

Déclaration des maladies professionnelles : problématique et bonnes pratiques dans cinq pays européens

Allemagne - Danemark - Espagne - France - Italie

Sommaire

Introduction	4
Synthèse	5
1 - Procédures de déclaration des maladies professionnelles dans cinq pays européens	7
1.1 - Allemagne	
1.2 - Danemark	
1.3 - Espagne	
1.4 - France	
1.5 - Italie	
2 - Statistiques et analyse des déclarations et reconnaissances de maladies professionnelles ...	11
2.1 - Demandes de reconnaissance	
2.1.1 - Constats	
2.1.2 - Typologie des déclarations par pathologie (TMS - Hypoacusies - Dermatoses - Cancers)	
2.2 - Reconnaissances	
2.2.1 - Constats	
2.2.2 - Typologie des reconnaissances par pathologie (TMS - Hypoacusies - Dermatoses - Cancers)	
3 - Lutte contre la sous-déclaration des MP au Danemark, en Espagne, en France et en Italie	22
3.1 - Constats nationaux : causes et ampleur du phénomène	
3.2 - Exemples de bonnes pratiques pour lutter contre la sous-déclaration	
Danemark : croisement de fichiers informatiques	
France : recherche proactive des victimes potentielles	
Italie : coopération hôpitaux/INAIL	
Espagne : logiciel de signalement SISVEL	
Annexes	38
Annexe 1 : Remarques méthodologiques relatives aux données présentées	
Annexe 2 : Statistiques ALLEMAGNE	
Annexe 3 : Statistiques DANEMARK	
Annexe 4 : Statistiques ITALIE	
Annexe 5 : Statistiques FRANCE	
Annexe 6 : Statistiques ESPAGNE	

Introduction

Une maladie professionnelle est un concept juridique, créé à des fins assurantielles (et non de prévention). Sa définition répond à des critères juridiques et non médicaux. Le système d'assurance contre les maladies professionnelles reflète ainsi un compromis social et politique.

Un tel système existe dans la quasi-totalité des pays européens. Il se traduit par une assurance plus ou moins spécifique selon le pays : un organisme distinct, un financement différent des autres assurances sociales, des prestations particulières pour les victimes d'accidents du travail et de maladies professionnelles.

Pourtant, cette assurance spécifique n'est pas toujours bien connue. De nombreux cas de pathologies d'origine professionnelle ne sont pas enregistrés comme tels auprès des organismes d'assurance ad hoc, à cause d'une absence de déclaration de la part de la victime, de son médecin ou de son employeur.

Ce phénomène de sous-déclaration semble largement répandu, de façon plus ou moins prononcée. Il est déploré de manière plus ou moins vigoureuse par les pouvoirs publics, les syndicats et les experts. Il a notamment été évoqué dans le rapport de la Commission européenne sur l'évaluation de la Recommandation 2003/670/CE sur les maladies professionnelles^[1], lors des Débats d'EUROGIP de 2012 portant sur la détection et la reconnaissance des maladies professionnelles en Europe^[2], et dans un rapport en 2002 du Forum européen de l'assurance accidents du travail-maladies professionnelles^[3]. À l'échelon national, la sous-déclaration est dénoncée dans de nombreux articles scientifiques.

Les enjeux d'un système efficient de recueil des déclarations sont pourtant importants à deux titres :

- pour les victimes : les prestations servies par l'assurance contre les risques professionnels sont généralement plus avantageuses (et plus adaptées) que celles servies au titre de la maladie ou de l'invalidité/décès. De plus, une vigilance efficace peut amener à repérer une maladie professionnelle à un stade précoce et contribuer à la traiter à temps ;
- pour définir des priorités de prévention : un décompte fiable des maladies professionnelles est un outil nécessaire aux pouvoirs publics pour cibler les efforts de prévention et se concentrer sur les domaines où les défis sont les plus importants.

Quant aux principales causes de la sous-déclaration, susceptibles de déterminer la nature des solutions à mettre en œuvre, elles sont bien connues et citées par tous les pays

concernés : les difficultés techniques à repérer l'origine professionnelle de certaines pathologies (à cause d'une longue période de latence entre le moment de l'exposition au risque et la manifestation de la maladie, ou à cause d'interactions avec des facteurs extraprofessionnels), une connaissance insuffisante des pathologies professionnelles de la part du personnel médical à qui il incombe de les diagnostiquer, mais aussi d'autres motifs liés à l'intérêt relatif pour la victime de voir reconnaître le caractère professionnel de sa pathologie (crainte pour son emploi...).

Au regard de ces constats, EUROGIP a mené des recherches sur la réalité de la sous-déclaration dans quelques pays européens et a recensé des bonnes pratiques visant à lutter contre le phénomène.

Le choix des pays étudiés dans le cadre de cette étude s'est porté sur l'**Allemagne**, le **Danemark**, l'**Espagne**, la **France** et l'**Italie**. Ces cinq pays européens ont été choisis car ils sont représentatifs de modèles d'assurance divers mais matures. Quatre d'entre eux portant de l'intérêt à la problématique de la sous-déclaration des maladies professionnelles, des informations - tant quantitatives que qualitatives - y sont disponibles. Enfin, ce sont aussi des pays qui mettent à disposition des statistiques d'assurance relativement détaillées, ce qui permet d'analyser la sinistralité par catégorie de pathologies.

Il doit être précisé que cette étude porte sur la sous-déclaration de pathologies éligibles, au regard des législations nationales, à la reconnaissance de leur caractère professionnel et le cas échéant à l'indemnisation des victimes.

Il ne s'agit pas ici de traiter de la bonne ou mauvaise connaissance qu'ont les États de l'ampleur des problèmes de santé au travail sur leur territoire. Toutefois, si cette étude se place dans une optique assurantielle, les procédures de déclaration à caractère obligatoire des maladies dont on soupçonne une origine professionnelle et qui pèsent sur certains acteurs (professionnels de santé) y sont évoquées. Ces dernières visent à évaluer de manière empirique l'existence de maladies liées au travail indépendamment de considérations d'assurance, mais les deux procédures sont parfois liées.

Il ne s'agit pas non plus de juger de la "générosité" des systèmes d'assurance et de leur propension à reconnaître plus ou moins facilement les cas déclarés. Les choix d'assurance (pathologies susceptibles d'être reconnues, critères de reconnaissance, indemnisation servie) seront évoqués lorsqu'ils ont un impact sur les volumes de déclaration, mais l'objet

[1] "Report on the current situation in relation to occupational diseases' systems in EU Member States and EFTA/EEA countries, in particular relative to Commission Recommendation 2003/670/EC concerning the European Schedule of Occupational Diseases and gathering of data on relevant related aspects" sur http://www.eurogip.fr/images/publications/EU_Report_Occupational_diseases.pdf

[2] http://www.eurogip.fr/images/documents/266/Actes_DebatsEUROGIP2012_MPEurope.pdf

[3] Enquête sur la sous-déclaration des maladies professionnelles en Europe - décembre 2002 (épuisée)

n'est pas de débattre de sous-reconnaissance ou de sous-indemnisation.

Cette étude s'articule autour de deux grands axes : un état des lieux sur la déclaration des maladies professionnelles dans les cinq pays sélectionnés et un focus sur la problématique de sous-déclaration dans quatre d'entre eux. Elle offre en première partie une description des procédures de déclara-

tion, puis en deuxième partie des données chiffrées (2011) comparées concernant les maladies professionnelles déclarées et reconnues. La dernière partie est consacrée à l'analyse que chaque pays fait des défaillances de son propre système et aux solutions expérimentées avec succès pour y remédier.

Synthèse

Dans ce nouveau rapport sur les maladies professionnelles (cf. une série de rapports sur www.eurogip.fr), EUROGIP s'intéresse à la problématique de la déclaration de celles-ci dans cinq pays européens : l'**Allemagne**, le **Danemark**, l'**Espagne**, la **France** et l'**Italie**. Par déclaration, on entend demande en vue de faire reconnaître le caractère professionnel d'une pathologie et d'obtenir de l'organisme d'assurance les prestations prévues par le règlement en vigueur. Ces cinq pays ont été choisis car ils sont représentatifs de modèles d'assurance divers. Ce sont aussi des pays qui mettent à disposition des statistiques d'assurance relativement détaillées, ce qui permet d'analyser la sinistralité par catégorie de pathologies.

Quatre d'entre eux (exception faite de l'Allemagne) portent de l'intérêt à la problématique de sous-déclaration des maladies professionnelles. Aussi des informations - tant quantitatives que qualitatives - sont-elles disponibles.

La première partie du rapport pose les grandes lignes des procédures de déclaration des maladies professionnelles dans ces pays. Deux logiques sous-tendent les mécanismes de demandes de reconnaissance : la procédure est ouverte soit à de nombreux protagonistes, c'est le cas le plus fréquent, soit à un seul.

Puis sont présentées les statistiques et une analyse des données relatives à la déclaration et à la reconnaissance des maladies professionnelles, en ce qui concerne quatre types de pathologies : **les troubles musculosquelettiques (TMS), les hypoacousies, les dermatoses et les cancers**. En troisième partie, EUROGIP s'est intéressé aux constats nationaux dressés en matière de sous-déclaration des maladies professionnelles et à des exemples de bonnes pratiques pour lutter contre ce phénomène.

En termes de déclarations, ou demandes de reconnaissance du caractère professionnel de la pathologie, on note un écart de 1 à 4 entre le pays qui en compte le moins et celui qui en compte le plus, soit en 2011, un nombre de demandes de reconnaissance rapportées à 100 000 assurés de 681 au Danemark, 619 en France, 220 en Italie, 174 en Allemagne (Les chiffres ne sont pas disponibles en Espagne).

S'il n'y a vraisemblablement pas de lien direct entre le caractère plus ou moins ouvert de la procédure de demande de reconnaissance et le nombre de déclarations, celui-ci est en revanche nettement lié à la connaissance que les médecins et le grand public ont du système d'assurance. L'attractivité de faire reconnaître le caractère professionnel de la pathologie joue également un rôle certain eu égard aux prestations servies (plus avantageuses que dans le cadre de l'assurance maladie ou invalidité) et à la probabilité de voir le dossier aboutir.

Dans les cinq pays couverts par l'étude, les mêmes pathologies font l'objet du plus grand nombre de déclarations - TMS, hypoacousies, dermatoses et cancers - mais dans des volumes différents. On constate un certain équilibre en Allemagne et au Danemark, tandis que les TMS prédominent nettement en France. Il existe ainsi un écart de 1 à 20 entre l'Allemagne et la France où les TMS s'élèvent à respectivement 25 et 492 déclarations pour 100 000 assurés.

Les écarts entre les pays sont également importants pour ce qui est des reconnaissances et s'expliquent par la prépondérance des TMS qui place la France, avec 377 cas reconnus pour 100 000 assurés en 2011, et l'Espagne (129) en tête des pays qui reconnaissent le plus de maladies professionnelles.

En ce qui concerne les cancers, ils sont reconnus dans des proportions comparables au Danemark, en Italie et en Allemagne (entre 5 et 6 cas reconnus pour 100 000 assurés). La France affiche un ratio de reconnaissance deux fois plus élevé (11 cas) que ces pays, pour un niveau de déclaration similaire à celui de l'Italie (respectivement 13 et 14 cas), mais inférieur à celui de l'Allemagne (20 cas) et du Danemark (23 cas). Cela est dû essentiellement au nombre de cancers bronchopulmonaires liés à l'amiante reconnus et déclarés.

Dans le troisième chapitre du rapport, EUROGIP s'intéresse à la lutte contre la sous-déclaration des maladies professionnelles au Danemark, en Espagne, en France et en Italie. Dans ces pays, il est effectivement admis qu'un nombre significatif de MP échappe à la déclaration, tandis qu'en Allemagne, le phénomène est perçu comme marginal. Au Danemark, trois

1 - Procédures de déclaration des maladies professionnelles dans cinq pays européens

Afin de mieux appréhender les problématiques de déclaration dans les pays étudiés - **Allemagne, Danemark, Espagne, France, Italie** - et l'impact possible de celles-ci sur les statistiques de sinistralité enregistrées par les organismes d'assurance, il est nécessaire de présenter brièvement les procédures de demande de reconnaissance en vigueur dans ces cinq pays.

Il s'agit ici de décrire les procédures nationales par lesquelles une demande est effectuée en vue de faire reconnaître le caractère professionnel d'une pathologie et d'obtenir de l'organisme d'assurance les prestations prévues par la réglementation en vigueur.

Lorsque parallèlement une procédure de déclaration des cas suspects de maladies liées au travail existe, à des fins épidémiologiques cette fois, cette obligation sera signalée.

1.1 Allemagne

La procédure de demande de reconnaissance est ouverte à de nombreux acteurs : le médecin, l'employeur, la victime, ainsi que les organismes d'assurances sociales (les caisses de l'assurance maladie, les organismes d'assurance vieillesse, les agences pour l'emploi). Il s'agit même d'une obligation pour le médecin et l'employeur (en cas de suspicion de maladie professionnelle). Le médecin perçoit de l'organisme d'assurance une rémunération de 20 € par déclaration, quelle que soit l'issue.

La déclaration est à adresser à l'organisme d'assurance accident (*Berufsgenossenschaft*) dont dépend l'entreprise ou à la caisse d'assurance accident du secteur public (*Unfallversicherungsträger der öffentlichen Hand*) dont dépend l'agent public⁽⁴⁾.

En pratique, les médecins sont à l'origine de la plus grande part des déclarations, suivis par les organismes sociaux (20 % environ), les victimes (10 % environ) et les employeurs (3 % environ).

La déclaration peut se faire soit par formulaire papier soit par voie électronique. En effet, depuis le 1^{er} août 2002, une ordonnance concernant les déclarations de maladies professionnelles à l'assurance accident permet de remplir les déclara-

tions en ligne et de les envoyer directement par Internet.

Cette réglementation a également imposé l'uniformisation de la forme et du contenu des déclarations entre toutes les *Berufsgenossenschaften*. Enfin, les formulaires de déclaration ont été considérablement simplifiés et le nombre de champs à renseigner a été réduit.

1.2 Danemark

Au Danemark, tout le monde peut déclarer un cas de maladie suspecté d'être d'origine professionnelle. De fait, les demandes de reconnaissance en maladies professionnelles reposent essentiellement sur le corps médical, en particulier sur les médecins généralistes. Progressivement, davantage sont issues des services hospitaliers.

Depuis 1976, il s'agit même d'une obligation légale pour le médecin ou le dentiste, qui disposent d'un délai de neuf jours à compter de la pose du diagnostic. Dans les hôpitaux et les cliniques, il incombe au médecin ou dentiste dirigeant le service d'établir cette déclaration. Cette obligation n'a été étendue aux médecins spécialistes que le 1^{er} juillet 2010. Elle est assortie d'une sanction qui est devenue de plus en plus stricte au fil des années (amende ou peine d'emprisonnement jusqu'à deux ans).

Tout médecin qui déclare un cas de maladie professionnelle perçoit une gratification de 201 couronnes danoises, soit environ 27 € (taux de change de septembre 2014).

Lors de la déclaration, le consentement de la victime n'est pas nécessaire ; cette dernière pourra néanmoins s'opposer à l'instruction de son cas par l'organisme assureur à un autre stade de la procédure.

