête a montré que les travailleurs étaient exposés à la poussière de bois en raison de la sciure de bois utilisée pour la litière des dindes.

Régis de CLOSETS

On voit que les approches épidémiologiques et scientifiques se disputent la preuve. Faut-il aussi fonder la reconnaissance sur des approches plus prudentielles ?

Patrick STRAUSS

Je pense que la logique de liste est nécessairement prudente. L'inscription d'une maladie vaut présomption d'origine professionnelle. La reconnaissance n'est pas susceptible de retour en arrière, si bien que toute nouvelle inscription se fait forcément avec prudence.

Régis de CLOSETS

Comment gérer la problématique de l'indemnisation dans le cadre de la mobilité des travailleurs ?

Marco BOTTAZZI

Le problème est ancien et a été pris en compte depuis 60 ans (accord italo-belge sur la silicose). La mobilité doit être prise en compte dans l'indemnisation, mais surtout dans une optique de prévention. Les travailleurs immigrés sont souvent ceux occupés dans les emplois 3D: difficiles, dangereux et sales (Dirty, Difficult, Dangerous Jobs), c'est-à-dire les plus exposés aux risques, mais aussi les plus mobiles; la question se pose donc avec acuité. En effet, sans suivi de la mobilité, les MP deviennent invisibles et la

politique de prévention perd de sa pertinence.

Il faut que les travailleurs de retour dans leur pays puissent avoir un suivi post-reconnaissance. L'accord INAIL en Italie - SUVA en Suisse (les organismes d'assurance AT/MP) concernant les travailleurs italiens ayant travaillé en Suisse pour Eternit permet aux malades atteints de mésothéliome de demander une reconnaissance et une indemnisation en Italie directement à l'INAIL, qui suit le compte pour la SUVA.

Pour les TMS, les travailleurs ont souvent une exposition insuffisante en durée dans un pays (y compris à cause des périodes de travail au noir), alors que l'exposition totale est très longue.

Régis de CLOSETS

L'Espagne a adopté un système à la croisée de la meilleure définition des maladies, de la meilleure ouverture des listes et de la meilleure prévention. SEPROS (maladies sur liste) a été lancé en 2007 et PANOTRAS (pathologies hors liste) en 2010. Les deux dispositifs sont reliés au serveur de la Sécurité sociale.

Maria Teresa QUILEZ FÉLEZ

La procédure a en réalité été lancée en 2006 afin de créer un bon système d'informations sur les MP et les maladies liées au travail. La liste des MP est codifiée et comprend les agents, les sous-agents et l'activité ou le poste de travail: si le travailleur répond à tous ces critères, la reconnaissance est acquise même si l'origine professionnelle n'est pas prouvée. Il est donc nécessaire que les critères de la liste soient précis.

Le but est de disposer d'une information complète en temps réel. Dès que le médecin responsable - le médecin de la Sécurité sociale ou le médecin des Mutuas - pose le diagnostic, l'information est transmise via le système informatique. Le système est alimenté par les informations de la Sécurité sociale sur le patient et l'entreprise. On peut alors retracer le parcours professionnel du salarié et la morbidité des entreprises où il travaille.

Le système permet aussi de lancer des alertes en cas de récurrence d'une maladie dans une entreprise. Les inspecteurs ont accès au système et peuvent aller dans l'entreprise pour corriger les mesures de prévention défectueuses et exiger un plan au sein de l'entreprise.

Le système doit aussi servir à faire une étude statistique complète pour déterminer les maladies récurrentes face à certains agents, sur certains postes de travail. Cela permet éventuellement d'élargir la liste des maladies professionnelles.

L'objectif final est la prévention. Pour aider les entreprises à mieux investir, des incitations (bonus) ou des incitations fiscales sont mises en place. L'entreprise qui prend des mesures de prévention excédant les obligations légales, se voit rembourser une partie des investissements engagés pour ces mesures. Les représentants des salariés chargés de la prévention peuvent produire un rapport à l'appui ou

non de la demande de bonus.

Le système a été lancé en 2006, la collecte d'information a commencé en 2007. Le bonus a été mis en place en 2009. Nous verrons quels sont les premiers résultats.

La liste des MP a été établie fin 2006. Elle est très codifiée parce qu'elle dispense de preuve pour obtenir une indemnisation. Par ailleurs, le système PANOTRATSS recense les maladies dues au travail qui ne figurent pas dans la liste. Les données de 2010 et 2011 sont en cours d'étude pour repérer des éléments nouveaux. Certaines maladies apparaissent, notamment des pathologies dermatologiques. Les informations sont envoyées à l'Institut de santé et sécurité au travail qui va en analyser les causes. Aucune de ces maladies n'a encore été inscrite sur la liste.

Régis de CLOSETS

Le bonus représente 5 % des cotisations la première année, puis 10 % les années suivantes. Le système représente 34 M€ par an. Les entreprises présentant des risques importants sont souvent moins à même de faire de gros investissements.

