

# EUROGIP

Rapport d'enquête

Réf. Eurogip-34/F

Janvier 2009



## Les maladies professionnelles en Europe

Statistiques 1990-2006 et actualité juridique

Enquête réalisée en collaboration avec le  
FORUM EUROPÉEN DE L'ASSURANCE ACCIDENTS DU TRAVAIL - MALADIES PROFESSIONNELLES



Comprendre les risques professionnels en Europe

## Rapport “Les maladies professionnelles en Europe - Statistiques 1990-2006 et actualité juridique” (Réf. Eurogip-34/F)

### ERRATUM CONCERNANT LES DONNÉES RELATIVES À LA SUÈDE

Postérieurement à la parution du rapport “Les maladies professionnelles en Europe - Statistiques 1990-2006 et actualité juridique”, les données **statistiques communiquées par la Suède** se sont avérées erronées : elles concernent les accidents du travail et les maladies professionnelles dans leur globalité.

- Il convient par conséquent de ne pas tenir compte des données relatives à la Suède dans les pages 7, 9, 10, 15, 17, 19 et 43 dudit rapport.

La Suède a été en mesure de transmettre les données corrigées suivantes concernant :

• Les demandes de reconnaissance et les cas reconnus de maladies professionnelles de 2005 à 2009

SUÈDE - Demandes de reconnaissance et cas reconnus (2005-2009)		
Année	Demandes de reconnaissance	Cas reconnus
2005	15 515	3 974
2006	15 568	3 482
2007	13 927	3 333
2008	6 175	1 764
2009	5 820	1 873

Försäkringskassan, l'organisme assureur contre les maladies professionnelles, précise que le nombre de demandes de reconnaissance correspond à la somme des cas rejetés et des cas reconnus sur une année donnée. Ce nombre n'est donc pas complètement comparable avec celui de demandes de reconnaissance au sens de dossiers soumis aux fins de reconnaissance à l'organisme assureur.

Försäkringskassan explique également que les années 2005 à 2007 se caractérisent par l'instruction d'un grand nombre de dossiers en retard. Les chiffres des années suivantes reflètent davantage la réalité des maladies professionnelles en Suède.

• Les 5 maladies professionnelles les plus fréquentes en 2009 :

SUÈDE - Demandes de reconnaissance (2009)	
Type de pathologie	Demandes de reconnaissance
Troubles musculosquelettiques	2 521
Troubles psychosociaux	648
Surdités	422
Maladies respiratoires	182
Maladies du système circulatoire	140

SUÈDE - Cas reconnus (2009)	
Type de pathologie	Nombre de cas reconnus
Troubles musculosquelettiques	556
Surdités	293
Troubles psychosociaux	111
Empoisonnement et autres causes	70
Maladies respiratoires	61

---

# Sommaire

---

<b>Introduction</b>	<b>3</b>
<b>Remarques préalables</b>	<b>5</b>
<b>1<sup>re</sup> partie : Les maladies professionnelles en 2006 - éléments chiffrés</b>	<b>7</b>
1.1 Les demandes de reconnaissance	
1.2 Les cas reconnus	
1.3 Les taux de reconnaissance	
<b>2<sup>e</sup> partie : Évolution des maladies professionnelles entre 1990 et 2006</b>	<b>13</b>
2.1 Les pays dans lesquels on constate une tendance à la baisse (Allemagne, Belgique, Finlande, Suisse)	
2.2 Les pays relativement stables (Autriche, Danemark, Italie, Suède)	
2.3 Les pays dans lesquels on constate une tendance à la hausse (Espagne, France, Luxembourg, Portugal)	
<b>3<sup>e</sup> partie : Les maladies professionnelles les plus fréquentes</b>	<b>17</b>
3.1 Vue d'ensemble	
3.2 Les troubles musculosquelettiques	
Le syndrome du canal carpien	
Les bursites	
Les ténosynovites	
Les épicondylites	
Les méniscopepathies	
Les lombalgies	
3.3 Les surdités	
3.4 Les maladies de la peau	
3.5 Les maladies causées par l'amiante	
<b>4<sup>e</sup> partie : Actualité juridique 2002-2008 sur les maladies professionnelles</b>	<b>33</b>
4.1 Les réformes générales de l'assurance	
4.2 Les modifications de listes nationales de maladies professionnelles	
4.3 L'indemnisation des maladies professionnelles	
4.4 Les études, recherches ou actions concernant des pathologies spécifiques	
<b>Annexes</b>	<b>39</b>
Annexe 1 : Population assurée par les organismes participant à l'étude	
Annexe 2 : Données chiffrées par pays	
Annexe 3 : Les maladies professionnelles les plus fréquentes 2000-2006 (demandes de reconnaissance et cas reconnus)	



# Introduction

En septembre 1998, le Forum européen de l'assurance accidents du travail-maladies professionnelles<sup>1</sup> a constitué en son sein un groupe de travail, coordonné par EUROGIP<sup>2</sup>, composé de juristes et de médecins issus des organismes d'assurance de plusieurs pays européens. Si la mission initiale de ce groupe a été de rassembler et de comparer les statistiques nationales relatives aux maladies professionnelles, il s'est par la suite employé à travailler sur des thèmes plus spécifiques. C'est ainsi qu'à ce jour ont été publiés les rapports suivants :