Depuis le 1^{er} juillet 2010, la déclaration numérique des maladies professionnelles est obligatoire via le système ESS (*Elektronisk anmeldelse af Erhvervs sygdomme*). La voie numérique renforce la qualité des déclarations et réduit la durée de traitement des dossiers lors des procédures d'indemnisation. La déclaration papier reste possible pour les victimes ainsi que pour les employeurs danois situés à l'étranger.

En 2011, 70 % des déclarations se faisaient par voie électronique. Et seulement 15 % des déclarations par formulaire

(4) Pour le secteur privé, les entreprises de l'industrie, du commerce et des services doivent s'affilier à l'une des neuf caisses d'assurance accident (*Berufsgenossenschaft*, BG) dont elles dépendent en fonction de leur secteur d'activité. Les BG sont des associations professionnelles de droit public à gestion paritaire. Pour le secteur public, il existe plusieurs caisses d'assurance accident : une caisse générale par *Land*, ainsi qu'une caisse nationale pour certains corps (administration fédérale, chemins de fer, services postaux et des télécommunications) et quatre caisses des sapeurs-pompiers.

de maladies professionnelles a été adoptée, les acteurs de la déclaration ont changé et un nouveau système d'enregistrement dématérialisé a été mis en place.

Depuis lors, le travailleur, le médecin de famille du Centre de santé auquel le travailleur est affilié en tant que résident⁽⁷⁾, le médecin du travail du service de prévention des risques professionnels dont dépend l'entreprise, et l'employeur lui-même peuvent déclarer un cas suspect de maladie professionnelle à l'organisme assureur (Mutua ou INSS).

Il existe dorénavant une obligation à la charge des médecins du Service National de Santé ou des services de prévention de déclarer les cas de pathologies possiblement professionnelles.

Précisons également que l'Inspection du Travail ne visite plus systématiquement l'entreprise, mais seulement en cas de maladie grave, mortelle ou récurrente, ou sur demande du travailleur ou des syndicats.

La Mutua (assureur de 98 % des entreprises) instruit le cas déclaré et dispose de 5 jours pour statuer. La reconnaissance est automatique dès que la maladie trouve son origine dans l'exposition du salarié aux facteurs et substances associés aux maladies listées (article 116 de la LGSS - Loi générale sur la Sécurité sociale).

Au cas où une enquête approfondie (examens complémentaires) s'avère nécessaire, le délai d'instruction peut être étendu à six mois, renouvelable une fois. En pratique, une décision est rendue sous les cinq jours dans 90 % des cas.

Depuis 2007, le ministère de l'Emploi et de la Sécurité sociale élabore des statistiques nationales de maladies professionnelles d'après un seul flux d'informations: les cas reconnus de maladies professionnelles sont transmis par les Mutuas et par l'INSS (en tant qu'assureur) par voie électronique via CEPROSS (*Comunicación de Enfermedades Profesionales, Seguridad Social*). La création de ce système s'est accompagnée d'un important travail de codification des informations transmises.

Ce système d'enregistrement statistique propose trois catégories d'information:

- les cas de maladie professionnelle stricto sensu reconnus dans l'année (*partes comunicados*);
- les cas de pathologies non-traumatiques causées ou aggravées par le travail⁽⁸⁾ (grâce au système PANOTRATSS créé en 2010 qui recouvre une liste de 16 catégories);
- les cas de décisions d'indemnisation d'un préjudice permanent mais non invalidant pour le travail (par un capital), autrement dit d'octroi d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité physique.

La complexité du système espagnol d'enregistrement des

cas de maladie professionnelle rend la comparabilité des statistiques de ce pays difficile.

Il n'existe pas de statistiques sur le nombre de demandes de reconnaissance parvenues aux assureurs (Mutuas et INSS). Chacune des vingt Mutuas devrait pourtant posséder un décompte des déclarations de la part des différents types de déclarants, mais en pratique elles ne communiquent pas sur ces données.

Les systèmes CEPROSS et PANOTRATSS permettent d'avoir des données relativement fiables sur les cas reconnus.

Il est nécessaire de préciser qu'un certain nombre de cas de MP stricto sensu (*partes comunicados*) transmis par les Mutuas/INSS au ministère (presque 7 % en 2011) est rejeté par ce dernier et subit une requalification en maladies "communes" ou accidents du travail. L'ensemble des informations sur les maladies professionnelles reconnues (variables: géographie, sexe de la victime, âge, secteur d'activité, type de pathologie...) est malgré tout présenté sur la base des *partes comunicados* dans leur ensemble.

1.4 France

C'est la victime qui enclenche la procédure de demande de reconnaissance auprès de l'organisme d'assurance maladie dont elle dépend⁽⁹⁾.

La demande est effectuée par l'envoi d'un formulaire type de déclaration, accompagné du certificat médical descriptif de la maladie établi par le médecin du choix de la victime. Cet envoi doit être fait dans un délai de 15 jours après la cessation du travail ou la constatation de la maladie. Il n'existe pas de procédure électronique pour l'envoi des demandes de reconnaissance.

La CPAM ouvre alors une enquête administrative et médicale et informe l'employeur, le médecin du travail et l'inspecteur du travail.

Bien que la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) dispose des chiffres de demandes de reconnaissance (121 410 pour l'année de référence choisie, soit 2011), les statistiques qui seront présentées ci-après et utilisées au titre des déclarations correspondront aux dossiers traités en 2011; cela implique que les demandes de reconnaissance incomplètes (non accompagnées de Certificat médical initial) ont été écartées pour ne retenir que les cas qui ont été instruits pendant l'année de référence, qu'ils aboutissent ou non à une reconnaissance.

Indépendamment de cette procédure de demande de reconnaissance, le médecin a l'obligation de déclarer toute

(7) En Espagne, de manière schématique, chacun résident est rattaché à un centre de santé primaire dans le cadre du Système National de Santé. 90 % de la population fréquente ces centres, les 10 % restants préférant choisir leur médecin en libéral et contracter une assurance privée.

(8) La liste espagnole des maladies professionnelles étant une liste fermée (absence de système complémentaire), il est juridiquement impossible de reconnaître des cas de pathologies non inscrites; cependant, la création récente du concept de "pathologies non-traumatiques causées ou aggravées par le travail" permet depuis 2010 de reconnaître comme accidents du travail le caractère professionnel de telles pathologies (codées ICD-10), sans toutefois les fusionner avec les statistiques des accidents du travail comme c'était le cas auparavant. Pour la victime, l'indemnisation est identique qu'il s'agisse d'une MP ou d'un AT.

(9) Pour les travailleurs salariés du secteur privé, il s'agit de la Caisse primaire d'assurance maladie (CPAM).

maladie qui, à son avis, présente un caractère professionnel (article L. 461-6 du code de la Sécurité sociale). Ces déclarations, faites dans un objectif de veille sanitaire, doivent être transmises au médecin inspecteur régional du travail chargé de l'entreprise où travaille le salarié.

Bien qu'il s'agisse d'une obligation légale, rares sont les médecins qui déclarent des maladies à caractère professionnel. Les quelques signalements proviennent essentiellement des médecins du travail et ont jusqu'ici été partiellement exploités, notamment faute de systématisation et de centralisation^[10].

1.5 Italie

C'est l'employeur qui doit procéder à la demande formelle de reconnaissance en maladie professionnelle auprès de l'INAIL (*Istituto Nazionale per l'assicurazione contro gli infortuni sul lavoro*).

Il doit, dans les cinq jours qui suivent la réception du certificat médical initial de maladie professionnelle remis par la victime, remplir le formulaire à cet effet soit électroniquement via le site Internet de l'INAIL, soit par courrier à l'unité territoriale INAIL compétente (en fonction du domicile de l'assuré). La voie électronique existe depuis 2010 pour tous les travailleurs à l'exception des salariés de l'agriculture, des salariés à domicile et des travailleurs occasionnels. Les sanctions prévues en cas de non-déclaration ou de déclaration erronée par l'employeur sont une amende de 129 € en cas d'absence de mention du numéro identifiant national du travailleur et une amende de 1 290 € à 7 745 € pour un défaut de déclaration, une déclaration tardive, inexacte ou incomplète.

Préalablement, le médecin (généraliste ou du travail) qui a diagnostiqué la maladie doit remettre à la victime un certificat médical initial de maladie professionnelle et adresser également un certificat médical à l'INAIL dans les dix jours qui suivent sa première consultation avec la victime.

Il faut signaler que dans ce pays, la victime reçoit souvent l'assistance des syndicats, par l'intermédiaire de son *patronato*^[11], en particulier lorsqu'il s'agit d'une demande de reconnaissance d'une maladie hors liste, mais pas seulement.

En plus de cette obligation de type assurantiel, le médecin est tenu de signaler le cas au service ad hoc du Département de prévention de l'ASL compétente^[12], à la Direction départementale (provinciale) du Travail (inspection du travail) et à l'autorité judiciaire (procureur de la République).

L'INAIL (qui intervient ici en tant qu'organisme ayant absorbé l'ISPESL - *Istituto superiore per la prevenzione e la*

sicurezza sul lavoro en 2010), en collaboration avec les Régions (via les ASL), utilise ces données de déclarations aux fins de surveillance épidémiologique et de prévention. Celles-ci sont notamment exploitées pour l'élaboration de différents registres: système de surveillance MALPROF (pathologies liées au travail dans 14 des 20 régions italiennes), registres des cancers (des mésothéliomes depuis 2000 et des tumeurs nasosinuales depuis 2006, par département).

En conclusion

Il ressort de l'étude des procédures de déclaration que deux logiques différentes sous-tendent les mécanismes de demandes de reconnaissance.

La procédure est ouverte à de nombreux protagonistes dans trois des cinq pays couverts par l'étude. La plupart des déclarations proviennent des médecins, qui sont légalement tenus de déclarer toute pathologie dont ils soupçonnent un lien avec l'activité professionnelle du patient; obligation parfois assortie d'une rémunération symbolique. Ce choix est celui d'une majorité de pays européens (Allemagne, Danemark, Espagne, mais aussi Autriche, Luxembourg, Finlande).

Quelques pays - France et Italie, mais aussi Belgique, Suède et Suisse - laissent l'initiative de la procédure à la seule victime (par l'intermédiaire de l'employeur en Italie et en Suisse).

L'analyse détaillée des statistiques de déclaration ci-après nous révélera que le paramètre de l'origine de la déclaration n'a pas nécessairement d'impact sur le nombre de demandes de reconnaissance recensées par les organismes d'assurance des risques professionnels.

En tout état de cause, on ne peut pas ignorer que les médecins jouent un rôle central dans la détection de l'origine professionnelle de la maladie. C'est pour cette raison qu'ils sont destinataires de la plupart des actions de lutte contre la sous-déclaration des maladies professionnelles présentées dans le chapitre 3.

Il apparaît également que les pouvoirs publics ont dans plusieurs pays pour souci de faciliter la procédure en instituant un système de déclaration électronique (Allemagne, Danemark, Italie). Cette tendance est en cours de généralisation.

Quelle que soit la logique qui fonde le système de déclaration et l'outil utilisé, il semble bien que ces systèmes ne fonctionnent pas de manière optimale dans la plupart des pays, puisqu'ils font l'objet de critiques et de tentatives d'amélioration.

[10] Cf. <http://www.invs.sante.fr/Dossiers-thematiques/Travail-et-sante/Maladies-a-caractere-professionnel/Contexte-dispositif-de-surveillance>

[11] Les *Patronati* sont des structures existant au sein de chaque confédération syndicale italienne qui ont pour mission d'accompagner gratuitement les travailleurs dans la défense de leurs droits en matière de sécurité sociale. Leur rôle de service d'utilité publique a été reconnu par l'État italien dès 1947. Il en existe une trentaine, dont les principaux sont l'INCA (de la CGIL) et l'INAS (de la CISL).

[12] Chaque administration sanitaire locale (ASL - *azienda sanitaria locale*) dispose au sein de son Département Prévention d'une unité Prévention et sécurité sur les lieux de travail, qui est l'organe compétent en matière de prévention des risques professionnels. Entre autres missions, ce service de l'ASL évalue (à l'occasion de la réception d'une déclaration en MP) si l'employeur a respecté la réglementation en matière de santé-sécurité au travail, afin d'écartier son éventuelle responsabilité pénale.

2 - Statistiques et analyse des déclarations et reconnaissances de maladies professionnelles

Dans cette partie sont présentées des données chiffrées d'assurance, c'est-à-dire concernant les demandes de reconnaissance en maladie professionnelle et les cas reconnus.

Il convient d'être très prudent dans les conclusions que l'on peut tirer des comparaisons statistiques entre pays quant aux liens entre niveaux de déclaration et phénomène de sous-déclaration. Tout d'abord parce que les chiffres nationaux sont en partie le reflet de choix d'assurance très divers, mais aussi parce qu'il n'est pas possible d'isoler et de mesurer l'impact de la qualité des conditions de travail et des mesures de prévention de chaque pays sur leur niveau de déclaration de maladies professionnelles.

Quant aux précautions méthodologiques à prendre en compte, elles sont exposées dans l'annexe 1.

Pour comparer les pays entre eux, indépendamment du nombre d'assurés, les données de sinistralité sont exprimées dans le corps de l'étude sous forme de ratio pour 100 000 assurés. C'est-à-dire que le nombre de cas enregistrés par l'organisme d'assurance à l'origine des statistiques sera rapporté à la population assurée durant l'année considérée par ce même organisme, sachant que cela ne recouvre pas nécessairement les mêmes catégories de travailleurs dans tous les pays (cf. remarques méthodologiques en annexe).

2.1 Demandes de reconnaissance

À défaut de pouvoir comparer les niveaux constatés de déclaration des pays avec les niveaux attendus au regard des estimations issues de la littérature scientifique internationale (études épidémiologiques), il est possible de comparer les pays entre eux afin de tirer des enseignements de cette analyse et d'émettre quelques hypothèses.

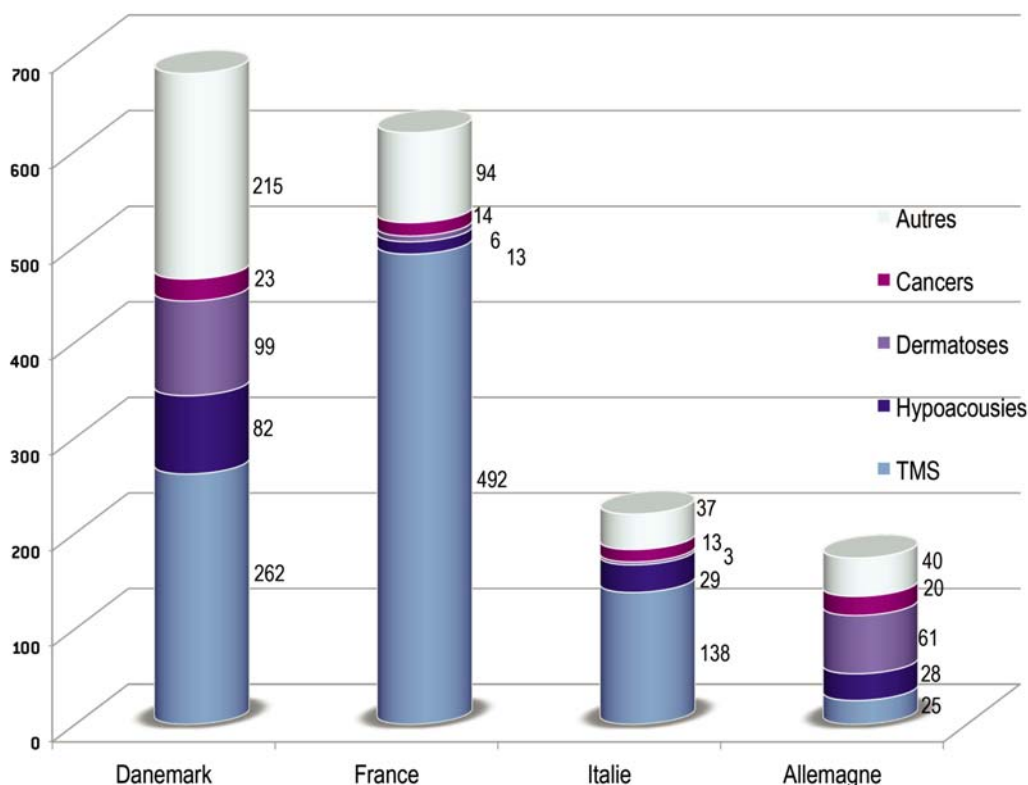
Il est rappelé que la demande de reconnaissance (que nous nommerons aussi déclaration) est la procédure effectuée auprès de l'organisme d'assurance qui vise à faire reconnaître le caractère professionnel de la pathologie afin d'ouvrir des droits à la victime ou à ses ayants droit.