Maria Teresa QUILEZ FÉLEZ

La première année, le remboursement est de 5 % des cotisations dans la limite des sommes investies ; la seconde année, ce sont 10 % des cotisations qui sont remboursées, dans la limite des sommes investies. Le fondement mathématique prend en compte le niveau de risque de l'entreprise. Une banque par exemple présente un niveau de risque minime, si bien que le plafond d'accidents exigé est très faible pour obtenir le bonus. Le système vise à encourager l'investissement dans les secteurs à risques.

Régis de CLOSETS

Cette reconnaissance ne peut se faire qu'avec des logiques de prévention associées.

Marco BOTTAZZI

Oui. Dans notre méthode, les données sont recueillies par un questionnaire auto administré. Ce questionnaire a été élaboré selon le Standardized Nordic questionnaire for analysis of musculoskeletal symptoms, adopté dans l'étude de ILO/BIT "Barefoot research : a manual for organizing on work security". Nous recherchons les maladies professionnelles là où elles sont censées être et n'apparaissent pourtant pas. La méthode du schéma corporel permet aussi de voir si certains problèmes de santé doivent faire l'objet d'études particulières. Ainsi, nous avons fait une étude l'année dernière chez les pêcheurs, les travailleurs du bâtiment et les conducteurs, qui a permis de lier les pathologies du haut rachis et du bas rachis. Les pathologies du genou, qui sont liées au vieillissement du travailleur, mais sont aussi liées aux mouvements de charge et de port. Ces liens sont progressivement mis en

évidence dans une logique de reconnaissance, mais aussi de prévention.

Régis de CLOSETS

La logique de prévention se met aussi en place en Belgique sur le thème des risques psychosociaux. Puisque la reconnaissance est difficile, c'est une priorité d'agir sur les causes et de faire de la prévention.

Patrick STRAUSS

Pour les maux de dos, nous avons opté pour un système de maladies liées au travail, dans lesquelles l'activité professionnelle n'est pas prépondérante, mais où il existe cependant une relation entre la pathologie et la situation de travail.

La prévention est privilégiée en alliant le traitement médical en centre de rééducation et une redéfinition de l'ergonomie du poste de travail. Cela permet de favoriser la réinsertion professionnelle du salarié. C'est un système de reconnaissance intermédiaire, non assortie d'indemnisation. Cela représente environ 800 demandes/an.

DÉBAT AVEC LA SALLE

Jorge COSTA-DAVID

Je voudrais établir un parallèle entre les systèmes ouverts et la définition du nanomatériau : nous nous sommes demandé quelle taille serait adoptée pour définir le nano. Le consensus s'est établi sur la tranche 1 à 100 nm, mais on a prévu des cas d'exception. En étant trop rigoureux, des nanoparticules pourraient sortir du système de protection et de prévention. Il faut donc toujours prévoir des clauses complémentaires pour permettre un système de prévention efficace.

Michel CROQ (médecin du travail - SCANIA Angers)

La notion de pathologie liée au travail est non indemnisable. Est-ce une façon d'utiliser le système anglo-saxon qui prend en compte la prise en charge de la réhabilitation sans indemnisation de l'incapacité ?

Patrick STRAUSS

Nous sommes partis du principe que l'essentiel était de favoriser la reprise du travail du salarié. Dans le cas des maux de dos, le risque de kinésiophobie doit être évité, afin de permettre aux victimes de reprendre le travail entre 1 et 3 mois d'arrêt de travail.

Le programme de revalidation représente 36 heures en centre médicalisé. S'y ajoute une action ergonomique que nous voudrions amplifier pour pousser l'entreprise à revoir ses conditions de travail et ses postes de travail.

Marie-Hélène LEROY (administrateur EUROGIP)

Quelles sont les positions prises dans les différents pays sur les pathologies multifactorielles en termes de reconnaissance et d'indemnisation ?

Andreas KRANIG

Pour les cas de cancer du poumon dus à l'amiante, le tableau comporte trois conditions alternatives dont l'une est 25 fibres/an. Si le travailleur remplit l'une de ces deux conditions, même s'il est par ailleurs un gros fumeur, sa maladie sera reconnue d'origine professionnelle.

Merete ROOS

Au Danemark, nous tenons compte des critères mentionnés sur la liste, mais nous considérons toujours les facteurs autres que le travail, s'ils sont évidents, concernant la maladie.

Therese KARLBERG

Nous n'avons pas de liste de MP en Suède, il faut apporter la preuve que la victime a été exposée à des conditions de travail néfastes. Fumer en grande quantité est également néfaste et sera également pris en considération dans les différents facteurs qui paraissent déterminants.

Maria Teresa QUILEZ FÉLEZ

Nous ne cherchons pas d'autres causes à la maladie ; si elle est inscrite sur la liste, la reconnaissance est quasi-automatique.