2.1.1 Constats

Des écarts importants quant au nombre de déclarations

On constate un rapport de un à presque quatre entre l'Allemagne, où le nombre de demandes de reconnaissance est le plus faible, et le Danemark, où il est le plus élevé.

Graphique 2 : Demandes de reconnaissance (2011) - ratios pour 100 000 assurés - répartition par principales pathologies dans 4 pays



Dans ce cas, il est indéniable que la perception par le déclarant de la propension de l'organisme d'assurance à reconnaître la pathologie déclarée influe sur le nombre de déclarations. Entrent en ligne de compte en premier lieu le contenu de la liste de maladies professionnelles en vigueur dans le pays considéré, mais aussi la force de la présomption attachée à cette liste, ainsi que les critères de reconnaissance servant à instruire chaque cas de pathologie. Dans l'analyse par pathologie, nous verrons que ces paramètres de reconnaissance ont un effet non contestable sur le nombre de déclarations et de reconnaissances de troubles musculosquelettiques (TMS). Étant donné l'importance numérique de ces derniers parmi les maladies professionnelles dans certains pays, ils impactent sensiblement les niveaux globaux de déclaration et/ou de reconnaissance des pays en question.

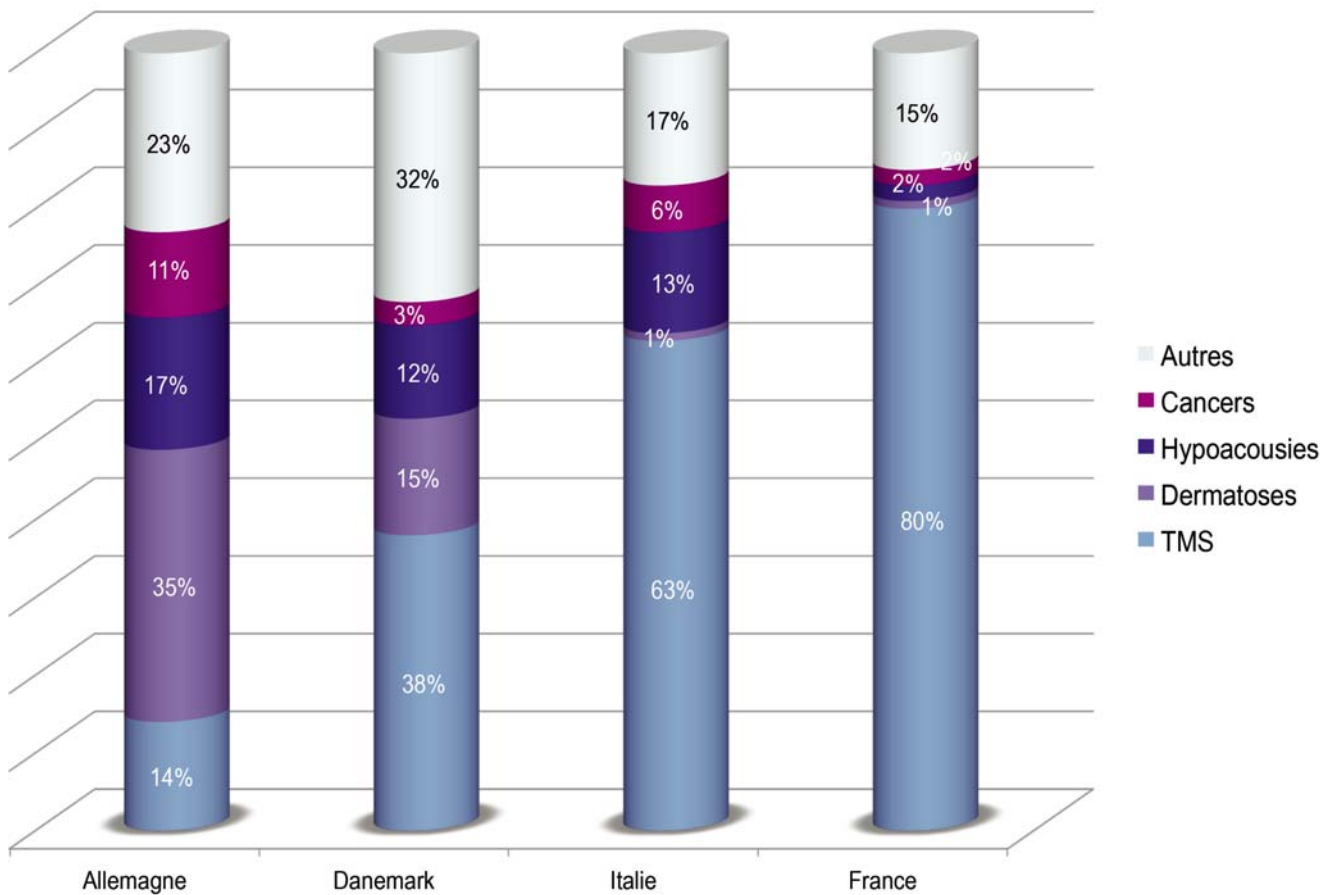
2.1.2 Typologie des déclarations par pathologie

On retrouve dans les différents pays étudiés les mêmes principales pathologies (TMS, hypoacousies, dermatoses, cancers), mais dans des volumes différents.

L'Allemagne et le Danemark affichent une répartition relativement équilibrée des déclarations entre catégories de pathologies. Soulignons toutefois pour l'Allemagne une prépondérance des dermatoses (61 déclarations pour 100 000 assurés, contre autour de 25 pour les TMS, les hypoacousies et les cancers), et pour le Danemark une prépondérance des TMS sur l'ensemble des autres pathologies.

L'Italie et la France se caractérisent par une forte proportion de TMS dans leurs déclarations, respectivement 2/3 et 4/5. Pour ces deux pays, les dermatoses ne représentent presque rien dans l'ensemble des déclarations (1%), et la part des autres types de maladies est également plus faible qu'en Allemagne ou au Danemark.

Graphique 3 : Répartition par type de pathologies (en %) des demandes de reconnaissance dans quatre européens (2011)



Cette campagne ayant eu un énorme retentissement dans les médias (prix des campagnes institutionnelles *Health Media Award 2008* et *Politikaward 2007*), elle a permis d'attirer l'attention sur les maladies de peau et de sensibiliser la population durablement sur la nécessité de se protéger. Il semble qu'elle ait également eu pour effet d'inciter à la déclaration en maladie professionnelle : les demandes de reconnaissance de dermatoses ont ainsi enregistré une hausse de 65 % entre 2006 et 2011.

Cancers

Les cancers professionnels sont des pathologies statistiquement moins représentées que les TMS, les dermatoses et les hypoacusies, mais leur gravité et la difficulté à en détecter l'origine professionnelle justifient que l'on s'y intéresse de manière prioritaire.

Les ratios de déclaration sont comparables en France et en Italie (entre 13 et 14 cas pour 100 000 assurés). L'Allemagne et le Danemark se situent un peu au-dessus, avec des ratios respectifs de 20 et 23.

Une étude d'EUROGIP^[17] de 2010 sur les cancers professionnels en Europe ayant montré que les listes nationales de maladies professionnelles étaient homogènes en matière de cancers, et les prestations servies par les organismes assureurs en cas de pathologies graves ne présentant pas de différences substantielles, l'explication du meilleur ratio danois est à rechercher dans la priorité que ce pays s'est donnée depuis de nombreuses années de détecter systématiquement ces pathologies (cf. chapitre 3).

Au-delà des ratios, les cancers sont les seules pathologies professionnelles pour lesquelles une majorité de pays s'accordent à dire qu'elles sont grandement sous-déclarées. Les principales explications partagées par tous sont à rechercher dans la longue période de latence entre l'exposition au risque et l'apparition des symptômes (20-40 ans) et leur caractère multifactoriel. Ces éléments rendent l'établissement d'un lien avec l'activité professionnelle (passée lorsque la victime est retraitée) difficile pour le médecin.

2.2 Reconnaissances

2.2.1 Constats

Cette étude porte sur la sous-déclaration des maladies professionnelles, c'est-à-dire sur le défaut de capacité d'un système d'assurance à recueillir tous les cas de pathologies potentiellement d'origine professionnelle. Elle n'a pas pour objet de juger de la "générosité" des différents systèmes d'assurance, de leur capacité à reconnaître le plus grand nombre de patholo-

gies ou d'offrir les prestations les plus avantageuses.

Il serait toutefois naïf d'envisager les données de déclaration des pays étudiés sans les mettre en perspective avec les données de reconnaissance. En effet, il est probable que les réglementations et pratiques de reconnaissance (listes de maladies professionnelles susceptibles d'être reconnues, conditions de reconnaissance, type d'instruction...), voire la réglementation relative à l'indemnisation impactent le nombre de déclarations de cas suspectés. En d'autres termes, le comportement des déclarants peut avoir tendance à s'ajuster en fonction des chances que la démarche a d'aboutir et de l'intérêt que représente la reconnaissance du caractère professionnel de la pathologie.

Rappelons ici que ni les listes nationales de maladies professionnelles ni les critères légaux de reconnaissance appliqués par les organismes d'assurance ne font l'objet d'une réglementation communautaire contraignante. Il existe certes la Recommandation de la Commission européenne du 19 septembre 2003, qui comporte en annexe une liste européenne de MP (rédigée, qui plus est, en des termes génériques), mais celle-ci n'a qu'une valeur indicative.

Le contenu des listes nationales, la force de la présomption légale attachée à chaque liste, ainsi que les critères médicaux, administratifs et d'exposition appliqués durant l'instruction et conditionnant la reconnaissance relèvent donc uniquement de choix nationaux d'assurance.

Or, même si l'on observe une certaine homogénéité pour certaines catégories de pathologies (notamment les cancers), ces listes et ces critères varient sensiblement d'un pays à l'autre.

Il faut toutefois se garder de corréler systématiquement le niveau de déclaration avec le niveau de reconnaissance d'un pays. Nous allons voir ci-après que l'influence du second sur le premier ne se vérifie que pour certaines pathologies, et pas nécessairement dans tous les pays.

Ce ne sont pas nécessairement les pays qui enregistrent le plus de déclarations qui reconnaissent le plus de MP

En termes de reconnaissances, la France devance amplement les quatre autres pays avec un ratio de 426 reconnaissances pour 100 000 assurés, suivie de l'Espagne (ratio de 192). Le Danemark, qui se caractérise par le fait qu'il est le pays de l'échantillon qui enregistre le plus grand nombre de déclarations, n'arrive qu'en 3^e position pour les reconnaissances.

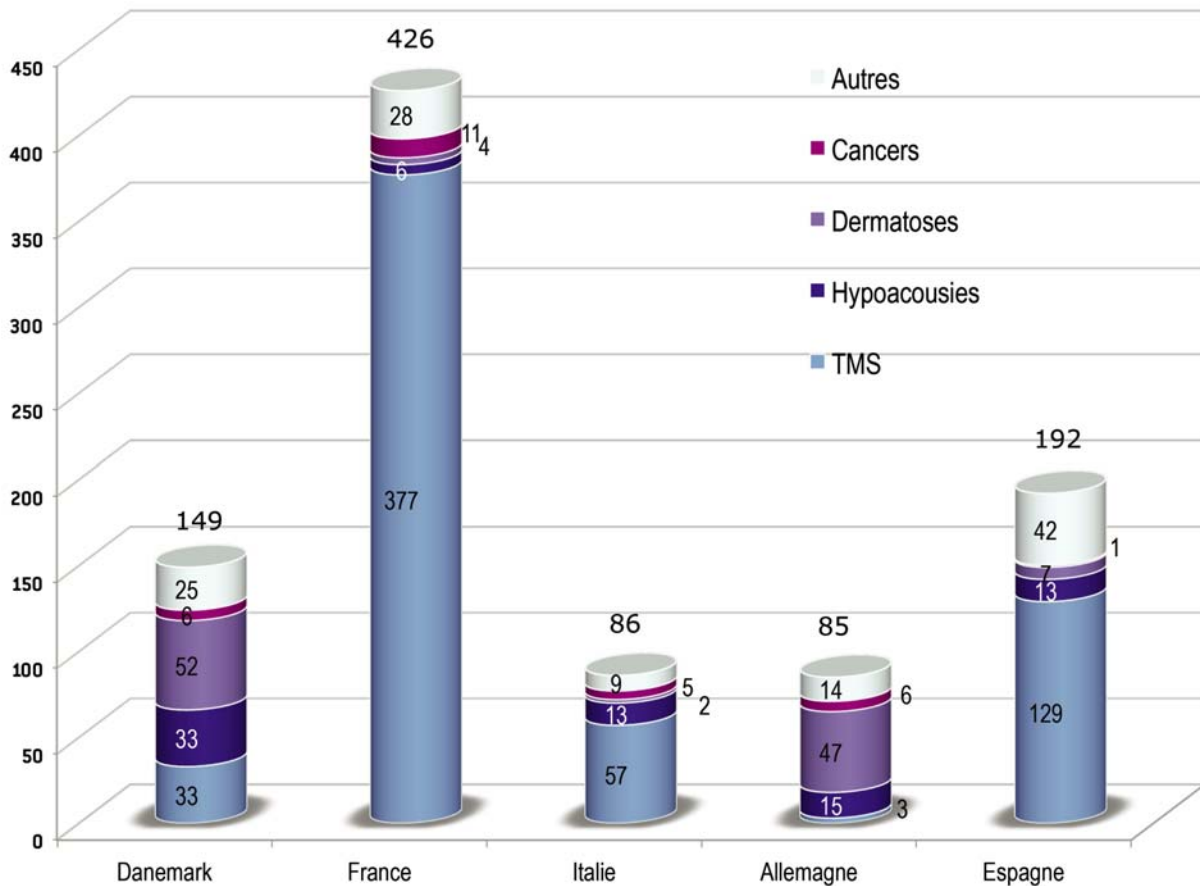
L'Italie et l'Allemagne se retrouvent en fin de classement, comme c'est également le cas en matière de déclarations.

Le rapport EUROGIP de 2009 (cf. note 13 p. 14) qui présentait des statistiques de l'année 2006 nous montre que le classement des pays qui reconnaissent le plus de maladies professionnelles est resté sensiblement le même en 5 ans.

Tous types de pathologies confondus, les taux de recon-

[17] "Cancers d'origine professionnelle : quelle reconnaissance en Europe" - EUROGIP - avril 2010
http://www.eurogip.fr/images/publications/EUROGIP_RapportRecoCancerspro_49F.pdf

Graphique 5 : Cas reconnus - ratios pour 100 000 assurés (2001) - répartition par principales pathologies dans cinq pays européens



listes nationales de maladies professionnelles, ils le sont sous des intitulés plus ou moins génériques et plus ou moins restrictifs.

En France, les TMS stricto sensu font l'objet des tableaux de MP 57 (affections périarticulaires provoquées par certains gestes et postures de travail), 69 (vibrations et chocs transmis par certaines machines-outils, certains outils et objets tenus à la main), 79 (lésions chroniques du ménisque), et les lombalgies des tableaux 97 (vibrations de basses et moyennes fréquences transmises au corps entier) et 98 (manutention manuelle de charges lourdes). Comme c'est le cas pour tous les tableaux français de maladies professionnelles, les critères de reconnaissance y sont énumérés de manière relativement précise, qu'il s'agisse de critères médicaux ou de conditions d'exposition au risque. Or si ces conditions sont remplies, la maladie sera quasi automatiquement reconnue par l'organisme assureur. Cette présomption d'imputabilité professionnelle attachée aux tableaux français est particulièrement favorable à la victime dans le cas des TMS, dans la mesure où, même s'il s'agit par nature de pathologies multifactorielles, cette part d'origine non professionnelle, quelle que soit son

ampleur, n'affecte pas la décision positive de reconnaissance à partir du moment où les critères sont remplis.

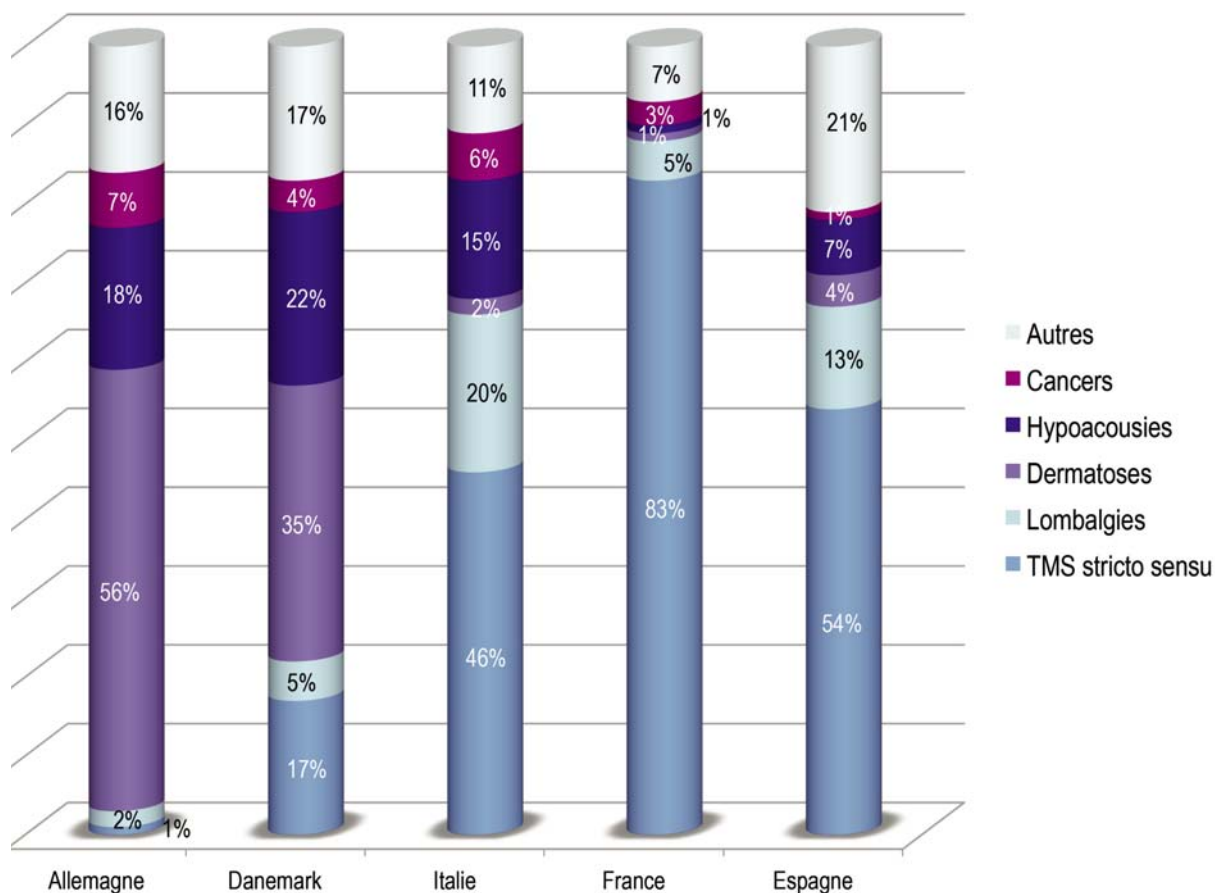
Les très forts ratios français de TMS déclarés et de TMS reconnus sont sans conteste la conséquence de ces paramètres.

En Allemagne, la liste de maladies professionnelles comprend une dizaine d'intitulés génériques correspondant à des TMS; seule l'arthrose du genou, inscrite depuis le 1^{er} juillet 2009, contient des critères précis de reconnaissance. Pour tous les autres TMS, les demandes de reconnaissances sont instruites au cas par cas selon des critères basés sur l'état des connaissances scientifiques. Il n'existe pas de présomption d'origine professionnelle liée à l'inscription sur la liste, et l'aspect multifactoriel est scruté lors de la recherche du lien médical entre la pathologie et l'activité professionnelle.

Il faut par ailleurs savoir que pour la moitié des pathologies correspondant à des TMS⁽¹⁹⁾, la reconnaissance formelle, c'est-à-dire celle permettant à la victime le cas échéant de recevoir réparation, est conditionnée à l'abandon par le travailleur de son travail. Si l'origine professionnelle de la maladie est recon-

(19) Sont concernées les maladies des gaines des tendons ou maladies des tissus péri-tendineux ou de l'insertion des tendons ou des muscles (BK 2101), les troubles circulatoires des mains causés par les vibrations (BK 2104), les maladies des disques lombaires causées par le port de charges lourdes pendant de nombreuses années ou par des postures de travail forcées pendant de nombreuses années (BK 2108), les maladies des disques cervicaux causées par le port de charges lourdes sur les épaules pendant de nombreuses années (BK 2109) et les maladies des disques lombaires causées par l'impact orienté essentiellement verticalement des vibrations transmises au corps entier en position assise pendant de nombreuses années (BK 2110)

Graphique 6 : Répartition par type de pathologies (en %) des cas reconnus en 2011 dans cinq pays européens



nue mais que la gravité de celle-ci ne nécessite pas un tel abandon, le cas sera informellement reconnu, c'est-à-dire que l'organisme assureur ne financera que des prestations de prévention individuelle.

Le type d'instruction et les conditions très strictes de reconnaissance des TMS sont sans aucun doute à l'origine du fort taux de rejet des cas instruits, puisque seuls 10 % environ des demandes de reconnaissance aboutissent à une décision positive. Et la faiblesse du nombre de cas reconnus n'encourage pas les demandes de reconnaissance (17 demandes pour 100 000 assurés).

Enfin, le seuil de 20 % d'incapacité permanente nécessaire pour ouvrir droit à une rente en Allemagne n'est pas non plus un paramètre qui incite à la déclaration.

Hypoacousies

L'hypoacousie fait l'objet d'un niveau de reconnaissance comparable dans quatre des pays étudiés : 6 cas reconnus pour 100 000 assurés en France, 13 en Espagne et en Italie, 15 en Allemagne. Le Danemark, qui en reconnaît en moyenne

trois fois plus, fait figure d'exception.

Les critères de reconnaissance de l'hypoacousie sont comparables dans tous les pays, ce qui se traduit par des taux de reconnaissance de cette pathologie sensiblement égaux (entre 40 % au Danemark et 50 % en Allemagne). L'importance des hypoacousies reconnues au Danemark peut sans doute s'expliquer par le fait que c'est aussi le pays qui enregistre le plus grand nombre de demandes de reconnaissance pour cette pathologie (82 demandes pour 100 000 assurés, contre 13 en France, 28 en Allemagne et 29 en Italie).

Dermatoses

Les dermatoses sont faiblement reconnues comme faiblement déclarées en France, en Italie et en Espagne (le ratio de reconnaissance oscille entre 2 cas pour 100 000 assurés en Italie et 7 cas en Espagne). En revanche, elles sont reconnues massivement dans les autres pays où elles sont déclarées en nombre : 47 cas reconnus pour 100 000 assurés en Allemagne et 52 au Danemark.

Il faut préciser que le ratio allemand recouvre tous les cas de

dermatoses pour lesquels un lien avec l'activité professionnelle a été reconnu par l'organisme assureur, c'est-à-dire y compris les cas pour lesquels seules des prestations de soins et de prévention individuelle sont financées⁽²⁰⁾, faute de gravité telle que l'exposition au risque ne nécessite l'abandon par le travailleur de son activité professionnelle. Si l'on exclut ces cas "informellement reconnus" pour ne retenir que les cas pour lesquels la victime reçoit réparation⁽²¹⁾, ce ratio tombe à 1 cas pour 100 000 assurés. Cela laisse penser que ce n'est pas l'attractivité pour la victime du système allemand d'indemnisation qui encourage la déclaration de dermatoses, mais plus vraisemblablement la bonne connaissance que les médecins ont de la possible origine professionnelle de ce type de pathologies (puisque ce sont essentiellement eux qui déclarent en Allemagne).

Pour les autres pays, il est en pratiquement impossible de comparer les conditions de reconnaissance des dermatoses tant ces pathologies sont diverses et causées par des agents pathogènes variés.

Cancers

Les cancers sont reconnus dans des proportions comparables au Danemark, en Italie et en Allemagne (entre 5 et 6 cas reconnus pour 100 000 assurés).

La France affiche un ratio de reconnaissance deux fois plus élevé que ces pays (11 cas), pour un niveau de déclaration similaire à celui de l'Italie (respectivement 13 et 14 cas), mais inférieur à celui de l'Allemagne (20 cas) et du Danemark (23 cas).

Bien que l'on ne connaisse pas les statistiques de déclarations en Espagne, ce pays se distingue par un ratio de reconnaissance extrêmement faible par rapport aux autres pays (75 cas reconnus en 2011 pour un pays qui compte plus de 15 millions d'assurés, soit un ratio de 0,24), et ce alors qu'aucune explication d'ordre juridique ne peut être avancée. La sous-déclaration des cancers professionnels dans ce pays ne fait aucun doute, dans des proportions sans commune mesure avec les autres pays étudiés.

Les différentes structures des nomenclatures statistiques des cinq pays analysés rendent extrêmement difficile une analyse comparée des déclarations et des reconnaissances en cancers professionnels.

Des estimations sur la base des données disponibles permettent toutefois d'affirmer que les mésothéliomes et les cancers de la vessie sont déclarés et reconnus dans des proportions grossièrement comparables en Allemagne, au Danemark, en France et en Italie. Il en va de même pour les cancers des

fosses nasales, exception faite du Danemark où ils font l'objet, avec le mésothéliome, d'un repérage et d'une déclaration systématiques, et sont plus déclarés que dans les autres pays.

Ce sont les cancers bronchopulmonaires liés à l'amiante qui sont à l'origine du classement en première position de la France dans la reconnaissance des cancers professionnels. Cette pathologie représente en effet plus de la moitié des déclarations en cancers professionnels dans plusieurs pays (50 % en Allemagne, 60 % en France). Or les décisions positives sont en France beaucoup plus nombreuses que dans les autres pays, à niveau de déclaration comparable. Le ratio de reconnaissance y est de 6,7 cas reconnus pour 100 000 assurés, contre 2 en Allemagne et 1,2 en Italie.

Ceci s'explique vraisemblablement par le fait que les conditions de reconnaissance de cette pathologie y sont plutôt plus ouvertes que dans les autres pays⁽²²⁾. La liste française de MP exige en effet une exposition de 10 années à l'amiante mais n'impose pas de critère d'intensité de l'exposition. En Allemagne, un cancer bronchopulmonaire lié à l'amiante ne peut être reconnu que s'il est associé à une asbestose, ou à une autre pathologie pleurale, ou bien encore s'il résulte d'une exposition avérée aux poussières d'amiante à une dose cumulée d'au moins 25 fibres/année sur le lieu de travail; depuis 2009, cette pathologie peut être également reconnue si elle est due à l'action conjointe de l'amiante et d'hydrocarbures aromatiques polycycliques.

En conclusion

Si l'on postule que les niveaux d'exposition aux risques professionnels sont comparables en Allemagne, au Danemark, en Espagne, en France et en Italie, on devrait théoriquement constater des ratios de déclaration de maladies professionnelles d'un même ordre de grandeur. Or ce n'est pas le cas.

Les graphiques montrent que le Danemark enregistre sensiblement plus de déclarations que les autres pays.

Les taux de reconnaissance étant plutôt plus faibles au Danemark que dans les autres pays, il semblerait que ce ne soit pas (seulement) la perspective d'une reconnaissance, et le cas échéant d'une indemnisation, qui encourage ou non les déclarants à engager la démarche de demande de reconnaissance.

Les hauts niveaux de déclaration danois pourraient bien être la conséquence de l'efficacité du système dans son ensemble :

- initiative de la démarche confiée essentiellement au

(20) Pour les cas de dermatose insuffisamment handicapants pour obliger la victime à abandonner son emploi, les prestations préventives se décomposent essentiellement en mesures de réadaptation médicale, en mesures de prévention au poste de travail, en mesures pédagogiques en matière de santé. Les actions et mesures mises en œuvre permettent de réduire les prestations pour recyclage. En effet, dans le contexte économique actuel, la réorientation professionnelle n'apparaît plus aussi prometteuse qu'auparavant et le maintien dans l'emploi - moyennant des mesures d'adaptation - est privilégié.

(21) En Allemagne, seules les maladies de peau graves ou récidivantes qui obligent la victime à cesser toutes les activités susceptibles d'avoir causé, aggravé ou réactivé ces maladies peuvent être formellement reconnues et ouvrir éventuellement droit au versement d'une rente.