Marco BOTTAZZI

Notre système de liste est moins protecteur. Pour les maladies multifactorielles, le facteur de risque professionnel doit être suffisant pour déterminer la pathologie. C'est le critère que le système d'assurance va chercher à définir.

Patrick STRAUSS

La question de la fraction étiologique est préalable à toute inscription sur la liste. Dans le cas du cancer du poumon, les médecins interrogent systématiquement le malade pour savoir s'il est fumeur, mais ne tiennent pas compte de la réponse ! La seule question déterminante est l'exposition à 25 fibres/an.

Régis de CLOSETS

Le multifactoriel pose des problèmes plus grands encore dans le cadre des risques psychosociaux.

Laurent VOGEL

Le multifactoriel est devenu la tarte à la crème quand on parle de maladies professionnelles. Pourtant, presque toutes les maladies sont multifactorielles, à part les maladies infectieuses. Les arbitrages se font donc toujours en fonction de choix politiques et sociaux qu'il ne faut pas dissimuler derrière ce prétexte de la multifactorialité.

Jacques PACHOD (CRAM Alsace-Moselle)

En France, dans le cadre de la pénibilité, on fait le lien entre maladie professionnelle et taux d'incapacité.

Marco BOTTAZZI

En Italie, une loi datant des années 1970 indique que les travailleurs affectés d'une incapacité supérieure à 80 % peuvent bénéficier d'une retraite anticipée. Par ailleurs, nous avons défini des critères d'anticipation de l'âge de la retraite, mais la loi présente un vice de fond parce qu'elle indique que cette anticipation ne doit avoir de coût pour l'assurance vieillesse. Même les travailleurs du bâtiment ne rentrent pas dans les dispositions de la loi.

Maria Teresa QUILEZ FÉLEZ

En Espagne, la loi récente de réforme des retraites a repoussé l'âge de la retraite à 67 ans. Les travaux pénibles sont pris en compte dans l'âge de la retraite. Un décret fixe donc des critères de pénibilité et l'avance de l'âge de la retraite devrait être compensé par une augmentation des cotisations sociales du secteur visé. Nous sommes en train de définir les activités touchées par cette pénibilité.

François PELLET (UIMM)

Je voudrais des précisions sur les maladies multifactorielles. Nous sommes de plus en plus confrontés à des maladies dont une petite partie est imputable au travail et qui ne peuvent passer que par un système d'expertise collective. Comment se prennent ces décisions sur les cas hors liste ?

Régis de CLOSETS

La question a été largement abordée. Voulez-vous répondre sur l'aspect collégial de la décision ?

Marco BOTTAZZI

En Italie, les maladies hors liste sont arbitrées par les médecins de l'assurance-maladie. Le recours se fait devant le juge. La charge de la preuve incombe au travailleur. Il n'y a donc pas de décision collégiale.

Maria Teresa QUILEZ FÉLEZ

En Espagne, nous pensons qu'il n'existe pas une sous-déclaration imputable aux experts des mutuelles. Peut-être il y a un sous-diagnostic lorsque le travailleur se rend chez un médecin généraliste. Maintenant nous construisons des systèmes d'information pour alerter les médecins généralistes. Lorsqu'un travailleur se trouve pris entre deux expertises médicales contradictoires, son dossier est envoyé à l'Institut national de la sécurité sociale, qui tranche. Le recours en justice reste possible en dernier ressort.

Régis de CLOSETS

Avec la multiplication des maladies hors liste, le risque

d'errance des dossiers s'accroît. Est-ce la bonne solution que de multiplier les procédures d'appel et de recours ?

Patrick STRAUSS

Les procédures d'appel permettent de tendre à une certaine vérité ou du moins à un certain consensus social. En Belgique, les maladies hors liste passent devant la Commission système ouvert. Le malade peut faire appel de cette décision devant le tribunal du travail, puis devant la cour du travail.

Jorge COSTA-DAVID

La plupart des pays proposent un système souple

comme celui de la Belgique. En dernier recours, l'affaire arrive devant le Parlement européen, qui se déclare incompétent et laisse l'affaire aux droits nationaux.

Sur le plan de la logique multifactorielle, il faudrait intégrer les sources professionnelles et les sources privées de la maladie. La personne humaine n'est pas sécable. Les troubles d'origine professionnelle se manifestent souvent de façon privilégiée dans la sphère privée, ce qui prouve la difficulté de séparer les origines. Un système qui permettrait de compenser la maladie dans sa globalité serait idéal. À ma connaissance, le système suédois est celui qui s'en approche le plus. ●



www.eurogip.fr

Actes des Débats d'EUROGIP du 15.03.2012 (Paris)
"Détection et reconnaissance des maladies professionnelles en Europe"
Réf. Eurogip-74/F - ISBN 979-10-91290-10-4

55, rue de la Fédération - F-75015 Paris
Tel. +33 0 1 40 56 30 40
Fax +33 0 1 40 56 36 66