(22) Voir aussi "Les maladies professionnelles liées à l'amiante en Europe" (mars 2006) EUROGIP. <http://www.eurogip.fr/images/publications/EUROGIP-24F-MPamiante.pdf>

Graphique 7 : Ratios de déclaration et de reconnaissance par pathologie dans cinq pays européens (2011)

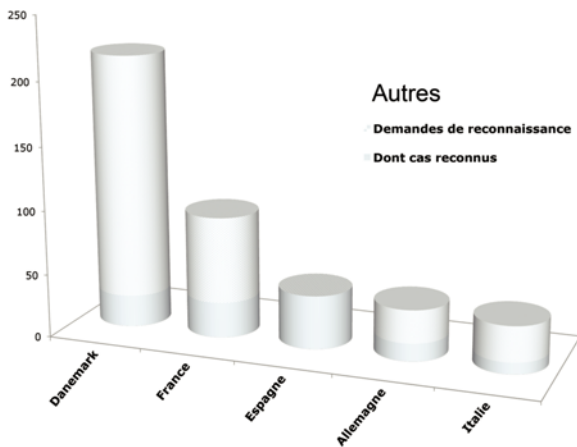
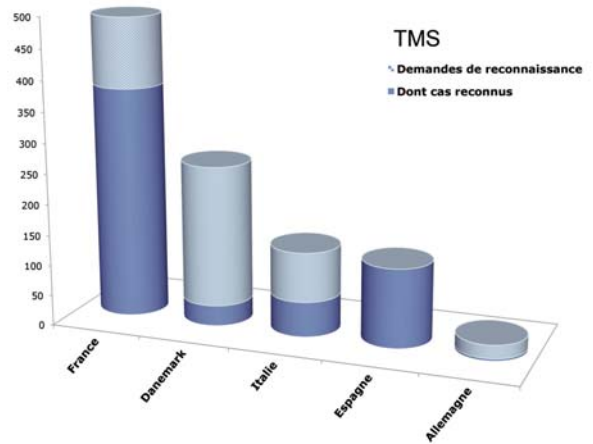
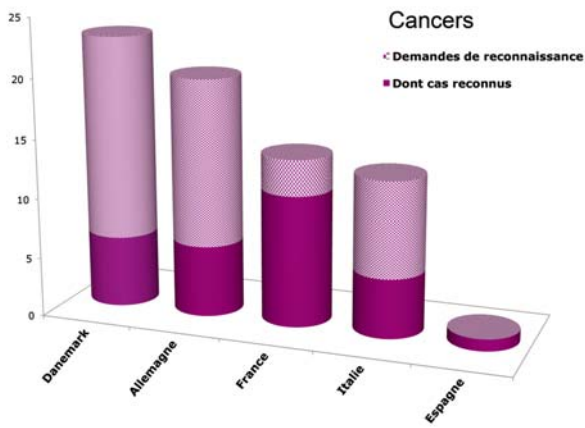
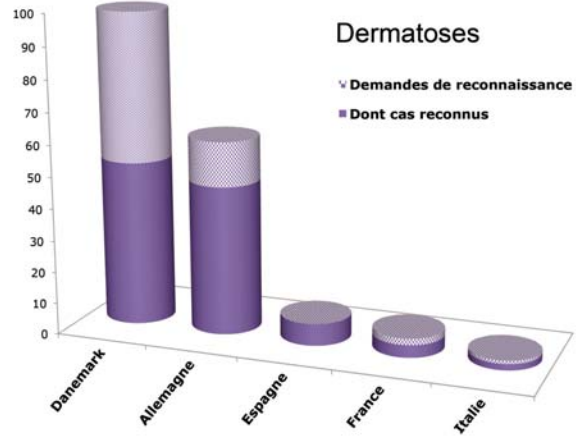
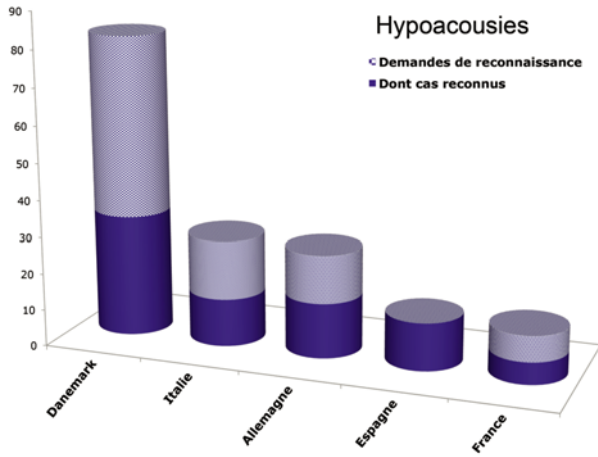


Tableau 1 : Évaluation des dossiers médicaux des cas de mésothéliome pleural et d'adénocarcinome des fosses nasales et des sinus diagnostiqués en 1986 et 1987 et non déclarés à l'Inspection du travail/Direction nationale des AT-MP (Danemark)

Qualité des informations contenues dans le dossier médical sur l'exposition professionnelle	Mésotéliome pleural	Adénocarcinome des fosses nasales et des sinus	Total
Historique concluant à une exposition professionnelle, mais cas non déclaré	3	0	3
Pas d'historique des expositions, même si patient vivant au moment du diagnostic	11	5	16
Historique des expositions de qualité médiocre	4	0	4
Pas d'historique des expositions, diagnostic posé après le décès	18	0	18
Historique concluant à aucune exposition professionnelle	8	2	10
Total	44	7	51

L'étude montre que l'historique des expositions n'est pas toujours inscrit dans le dossier médical, même dans les cas où l'origine professionnelle de la pathologie est fortement envisageable. L'historique des expositions se révèle absent, ou de piètre qualité, dans 75 % des cas non déclarés (38 sur 51). Dans ce contexte, la question se pose de comprendre comment un chef de service hospitalier peut assumer son obligation de déclarer les cas suspects si les données relatives à l'exposition professionnelle ne sont pas renseignées dans le dossier médical.

La deuxième étude publiée en 1996^[26], qui a porté sur la période 1983-1990, n'a fait que corroborer les conclusions de l'étude précédente et a remarqué qu'aucune amélioration n'avait été constatée.

L'étude la plus récente^[27] (publiée en 2007) effectuée le même travail de rapprochement sur la période 1994-2002

entre les cas enregistrés auprès du Registre des cancers et ceux déclarés à la Direction nationale des AT-MP. Elle montre que, sur la période définie, seuls 55 % des cas de mésothéliome et 41 % de cas d'adénocarcinome enregistrés auprès du Registre du Cancer ont été déclarés à l'organisme assureur. Respectivement 91 % et 87 % des cas déclarés ont été reconnus comme des cancers professionnels (cf. tableaux 2 et 3).

Les cas non enregistrés auprès de la Direction nationale des AT-MP ont fait l'objet de recherches auprès des bases de données de l'organisme de retraite complémentaire ATP (*Arbejdmarkedets Tillaegspension*) d'une part, du Registre d'Etat civil (*Det Centrale Personregister*) d'autre part. Il s'agissait de recueillir des informations sur les fonctions occupées par les personnes concernées depuis 1964, et ainsi d'évaluer la probabilité d'une exposition professionnelle à l'amiante ou aux poussières de bois.

Tableau 2 : Patients atteints de mésothéliome pleural recensés dans le Registre des cancers de 1994 à 2002 et déclarés à la Direction nationale des AT-MP (Danemark)

	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	Total
Cas déclarés :										
au Registre des cancers	69	64	68	82	73	97	80	90	72	695
à la Direction nationale AT/MP	40	34	35	55	44	55	43	39	36	381
Part (en %)	58 %	53 %	51 %	67 %	60 %	57 %	54 %	43 %	50 %	55 %
Cas reconnus par la Direction nationale AT/MP	34	27	26	45	38	51	38	38	34	331
Taux de reconnaissance	85 %	79 %	74 %	82 %	86 %	93 %	88 %	97 %	94 %	87 %
Cas non déclarés	29	30	33	27	29	42	37	51	36	314

[26] *Underreporting of occupational cancers in Denmark*, Danø H, Skov T, Lyng E., Scand J Work Environ Health 1996

[27] Registration of selected cases of occupational cancer (1994-2002) with the Danish National Board of Industrial Injuries, Hansen, Rasmussen, Omland, Olsen. Danish National Board of Industrial Injuries, 2007

moyenne chaque médecin hospitalier ou spécialiste déclare quatre à cinq fois plus de cas que le médecin généraliste.

Quant aux causes, et par conséquent aux remèdes, les propositions sont multiples.

Il conviendrait de ne pas limiter l'obligation de déclarer aux médecins et dentistes, mais de l'étendre à d'autres praticiens du secteur de la santé tels que les psychologues et les chiropraticiens et de réintroduire cette obligation pour les employeurs (abolie en 1999).

Pour remédier à l'appréhension des médecins à déclarer lorsqu'ils ont un doute sur l'origine professionnelle de la pathologie ou qu'il leur est impossible de poser un diagnostic précis, il serait nécessaire de leur rappeler l'étendue de leur obligation de déclarer et de mettre à leur disposition sur le site de l'assureur ASK des informations concises concernant les pathologies liées aux différents postes de travail.

Parce que certains médecins ne se sentent pas assez investis/impliqués dans la démarche (n'ayant pas de retour sur la suite donnée aux cas qu'ils déclarent), il est envisagé de les renseigner sur l'issue de la procédure.

Quant aux difficultés techniques rencontrées lors de la déclaration électronique, il est important de faire en sorte que les médecins n'y dédient pas plus de 10 minutes par cas.

Plusieurs autres pistes sont explorées. Les interviews auprès des médecins ayant révélé que l'origine de la pathologie n'était pas leur approche prioritaire (ils sont axés essentiellement sur la guérison de la pathologie), il conviendrait de continuer à les informer sur leur obligation à déclarer (en ciblant les médecins qui n'ont jamais effectué de déclaration). Il est également envisagé de viser certains groupes de spécialistes particulièrement concernés, de continuer à sensibiliser les travailleurs via les syndicats sur l'existence d'une assurance spécifique, de faciliter la déclaration électronique et d'évaluer sa facilité d'utilisation, de créer un espace d'information sur le site de l'assureur ASK dédié uniquement aux critères de suspicion qui doivent déclencher une déclaration en maladie professionnelle, d'accorder une priorité plus élevée de la médecine du travail dans la formation continue des médecins.

En ce qui concerne l'expérimentation de dispositifs proactifs de recherche des pathologies professionnelles, le rapport propose d'étudier la possibilité d'une déclaration automatique entre l'Office national de la santé (*Sundhedsstyrelsen*) (grâce

à l'exploitation de certains registres de santé centralisés) et l'organisme assureur ASK, et ce pour de nouveaux diagnostics ; cette signalisation réciproque des cas existe déjà pour le mésothéliome et le cancer des sinus.

Pour certaines pathologies (dermatite, asbestose, cancer du poumon et cancer de la vessie), un courrier pourrait aussi être envoyé automatiquement aux médecins de famille des patients concernés, leur expliquant la possibilité de déclarer ces cas.

En outre, le groupe de travail recommande de faire en sorte que le formulaire de déclaration de MP s'affiche dans chacun des systèmes d'information médicale (*lægesystemer*)⁽²⁹⁾ existant au Danemark. Cela exige une intégration ou une adaptation aux systèmes d'information médicale existants. Concrètement, il est recommandé que la Direction nationale des AT-MP prenne contact avec l'organisme MedCom⁽³⁰⁾ afin d'effectuer une expertise qui évaluera la faisabilité technique et le coût de cette intégration.

Enfin, à titre d'initiative à court terme, le groupe de travail recommande à la Direction nationale des AT-MP de s'adresser aux administrations régionales afin que soit créé, sur les pages Santé de leur site Internet, un lien vers le site de la Direction nationale des AT-MP.

Le groupe de travail conclut dans son rapport sur la sous-déclaration qu'il faut veiller à ne pas tomber dans l'excès inverse et aboutir à un phénomène de surdéclaration qui créerait des attentes injustifiées des patients/victimes.

Espagne

En Espagne, la question de la sous-déclaration des maladies professionnelles ne fait pas l'objet du même consensus qu'au Danemark.

Il s'agit d'un épiphénomène pour les assureurs (les Mutuas et l'AMAT qui les fédère), tandis qu'elle fait l'objet d'une dénonciation vigoureuse de la part des syndicats.

La plupart des experts nationaux s'accordent à dire que la sous-déclaration est importante dans ce pays, en particulier pour les cancers professionnels. Elle est déplorée dans de nombreux articles de littérature spécialisée⁽³¹⁾.

L'AMAT et les Mutuas préfèrent le terme de "sous-diagnos-

(29) Les *Lægesystemer* sont des systèmes, mis en place dans les cabinets médicaux, de gestion informatique des dossiers médicaux permettant entre autres d'envoyer des prescriptions médicales électroniques, de recevoir des résultats d'analyses de laboratoire ou de services hospitaliers de microbiologie ou de pathologie, de recevoir des courriers des hôpitaux, du médecin de garde, de médecins spécialistes, etc., ainsi que d'établir des statistiques à partir de mots-clés. Il existe une quinzaine de systèmes d'information médicale (exemples : Docbase, MedWin, Novax, XMO, Æskulap, EMAR, WinPLC, Web Praxis, MultiMed Web, Ganglion).

(30) MedCom est une coopération créée en 1994 entre les autorités publiques (ministère de la Santé, administrations régionales, autorités déconcentrées) et les entreprises privées du secteur de la santé pour contribuer au développement, à l'expérimentation, à la diffusion et à la qualité de la communication électronique et de l'information dans le secteur de la santé.

(31) Análisis del descenso del reconocimiento de las enfermedades profesionales en España, 2006-2007. Montserrat Garcia Gomez, Rosario Castaneda Lopez. Arch Prev Riesgos Labor 2008 ; 11 (4) : 1996-2003 // Sistema de declaración de enfermedades profesionales en España : conclusiones de un taller. <http://www.ladep.es/ficheros/documentos/Sistema%20de%20declaraci%F3n%20de%20enfermedades%20profesionales%20en%20Espa%F1a%202009.pdf> La sorprendente historia de las enfermedades profesionales en España. Fernando G Benavides, Ana M García. Medicina clinica, vol 131, num 14, 25 octubre 2008 // Asbestos-related occupational cancers compensated under the Spanish National Insurance System, 1978-2001 - Montserrat Garcia-Gomez, 2014, International Journal of Occupational and Environmental Health

Tableau 5 : Synthèse de l'estimation de l'ISTAS concernant la sous-déclaration des maladies professionnelles pour l'année 2008 (Espagne)

Pathologies	Nb de MP déclarées - reconnues	Nb de MP estimées	Taux de sous-déclaration ⁽³⁴⁾
Maladies ostéomusculaires	13 966	31 812	56,1 %
Maladies de la peau	1 242	12 909	90,4 %
Hypoacousie ou surdité	790	11 642	93,2 %
Maladies respiratoires	850	9 467	91 %
Tumeurs malignes	62	6 291	99 %
Maladies infectieuses	493	2 390	79,4 %
TOTAL	18 700	90 869	79,4 %

Source : Tableau extrait du rapport mentionné en note 34

dence et de prévalence, et en estimant le risque attribuable d'après plusieurs sources épidémiologiques nationales et internationales, l'ISTAS aboutit dans son rapport de 2008⁽³⁵⁾ à un taux moyen de sous déclaration de 80 % [cf. tableau 5].

Selon l'ISTAS, la sous-déclaration affecterait particulièrement les cancers du poumon et les maladies de la peau.

Les causes seraient multiples : un sous-diagnostic de la part des médecins du Service national de santé, la nouvelle modalit  de capitalisation de la rente pour maladies professionnelles dissuasive en matière de reconnaissance pour les Mutuas, et la crainte persistante des entreprises de recevoir une visite de l'Inspection du travail.

France

La question de la sous-déclaration des maladies professionnelles fait régulièrement débat. Depuis 1997, une Commission pr sidi e par un magistrat de la Cour des comptes travaille tous les 3 ans à estimer le coût de la sous-déclaration des accidents du travail et des maladies professionnelles⁽³⁶⁾. Cette estimation fait l'objet d'un rapport public détaillé. Le dernier en date⁽³⁷⁾ (juin 2014), après avoir évalué la mise en œuvre des propositions de la Commission précédente et les développements récents de la lutte contre les grands risques professionnels, analyse les principales causes de sous-déclaration et de sous-reconnaissance des risques professionnels [cf. tableau 6].

Ces causes n'ont que peu changé depuis le pr c dent rap-

port de 2011. Ainsi, les facteurs participant à la sous-déclaration des maladies professionnelles peuvent être le fait des employeurs (notamment par des comportements de dissimulation ou absence d'affichage/d'actualisation du document d'évaluation des risques), des salariés eux-mêmes (ignorance du lien entre la pathologie et l'activité professionnelle, crainte quant à leur emploi), ou des professionnels de santé (absence persistante de formation et d'information adéquate des médecins de soins, réticence à déclarer la maladie quand cela peut avoir des répercussions sur l'emploi, manque de coopération entre médecine du travail et médecine de ville). La coexistence des dispositifs de réparation des maladies professionnelles et du dispositif invalidité participerait aussi au phénomène de sous-déclaration.

Quant aux facteurs identifiés comme pouvant être à l'origine d'une sous-reconnaissance, le rapport cite une forte hétérogénité selon les caisses dans les modalités de reconnaissance des pathologies professionnelles et de fixation des taux d'incapacité permanente, l'obsolescence de certains tableaux de maladies professionnelles et la difficulté de les réviser, et la sous-représentation des maladies psychiques eu égard aux expositions des travailleurs aux risques psychosociaux.

En limitant l'exercice au champ des pathologies dont le caractère professionnel pourrait être reconnu dans le cadre du dispositif juridique actuel, la Commission évalue ensuite le nombre de maladies professionnelles sous-déclarées à partir des données épidémiologiques disponibles, et ce afin de déterminer la part des pathologies attribuable à des causes professionnelles.

Rappelons qu'il s'agit d'une estimation très approximative,

[34] Les chiffres de déclaration aux Mutuas n'étant pas disponibles, ces taux de sous-déclaration ont été calculés à partir des chiffres de maladies professionnelles enregistrées par le système CEPROSS, c'est-à-dire des cas reconnus. Cette méthode d'estimation assimilant les cas reconnus avec les cas déclarés n'en demeure pas moins valable puisque les Mutuas affirment que leurs taux de reconnaissance sont très élevés.

[35] Impacto de las enfermedades de origen laboral en Espa a, avril 2009, ISTAS sur <http://www.istas.ccoo.es/descargas/Mortalidad%20y%20morbilidad%20de%20origen%20laboral-Informe%202009.pdf> (en espagnol)

[36] Cette estimation du coût de la sous-déclaration sert à fixer, conformément à l'article L.176-2 du code de la Sécurité sociale, le montant annuel que la branche d'assurance "risques professionnels" verse à la branche "maladie-maternité-invalidité-décès", pour tenir compte des dépenses supportées par cette dernière au titre des affections non prises en charge par la première.

[37] Prochainement disponible sur Internet (en français) - Rapport pr c dent (2011) sur http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/11_diricq.pdf

Tableau 6 : Synthèse de l'estimation des cas sous-déclarés de maladies professionnelles dans le cadre de la Commission L-176-2 (France)

Pathologies	Éléments d'appréciation de la sous-déclaration	Estimation du nombre de cas sous-déclarés (uniquement travailleurs salariés et pour 2012)
Cancers	Source : INVS*, CIRC* Fraction de risque attribuable : entre 3 % et 6 % pour les hommes / 1,5% et 6 % pour les femmes	Non évalué en nombre de cas, seulement en coût : entre 279 et 728 millions €
Principaux TMS	Source : INVS (Étude de 2009) Taux de 45 % de sous-déclaration pour le canal carpien, 50 % pour les tendinites du coude, de la main et des doigts, 30 % pour les tendinites de l'épaule	Canal carpien : 9 900 Tendinites du coude : 6 531 Tendinites de l'épaule : 84 Tendinite main & doigts : 2 518
Affections du rachis lombaire	Source : INVS (Étude de 2009) Taux de sous-déclaration entre 40 % et 65 %	Entre 1 334 et 3 717
Asthme	Source : différentes études en population générale entre 1996 et 2000 Fraction de risque attribuable : 15 %	Entre 104 808 et 158 262
Broncho-pneumopathies chroniques obstructives	Fraction de risque attribuable : 10 % à 20 % Prévalence d'origine prof. de 1 % à 2 %	Entre 8 781 et 26 481 cas
Dermatoses	Incidence d'origine professionnelle : entre 0,5 et 0,7 pour 1000 travailleurs par an	Entre 8 441 et 11 981
Surdités	Sources : AFFSE 2004 + INVS	11 825

INVS : Institut national de veille sanitaire

CIRC : Centre international de recherche sur le cancer

dont l'objectif est de calculer une fourchette financière qui servira à fixer le montant du reversement de la branche "risques professionnels" à la branche "maladie" de la Sécurité sociale.

En appliquant à ces évaluations un coût moyen par type de pathologie (calculé en fonction de données financières de la CNAMTS et, pour les cancers, également sur la base d'une étude de l'Institut National du Cancer), le rapport de 2014 a déterminé une fourchette financière du coût annuel de la sous-déclaration des maladies professionnelles de 596 à 1 224 millions d'euros (auxquels s'ajoutent 99 millions pour la sous-déclaration des accidents du travail).

Le montant de la dotation pour 2014 et les deux années suivantes sera fixé sur la base de cette estimation financière par la loi [annuelle] de financement de la Sécurité sociale. Cette dotation s'élevait à 710 millions d'euros en 2011 et à 790 millions d'euros en 2012 et en 2013.

Après avoir évalué l'ampleur et le coût de la sous-déclaration, la Commission fait des préconisations pour une meilleure prise en charge des pathologies professionnelles par la branche "risques professionnels":

- nécessité d'une meilleure formation et information des médecins,
- simplification et mise en cohérence des réglementations applicables en matière d'indemnisation des assurances "accidents du travail-maladies professionnelles" et "invalidité",
- poursuite des efforts de contrôle des entreprises,

- réflexion sur les modalités de conservation et d'archivage des documents d'évaluation des risques, notamment en cas de disparition de l'entreprise,

- incitation du personnel hospitalier à davantage signaler le caractère professionnel d'une maladie ou d'un accident,
 - poursuite de l'actualisation des tableaux de maladies professionnelles,
 - amélioration de la collecte d'informations scientifiques sur les risques professionnels et coordination des organismes de recherche.

Italie

Il n'existe pas d'étude spécifique sur le thème de la sous-déclaration à l'échelle nationale. Mais tous les rapports de la Commission d'enquête parlementaire sur les accidents du travail et les maladies professionnelles (1997, 2006, 2013)^[38] mentionnent dans le chapitre dédié aux statistiques que "depuis toujours, l'INAIL, les partenaires sociaux et les médecins du travail considèrent que les maladies professionnelles sont un phénomène sous-estimé".

Pourtant, l'organisme assureur INAIL enregistre depuis quelques années une augmentation significative des demandes de reconnaissance (+ 41,7% entre 2007 et 2011 pour le secteur de l'industrie et des services).

[38] Dernier rapport (janvier 2013) disponible (en italien) sur <http://www.senato.it/service/PDF/PDFServer/BGT/697907.pdf>; voir pages 62 et suivantes

Ce boom des déclarations résulte d'une série de facteurs, à commencer par l'entrée en vigueur en 2008 d'une nouvelle liste de maladies professionnelles. Celle-ci intègre plusieurs pathologies qui étaient susceptibles d'être reconnues auparavant au titre du système complémentaire, notamment des pathologies inhérentes à une surcharge mécanique touchant l'appareil musculo-squelettique, et qui bénéficient désormais comme toutes les pathologies listées d'une présomption légale d'origine professionnelle. Ensuite, le libellé de la nouvelle liste par pathologie spécifique, et non plus par agent pathogène, a eu un effet technique collatéral se traduisant par des déclarations multiples (qui en 2009 étaient estimées à 20 % du total des déclarations).

La hausse du nombre de demandes de reconnaissance serait également la conséquence positive des actions de sensibilisation du public (travailleurs, employeurs et médecins de famille), notamment l'intensification des offres de formation et des produits d'information.

Il demeure que les cancers professionnels, qui font l'objet d'environ 2 000 déclarations par an, sont estimés comme indiscutablement sous-déclarés.

De nombreux articles publiés dans la revue *Medicina del lavoro* et dans les *Quaderni di medicina legale del lavoro* soulignent la différence entre le nombre de cas de cancers professionnels attendus sur la base d'études épidémiologiques et le nombre de cas signalés à l'INAIL et indemnisés. Des comparaisons de données épidémiologiques ainsi que des données INAIL (assureur)/ASL (cf. note 12 page 11) permettraient ainsi d'estimer la sous-déclaration des cancers professionnels à plus de 90 %, mésothéliomes et tumeurs nasosinuales mis à part (pour lesquels il existe un système d'enregistrement systématique : *Registri mesoteliomi e tumori nasosinuali*).

En conclusion

Selon le pays, on constate qu'il y a plus ou moins consensus autour de la question de la sous-déclaration des maladies professionnelles. Quand opinion dissidente il y a, il s'agit de celle des organismes assureurs. Quant à la quantification, elle s'avère difficile voire impossible à l'échelle nationale et sur l'ensemble des maladies professionnelles.

De même, la problématique est jugée plus ou moins prioritaire selon le pays. Certains estiment que leur système de déclaration est efficient, mais qu'il faut améliorer la capacité des médecins à détecter l'origine professionnelle et y travailler, via des interconnexions de systèmes informatiques. D'autres estiment que le système de déclaration comporte en soi des effets pervers.

3.2 Exemples de bonnes pratiques pour lutter contre la sous-déclaration

Il existe dans la plupart des pays européens de nombreux produits d'information sur les maladies professionnelles et leur possibilité de prise en charge par la sécurité sociale, aussi bien à destination des médecins que d'un plus grand public.

Ceci d'autant plus que des thèmes, envisagés dans une perspective de santé publique tels que les maladies liées à l'amiante, de manière plus générale l'exposition professionnelle aux agents cancérigènes ou encore les risques psychosociaux, sont de plus en plus médiatisés.

Il ne s'agit pas ici d'énumérer toutes les actions de communication sur les pathologies professionnelles qui ont été et sont encore menées dans chaque pays. Le choix va plutôt se porter sur des initiatives originales et concrètes ayant pour objectif de rechercher de manière proactive des cas susceptibles d'être reconnus comme maladies professionnelles, mais qui ont tendance à échapper au dispositif de déclaration à l'organisme d'assurance.

Il ne s'agit pas non plus d'être exhaustif concernant toutes les expérimentations menées pour lutter contre la sous-déclaration. Une seule initiative a été retenue par pays concerné (Danemark, Espagne, France et Italie), initiatives sur lesquelles nous avons un peu de recul et pour lesquelles il existe une évaluation quant aux résultats.

Nous verrons qu'une majorité d'initiatives vise une meilleure déclaration des cancers professionnels et que l'outil souvent plébiscité est le recoupement informatique de données.

Danemark : croisement de fichiers informatiques

En juillet 2007, le Danemark a créé un dispositif national visant à lutter contre la sous-déclaration du mésothéliome et du cancer des fosses nasales et des sinus, dont les liens avec une exposition aux poussières d'amiante pour le premier et aux poussières de bois pour le second sont scientifiquement établis.

Un système de signalisation automatique et réciproque des cas correspondant à ces deux types de cancer a été mis en place entre l'Office national de la santé (*Sundhedsstyrelsen*) qui administre le Registre du Cancer d'une part, la Direction nationale des AT-MP d'autre part.

Le rapport annuel 2012 de la Direction nationale des AT-MP^[39] montre que cette initiative a eu un impact important sur le nombre de demandes de reconnaissance liées à ces deux types de cancer. Celles-ci ont ainsi augmenté de 50 % pour les mésothéliomes après la mise en œuvre du dispositif. Et les chiffres démontrent que le système a bénéficié encore davantage aux cas de cancer des fosses nasales (cf. tableau 7).

L'impact de cette initiative sur le nombre de cas reconnus et indemnisés est plus nuancé puisque ce chiffre reste stable. L'augmentation du nombre de déclarations s'accompagne surtout d'une augmentation du nombre de rejets des cas déclarés. Il faut préciser que le caractère systématique du transfert de dossiers entre l'Office national de la santé et la Direction

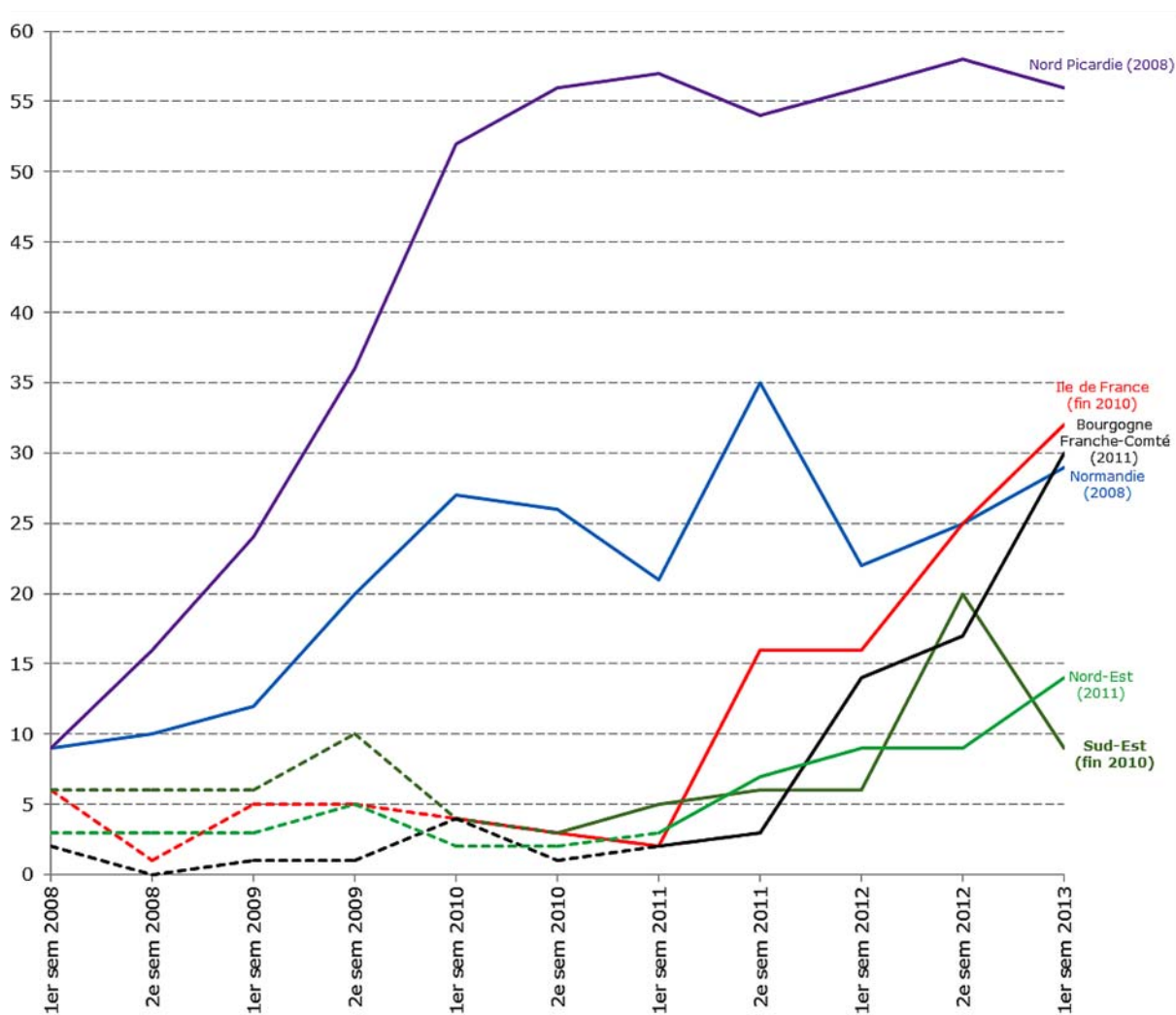
[39] En danois [annexe A 2 - tableaux 3 à 6]

<http://www.ask.dk/ff/media/ASK/pdf/udgivelses/Redegoerelser%20til%20Folketinget/BEU-redeg%C3%B8relsen%202012%20pdf.ashx>

Tableau 9 : Nombre de maladies professionnelles repérées, déclarées et reconnues par région, à partir du premier semestre d'expérimentation (situation à l'issue du 1^{er} semestre 2013 - France)

Régions	Nb d'affections longue durée cancer vessie	Origine prof. possible		Déclarations MP reçues		Cas reconnus comme MP	
		Nb	% ALD	Nb	% / possible origine prof.	Nb	% / déclarations reçues
Normandie	4 889	294	6 %	236	80 %	159	67 %
Nord-Picardie	8 684	646	7 %	474	73 %	264	56 %
Ile-de-France	7 684	243	3 %	94	39 %	68	72 %
Sud-Est	6 023	57	1 %	49	86 %	19	39 %
Bourgogne - Franche-Comté	2 235	510	23 %	66	13 %	27	41 %
Nord-Est	2 722	105	4 %	42	40 %	32	76 %
Total	32 247	1 855	6 %	961	52 %	569	59 %

Graphique 9 : Évolution du nombre de déclarations de MP par région sous expérimentation et par semestre de 2008 à 2013 (France)



en convention avec l'unité opérative de médecine du travail des hôpitaux civils de Brescia afin de faire émerger les cas de cancer professionnel.

Cette recherche systématique porte initialement sur les cancers pulmonaires. L'initiative implique les services de pneumologie, de chirurgie thoracique, de médecine générale ainsi que l'Institut de radiologie de l'hôpital, départements les plus concernés par le diagnostic et la thérapie des patients atteints de cancer du poumon.

L'objet de la recherche systématique est d'identifier, d'évaluer et de documenter les cas de tumeurs pulmonaires dont une origine professionnelle est suspectée. L'objectif premier est d'améliorer les données épidémiologiques détenues par l'ASL afin de prévenir de manière plus efficace les cancers professionnels ; mais l'initiative a aussi des retombées en termes assurantiels.

Les étapes de la procédure sont les suivantes.

Pour chaque nouveau diagnostic de cancer pulmonaire qui est posé, le médecin hospitalier chargé du patient effectue une brève anamnèse professionnelle et remplit une fiche informatique contenant les informations suivantes : état civil, diagnostic clinico-histologique, habitudes de tabagisme, quelques éléments d'anamnèse professionnelle recueillis "au chevet" du patient (secteur d'activité, métier, période, durée). Seules quelques minutes sont nécessaires pour établir ce document. Cette fiche de signalisation est transmise au Service de médecine du travail de l'hôpital.

Le médecin du travail, sur la base de cette fiche, archive les cas non-suspects (exemples : travail de bureau, femme au foyer...) et évalue les cas suspects via un entretien direct avec le patient ou une consultation spécialisée.

Pour chaque patient évalué, un dossier clinique est créé contenant la documentation pertinente relative à l'hospitalisation [références radiologiques, endoscopiques et histopathologiques ayant conduit au diagnostic de cancer].

Une anamnèse professionnelle plus approfondie est menée ; dans 99 % des cas, elle est recueillie directement auprès du patient. Elle rassemble des informations sur la durée de l'activité professionnelle, les nom et siège de l'établissement, les principales caractéristiques de production de l'entreprise, le métier, l'éventuelle utilisation ou exposition à des agents chimiques ou physiques, l'éventuel port d'ÉPI, la présence dans l'entreprise de dispositifs de captage de polluants aériens. Cette enquête concerne le curriculum laboris sans limite de temps ; le médecin du travail consulte le livret de travail s'il est disponible, recherche si nécessaire auprès des entreprises (en particulier du Responsable du service de prévention) des informations techniques complémentaires [document d'évaluation des risques, enquêtes environnementales] ou se rend directement sur les lieux de travail. Le médecin du travail de l'entreprise et celui de l'ASL (qui connaît

bien la carte des risques à l'échelle locale) sont parfois consultés. L'enquête porte également sur les éventuels loisirs du patient pouvant l'exposer à des agents cancérigènes.

Le Service de médecine du travail procède enfin à la détection d'autres tumeurs, d'autres affections pulmonaires ou d'autres pathologies professionnelles.

À l'issue de ce processus, le Service de médecine du travail envoie au médecin du département ayant pris en charge le patient un rapport détaillé contenant les anamnèses professionnelle et pathologique ainsi que des conclusions sur le lien causal entre la pathologie et une exposition professionnelle, accompagnées de références à la littérature scientifique. En outre, le rapport rappelle au médecin ses obligations médico-légales : signalisation du cas à l'ASL compétente (pour enregistrement dans sa base de données), rédaction d'un rapport pour l'Autorité judiciaire, rédaction du Premier Certificat de maladie professionnelle à remettre au patient, nécessaire à une demande de reconnaissance auprès de l'INAIL. La plupart du temps sont également transmis des conseils en matière d'assistance aux patients (exemples : modalités d'accès à l'organisme assureur INAIL, protection des *patronati*^[44]).

Une évaluation de cette initiative a été rendue possible grâce à :

- la création d'une base de données comprenant tous les dossiers évalués par le Service de médecine du travail, dont des extraits sont régulièrement envoyés à l'ASL ;
- la collaboration instaurée avec l'INAIL de Brescia qui a effectué une requête dans sa propre base de données départementale sur les noms fournis, rendant ainsi possible la consultation des décisions rendues par l'assureur ;
- la collaboration avec les médecins du *patronato INCA* de Brescia, qui a permis de suivre le déroulement des éventuels développements judiciaires de certains cas.

De 1990 à 1998 (année de la mise en place du dispositif de recherche systématique), seules quelques dizaines de cas de cancer pulmonaire liés au travail avaient été signalées au médecin du travail de l'ASL. De mai 1998 à mai 2005, ce nombre de signalements s'élevait à 182.

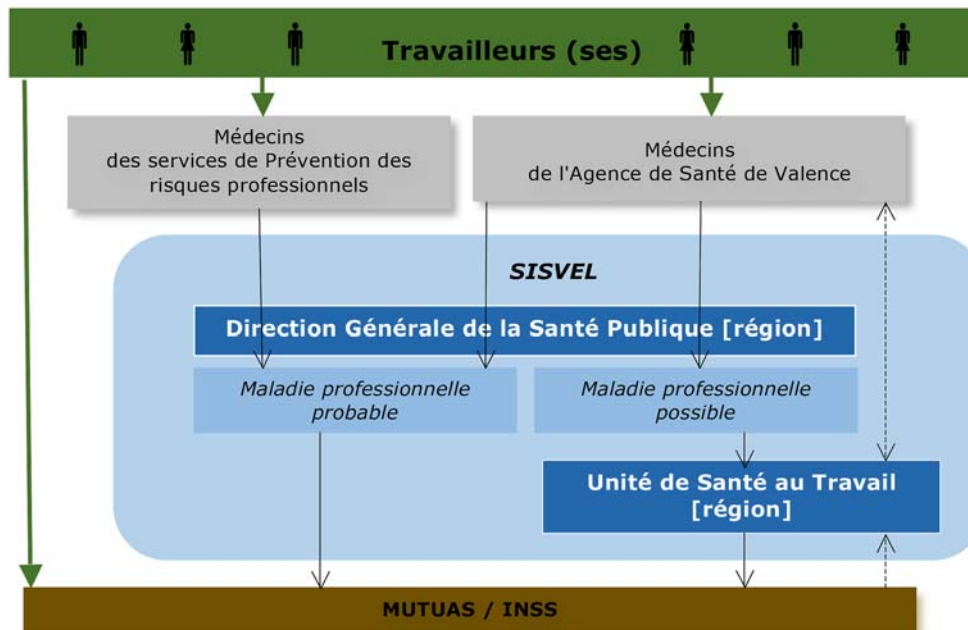
Sur les 1 502 premiers diagnostics de cancer pulmonaire posés durant la période de référence, une bonne moitié a été archivée principalement faute d'éléments pouvant faire penser à une exposition professionnelle à des cancérigènes pulmonaires. Quelques rares cas ont été écartés car l'état de santé des patients n'a pas permis d'en établir l'anamnèse professionnelle.

L'autre moitié des cas a fait l'objet d'une évaluation sur une possible origine professionnelle. Sur 693 cas, le service de médecine du travail a confirmé une étiologie professionnelle pour un quart d'entre eux, tous patients hommes.

Les facteurs de risque identifiés sont l'exposition à la silice (26 %), à l'amiante (9 %), aux hydrocarbures aromatiques

[44] Il arrive que suite au recours d'un *patronato* qui produit la documentation élaborée par le Service de médecine du travail, l'INAIL reconnaisse et indemnise un cas initialement rejeté. Une collaboration plus étroite entre l'hôpital et les *patronati* a été développée dans le but de soutenir les dossiers sur le plan technico-scientifique auprès de l'INAIL voire lors de contentieux ; cette collaboration a abouti à la reconnaissance de plusieurs cas devant les tribunaux.

Graphique 10 : Circuit d'information SISVEL (Espagne)



tion des risques professionnels sont connectés à SISVEL, via une intégration de ce dernier au Système d'information ambulatoire (*Sistema de Informacion Ambulatoria - SIA*) pour les premiers et via un portail Web pour les seconds.

Chaque patient possède sur SIA un dossier médical individuel informatisé, dans lequel figurent des informations médicales et concernant son environnement de travail. Lorsqu'un diagnostic est posé par un médecin (pour les patients de plus de 16 ans) dans SIA et qu'il correspond à l'un de ceux sélectionnés par SISVEL, une fenêtre s'ouvre pour l'informer de la possibilité que la pathologie soit d'origine professionnelle et permet la communication du cas à l'assureur, par l'intermédiaire de la Direction Générale de la Santé Publique de Valence.

Le médecin déclarant a la possibilité de déclarer directement le cas par SISVEL s'il considère que la pathologie peut être qualifiée de professionnelle ou bien, en cas de simple suspicion, de requérir une expertise de l'Unité de Santé au travail du centre de Santé Publique compétent, qui sera chargé le cas échéant de la transmission du dossier à l'assureur, toujours par SISVEL.

Les investigations sollicitées consistent en une enquête épidémiologique, l'acquisition d'informations sur l'exposition professionnelle au(x) facteur(s) de risque, si nécessaire une visite de l'entreprise et des informations cliniques complémentaires auprès du médecin déclarant.

Les médecins du travail des Services de prévention des risques professionnels sont considérés comme disposant d'assez de connaissances et de compétences, ils n'ont donc qu'une option, celle de la déclaration directe.

Toute déclaration via SISVEL comporte des données sur le travailleur, sur la pathologie, sur l'employeur, sur le médecin déclarant et le type de déclaration ("considère la pathologie comme professionnelle" ou "suspecte"). Les quatre premières rubriques sont préremplies automatiquement grâce aux données disponibles dans les systèmes d'information sur lesquels SISVEL s'est greffé (SIA, système d'information du Service national de Santé et SIP, système d'information démographique).

L'acteur intermédiaire que constitue la Direction Générale de la Santé Publique de Valence "filtre" les déclarations transmises par SISVEL (conditions d'admissibilité, pas d'examen des cas sur le fond) avant de les communiquer à l'organisme d'assurance compétent, Mutua ou Institut National de Sécurité Sociale en fonction du choix d'assurance de l'employeur. L'assureur reste maître de la décision de reconnaître l'origine professionnelle de la pathologie. Un retour d'information, quant à la décision prise est prévu vers la Région et vers le médecin détecteur.

Il convient de préciser qu'actuellement, le support SISVEL est à l'origine d'environ un tiers des cas reconnus de maladies professionnelles (au titre de la liste des MP, système CEPROSS) dans la région de Valence. Les autres cas correspondent à des demandes de reconnaissance formulées à l'occasion de visites directes des travailleurs auprès d'un médecin de la Mutua à laquelle leur entreprise est affiliée.

Après une période d'expérimentation sur une liste réduite⁽⁴⁶⁾ de pathologies, la liste de diagnostics déclenchant l'alerte du SISVEL contient aujourd'hui 75 catégories de diag-

[46] Lors de la création du système en 1991, la liste des pathologies concernées était limitée aux hypoacusies, syndromes du canal carpien, dermatoses de contact et à l'asthme. Le SISVEL a connu une première montée en puissance en avril 2012 avec 35 pathologies.

nostics codifiés en ICD9⁽⁴⁷⁾, qui recouvre quasiment la liste espagnole des maladies professionnelles.

Pour certaines catégories de maladies, tous les diagnostics n'ont pas été pris en considération par le système ; une sélection a été réalisée en combinant des critères de fréquence, de gravité et de fraction étiologique du risque. Ont ainsi été exclues les pathologies bénignes à haute incidence et basse proportion de cas attribuables au travail, afin d'éviter une activation excessive du système d'alerte.

SISVEL intègre, pour chacune des catégories de diagnostics considérés, des critères de suspicion associés avec, a minima, un diagnostic clinique confirmé et une anamnèse professionnelle compatible avec des expositions, des activités ou des tâches à risque.

Quant à la couverture du système, elle s'étend en 2014 à tous les centres de soins primaires de la Région, 70 % des centres de soins spécialisés, 60 % des hôpitaux de la Région de Valence, 62 % des médecins des Services de prévention des risques professionnels (soit 301 services de prévention concernés), aux 10 Mutuas et aux 16 Unités de santé au travail présentes sur le territoire. La population active couverte est estimée à 1,8 million de travailleurs.

Cette extension progressive de la couverture s'est accompagnée de la diffusion d'un guide ad hoc⁽⁴⁸⁾ ainsi que d'une démarche de formation des médecins, qui a suscité une forte participation : en 2010, 75 % des médecins convoqués ont participé aux journées de formation, soit 2007 médecins du Service National de Santé, et le système a été présenté aux 500 médecins du travail des Services de prévention de la Région.

40 % des cas communiqués par SISVEL à la Communauté autonome ne sont pas transmis aux Mutuas pour plusieurs motifs.

Plus d'un tiers d'entre eux correspond à des travailleurs indépendants ou sans activité rémunérée qui, de ce fait, ne sont pas couverts par les Mutuas. Pour un quart d'entre eux, aucun lien avec l'activité professionnelle n'a été établi ; et pour un cinquième de ces cas "filtrés", le travailleur n'a pas souhaité que son cas soit transmis à l'assureur.

On observe des écarts importants entre les différentes entités de soins en ce qui concerne les taux de communication par SISVEL.

Quant aux taux de reconnaissance, il varie de 7 à 40 % selon la Mutua, tandis qu'il est estimé à environ 50 % pour les cas relevant de l'INSS.

Pour ce qui est des motifs de rejet de la part des Mutuas, l'on sait que le diagnostic n'a pas été confirmé pour 24 % des cas rejetés, et que les critères d'exposition n'étaient pas remplis pour 30 % ; les autres motifs ne sont pas connus. S'il existe à la charge des Mutuas une obligation de retour d'informations, la mention du motif de refus est facultative.

Enfin, le meilleur taux de reconnaissance est constaté pour les cas communiqués par les Services de prévention des risques professionnels (45,9 %), contre 24 % pour les cas envoyés par les médecins du Système National de santé sans requête d'expertise préalable à l'Unité de Santé au travail d'un centre de Santé Publique, et 29 % avec expertise préalable.

Le rapport SISVEL 2012 fournit également des informations sur les types de maladies communiquées : 80 % des cas sont des maladies ostéo-articulaires (plus de 59 % de cas de canal carpien). Les maladies respiratoires ne représentent que 6 %. Une dizaine de cas de tumeurs (soit 0,7 % du total) sont répertoriés. Ces deux derniers taux particulièrement faibles peuvent en partie s'expliquer par le fait qu'ils correspondent à des diagnostics qui sont généralement posés par les services spéciali-

Tableau 12 : Résultats SISVEL de l'année 2012⁽⁴⁹⁾ (Espagne)

	2011	2012	Variation 2012/2011
Nombre de cas de MP communiqués via SISVEL à la Direction Générale de la Santé Publique de Valence	1 006	1 318	+30,8%
Nombre de cas de MP transmis aux Mutuas	431	708	+60,5%
Nombre de cas reconnus comme MP par les Mutuas	144	200* (22 comme AT)	+37,9%*

* Cette donnée est provisoire ; à la date de publication de ces données, le processus de décision était encore en cours par les Mutuas pour 109 cas. Si l'on considère le taux de reconnaissance actuel de 33,81 %, le nombre de cas reconnus serait de 237, portant le pourcentage de variation à 60,7 % par rapport à l'année précédente.

[47] ICD9 : International Classification of Diseases - Ninth Revision - <http://www.cdc.gov/nchs/icd/icd9.htm>

[48] Guía para la comunicació de sospechas de enfermedades profesionales, Generalitat Valenciana, conselleria de sanitat, 2010 <http://www.ladep.es/ficheros/documentos/Guia%20comunicaci%F3n%20sospecha%20enfermedades%20profesionales%20G%20Valenciana.pdf>

[49] Informe SISVEL 2012, principales resultados, Generalitat Valenciana, Conselleria de sanitat http://www.sp.san.gva.es/DgspPortal/docs/guia_com_enf_sos.pdf

sés au sein des hôpitaux, qui sont encore assez peu intégrés au système SISVEL.

Au regard de ces résultats et des fortes hausses constatées entre 2011 et 2012 (dues en partie à l'intégration des centres de soin spécialisés en 2012), la Direction Générale de la Santé Publique de Valence conclut à une forte sous-déclaration, en particulier des maladies respiratoires, des dermatoses ou des cancers.

En 2013, une série de mesures étaient en cours pour consolider le système et améliorer la détection, la déclaration et la reconnaissance des maladies professionnelles, comme :

- élargir la couverture du système SISVEL aux entités de soins dépendant d'autres systèmes informatiques que le SIA ;
- encourager la participation des professionnels de santé et améliorer la qualité des rapports de communication ;
- optimiser le retour d'informations.

À défaut de présenter des ratios de reconnaissance par Communauté autonome, les données CEPROSS montrent que la Communauté autonome de Valence est la Région qui en 2013 a connu la plus grande variation à la hausse du nombre de cas reconnus en maladies professionnelles (+64 % entre 2012 et 2013).

Des outils similaires à SISVEL sont actuellement développés dans au moins neuf autres communautés autonomes, notamment en Navarre, en Catalogne et au Pays Basque.

En conclusion

Même si ces initiatives de lutte contre la sous-déclaration ont quelques points communs (ciblage des cancers, utilisation de l'outil informatique), elles demeurent appropriées aux caractéristiques de chaque pays.

Dans les pays très décentralisés que sont l'Espagne et l'Italie, de bonnes pratiques naissent au niveau local, et leur mise en œuvre est facilitée par les liens forts qui existent entre les différents acteurs de santé (régions, hôpitaux, organismes d'assurance sociale).

Le Danemark s'appuie, quant à lui, sur des réseaux de données qui sont fiables et bien renseignés au niveau national ; le fait que ce pays soit de petite taille, et de culture nordique, attaché au respect de la loi, n'est pas étranger à la réussite de son initiative.

Les solutions des uns ne peuvent pas nécessairement être copiées par les autres dans les mêmes conditions, mais il semble que la recherche proactive des cas non déclarés de pathologies particulièrement touchées par la sous-déclaration soit un axe de travail pertinent pour tous.

Annexe 2 : Statistiques ALLEMAGNE

ALLEMAGNE : Population assurée, demandes de reconnaissance et cas reconnus - 2011

Population assurée ^(a) : 40 861 230	Demandes de reconnaissance	Cas reconnus
TOTAL MP	71 269	34 581 (dont 19 311 non formellement reconnus ^(b))
Hypoacusies	11 640	6 107
Dermatoses	25 056	9 399 (dont 18 828 non formellement reconnus)
TMS stricto sensu	4 213	525 (dont 16 non formellement reconnus)
Lombalgies (codes 2108 à 2110)	5 891	535 (dont 149 non formellement reconnus)
Cancers :	8 000 (approx)	2 408
- dont cancer poumon/larynx par amiante	3 824	799
- dont mésothéliomes (code 4 105)	1 312	980
Asbestoses et plaques pleurales	3 662	1 818
Système complémentaire	1 968	136

Sources : DGUV

Références bibliographiques

DGUV Statistics 2011 - Figures and long-term trends, autres statistiques DGUV

<http://www.dguv.de/medien/inhalt/zahlen/documents/dguvstatistiken2011e.pdf>

Pour les statistiques par pathologies, voir aussi : <http://www.dguv.de/de/Zahlen-und-Fakten/BK-Geschehen/index-2.jsp>

Pour la population assurée, voir aussi Geschäfts- und Rechnungsergebnisse der gewerblichen Berufsgenossenschaften und Unfallversicherungsträger der öffentlichen Hand 2011, page 11 tableaux 2 et 3 (en allemand)

[a] Le nombre de 40 861 230 assurés recouvre pour l'année 2011 les travailleurs (employeurs personnes physiques et salariés) des secteurs privé et public. Il exclut en revanche deux catégories particulières d'assurés sous le même régime : les 17 071 776 élèves et étudiants ainsi que les 17 998 179 "autres assurés" non travailleurs (chômeurs indemnisés, prisonniers, donneurs de sang, bénévoles, aidants familiaux...). Ces deux populations particulières ont été écartées afin de rendre les statistiques allemandes comparables avec celles des autres pays (qui ne les couvrent/assurent pas dans les mêmes proportions), notamment afin de calculer les ratios de maladies professionnelles/population assurée. En revanche, il a été impossible d'isoler et donc de soustraire ces deux populations au sein des statistiques détaillées de maladies professionnelles. Ceci n'a de facto aucune incidence sur la cohérence et la comparabilité des statistiques, puisque les cas de MP touchant les élèves d'une part et les "autres assurés" d'autre part sont en quantité négligeable ; on décompte en 2011 pour la catégorie des élèves seulement 120 demandes de reconnaissance en MP sur un total de 71 269 toutes populations confondues, soit 0,16 % des demandes ; leur représentation au sein des MP reconnues est encore moindre (de l'ordre d'une dizaine de cas reconnus en 2011). Quant aux "autres assurés" non travailleurs, s'il n'est pas possible de connaître le nombre de déclarations et de cas reconnus en MP qui leur est imputable, la nature très particulière des activités qui les soumettent à l'assurance accident (trajet domicile-agence pour l'emploi pour les chômeurs, prélèvement sanguin pour les donneurs de sang...) ne les expose que très marginalement au risque "maladie professionnelle" (davantage au risque "accident du travail").

[b] Le système allemand de reconnaissance des maladies professionnelles a ceci de particulier qu'il distingue, au sein des maladies reconnues, les cas qui sont reconnus stricto sensu et qui ouvrent droit à une indemnisation (notamment au titre de l'incapacité permanente) et les cas dont le lien avec l'activité professionnelle a été établi mais dont le degré de gravité ne nécessite pas que la victime soit contrainte d'abandonner l'activité professionnelle qui l'expose au risque. Pour ces cas, les prestations de l'assurance AT/MP se limitent à des mesures préventives individuelles de type protection médicale et aménagement du poste de travail. Les pathologies visées par cette distinction sont définies dans la liste des MP ; cela concerne essentiellement les dermatoses, les allergies et certains TMS.

Annexe 4 : Statistiques ITALIE

ITALIE : Population assurée, demandes de reconnaissance et cas reconnus sur demandes de reconnaissance - 2011

Population assurée (industrie et services) : 17 294 329	Demandes de reconnaissance	Cas reconnus
TOTAL MP	38 101	14 837
Hypoacusies	5 044 (dont 2 305 hors liste)	2 317 (dont 404 hors liste)
Dermatoses	519 (dont 210 hors liste)	260 (dont 33 hors liste)
TMS stricto sensu	15 398 (dont 7 509 hors liste)	6 771 (dont 1 034 hors liste)
Lombalgies	8 494 (dont 5 501 hors liste)	3 003 (dont 1 126 hors liste)
Cancers :	2 272 (dont 993 hors liste)	908 (dont 87 hors liste)
- dont cancer poumon/amiante	275 (estimation)	NR
- dont mésothéliomes	626 (estimation)	NR
Asbestoses	528	226
Plaques pleurales	895	597

Source : INAIL

Remarque

À noter que les statistiques italiennes relatives aux maladies professionnelles sont présentées en fonction de l'année de déclaration (ici 2011) et du devenir de ces mêmes cas déclarés, quelle que soit l'année de décision.

Références bibliographiques

http://www.inail.it/internet/salastampa/SalastampaContent/NumerieStatistiche/archivioRapportiAnnualeNazionale/p/DettaglioRapportiAnnuale/index.html?wlpnewPage_contentDataFile=UCM_TEST149361&_windowLabel=newPage

Voir aussi Banca Dati statistica

Annexe 5 : Statistiques FRANCE

FRANCE : Population assurée, déclarations et cas reconnus - 2011

Population assurée (régime général) : 18 492 444	Décisions de reconnaissance rendues	Cas reconnus
TOTAL MP	114 531	78 805
Hypoacusies	2 474	1 046
Dermatoses	1 051	762
TMS + Lombalgies		
- dont TMS stricto sensu	82 276	65 724
- dont lombalgies	8 772	4 028
Cancers	2 536	2 050

Source : Caisse nationale de l'assurance maladie - Direction des risques professionnels

Remarque

Par nombre de déclarations, on entend ici le nombre de décisions de reconnaissance rendues durant l'année 2011, positives ou négatives. Les "faux" rejets liés à l'absence de certificat médical joint à la demande de reconnaissance ont ainsi été exclus de ce nombre.

Annexe 6 : Statistiques ESPAGNE

ESPAGNE : Population assurée, cas reconnus, détail par système d'enregistrement - 2011

Population assurée ^(c) : 15 756 800	Cas reconnus	Détail par système d'enregistrement
TOTAL MP	30 262 ^(d)	19 195 ^(e) CEPROSS (dont 1 273 lésions permanentes non invalidantes)
Hypoacusies	2 067	1 558 CEPROSS + 509 (estimation lésions permanentes non invalidantes)
Dermatoses	1 064	985 CEPROSS + 619 PANOTRATSS
TMS + Lombalgies	20 296	
- dont TMS stricto sensu	16 297	12 632 CEPROSS + environ 130 lésions permanentes non invalidantes + 3 535 PANOTRATSS
- dont lombalgies	3 999	PANOTRATSS
Cancers	75 (dont 63 amiante)	CEPROSS
Asbestoses et plaques pleurales	91	CEPROSS
Silicoses	296	CEPROSS

Source : ministère de l'Emploi et de la Sécurité sociale

Remarques

Les données relatives aux demandes de reconnaissance sont indisponibles.

Dans les statistiques par pathologie, les données issues de CEPROSS n'incluent pas les éventuels cas de lésions permanentes non invalidantes (1 273 cas sur 19 195 CEPROSS), non ventilés par maladie mais inclus dans le nombre total de maladies professionnelles.

Références bibliographiques

Rapport (informe) 2011 : http://www.seguridadysalud.ibermutuamur.es/IMG/pdf/2011_-1.pdf

CEPROSS

http://www.seg-social.es/Internet_1/Estadistica/Est/Observatorio_de_las_Enfermedades_Profesionales/cepross2k11/index.htm

PANOTRATSS

http://www.seg-social.es/Internet_1/Estadistica/Est/Observatorio_de_las_Enfermedades_Profesionales/panotratss2k11/index.htm

(c) La population assurée en 2011 a été calculée à partir du taux d'incidence mentionné en page 3 de la source statistique "informe 2011".

(d) Aux maladies professionnelles stricto sensu enregistrées dans CEPROSS, il convient d'ajouter les données PANOTRATSS, qui correspondent techniquement à des accidents du travail, mais qui sont en réalité des cas de pathologies hors liste.

(e) Ce chiffre est toujours légèrement surestimé dans les statistiques publiées par le ministère, car un certain nombre de cas sont requalifiés a posteriori. En 2011, 3,98 % des cas enregistrés comme maladies professionnelles dans CEPROSS ont fait l'objet d'une requalification en "maladie commune" et 2,8 % en accident du travail. Il n'est en revanche pas possible de connaître quelles pathologies ont été ainsi requalifiées.

EUROGIP est un groupement d'intérêt public (GIP) créé en 1991 au sein de l'Assurance maladie - risques professionnels française.

Ses activités s'articulent autour de 5 pôles : enquêtes, projets, information-communication, normalisation et coordination des organismes notifiés.

Elles ont toutes pour dénominateur commun la prévention ou l'assurance des accidents du travail et des maladies professionnelles en Europe.

www.eurogip.fr

Droits de reproduction : EUROGIP se réserve le droit d'accorder ou de refuser l'autorisation de reproduire tout ou partie de ce document. Dans tous les cas, l'autorisation doit être sollicitée au préalable et par écrit et la source doit être impérativement mentionnée.

EUROGIP

Déclaration des maladies professionnelles - Problématique et bonnes pratiques dans cinq pays européens

Paris : EUROGIP

Réf. Eurogip-102/F

2014 - 21 x 29,7 cm - 44 pages

ISBN : 979-10-91290-49-4

Directeur de la publication : Raphaël HAEFLINGER

Auteur de l'enquête et rédaction du rapport : Christine KIEFFER

Relations presse : Isabelle LELEU

51, avenue des Gobelins - F-75013 Paris

Tél. +33 (0) 1 40 56 30 40

eurogip@eurogip.fr