*Les maladies professionnelles en Europe - étude comparative sur 13 pays : procédures et conditions de déclaration, reconnaissance et réparation (septembre 2000)*

*Les maladies professionnelles dans 15 pays européens - les chiffres 1990-2000 - l'actualité juridique 1999-2002 (décembre 2002)*

*État des lieux sur les cancers professionnels en Europe (décembre 2002)*

*Enquête sur la sous-déclaration des maladies professionnelles en Europe (décembre 2002)*

*Lombalgie et asthme allergique : deux études de cas au niveau européen (décembre 2002)*

*Pathologies psychiques liées au travail : quelle reconnaissance en Europe ? (février 2004)*

*Les maladies professionnelles liées à l'amiante en Europe - Reconnaissance - chiffres - dispositifs spécifiques (mars 2006)*

Le présent rapport, qui couvre 13 pays, est une mise à jour du rapport de 2002 sur les statistiques et l'actualité juridique et pratique relative aux maladies professionnelles en Europe. Pour l'exploitation des données statistiques mises à disposition par les différents organismes nationaux d'assurance contre

1. Créé en juin 1992, le Forum européen de l'assurance accidents du travail - maladies professionnelles s'est donné pour objectif de promouvoir le concept d'une assurance spécifique contre les risques professionnels. En juin 2008, dix-huit pays - et vingt et un organismes - y sont représentés. Pour en savoir plus : [www.europeanforum.org](http://www.europeanforum.org)  
2. EUROGIP est un groupement d'intérêt public de la Sécurité sociale française, créé en 1991 pour travailler sur le thème des risques professionnels en Europe. Pour en savoir plus : [www.eurogip.fr](http://www.eurogip.fr)

les maladies professionnelles, deux approches ont été successivement adoptées.

L'approche comparative permet de mesurer, à une date donnée, l'incidence des maladies professionnelles dans l'ensemble des pays couverts par l'étude, à population assurée comparable (1<sup>re</sup> partie).

L'approche évolutive récapitule les statistiques disponibles dans chaque pays sur une large période (1990-2006), ce qui permet d'apprécier les tendances à la hausse ou à la baisse du nombre de maladies professionnelles sur les quinze dernières années (2<sup>e</sup> partie).

Ce traitement des statistiques globales est ensuite complété par une analyse des pathologies les plus fréquentes dans l'ensemble des pays participant à l'étude (3<sup>e</sup> partie).

Un point sur les réformes récentes ou évolutions réglementaires significatives intervenues dans le domaine des maladies professionnelles vient conclure ce rapport (4<sup>e</sup> partie).

## Ont participé à cette étude :

**Allemagne** / Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (DGUV, anciennement HVBG) - Andreas Kranig - Heinz Otten

**Autriche** / Allgemeine Unfallversicherungsanstalt (AUVA) - Peter Pils

**Belgique** / Fonds des maladies professionnelles (FMP) - Patrick Strauss

**Danemark** / Arbejdsskadestyrelsen/National Board of Industrial Injuries - Lars Hog Jensen

**Espagne** / Asociación de mutuas de accidentados de trabajo (AMAT) - Carmen Escalante - Javier Trallero Vilar

**Finlande** / Tapaturmavakuutuslaitosten Liitto (TVL)/Federation of Accident Insurance Institutions (FAII) - Mika Mänttari

**France** / Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) - Direction des risques professionnels - Ellen Cadi - Florence Cordenner - Virginie Fourmont

**Italie** / Istituto Nazionale per l'Assicurazione contro gli Infortuni sul Lavoro (INAIL) - Roberto Pianigiani

**Luxembourg** / Association d'assurance contre les accidents (AAA) - Claude Rumé

**Pays-Bas** / Nederlands Centrum voor Beroepsziekten (NCvB) - Gert van der Laan

**Portugal** / Centro Nacional de Protecção contra os Riscos Profissionais (CNPRP) - Fatima Ventura

**Suède** / Försäkringskassan - Monica Svanholm

**Suisse** / Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (Suva) - Philippe Calatayud

Coordination des travaux : Eurogip - Christine Kieffer



## Remarques préalables

Il convient d'attirer l'attention du lecteur sur les difficultés de l'exercice de comparaison entre les statistiques nationales. En effet, les systèmes de reconnaissance (et notamment le contenu des listes nationales de maladies professionnelles) et de prise en charge des maladies professionnelles diffèrent sensiblement d'un pays à l'autre. Ces divergences constituent autant d'explications aux disparités statistiques constatées.

Cette étude couvre les pays européens suivants : **l'Allemagne, l'Autriche, la Belgique, le Danemark, l'Espagne, la Finlande, la France, l'Italie, le Luxembourg, les Pays-Bas, le Portugal, la Suède et la Suisse.**

Toutefois, la complétude, voire parfois la fiabilité des informations statistiques, peuvent se révéler inégales entre les pays, notamment en raison de l'indisponibilité de certaines données. De plus, les caractéristiques assurantielles de certains pays rendent difficile la comparaison de leurs statistiques avec celles des autres pays.

Ainsi, le système statistique espagnol ne permet pas de comptabiliser le nombre de demandes de reconnaissance en maladie professionnelle.

En **Finlande**, la Fédération des organismes d'assurance accident (*Federation of Accident Insurance Institutions*)

réorganise en profondeur, depuis quelques années, son dispositif d'enregistrement statistique, de sorte qu'il n'est actuellement pas possible d'obtenir des données sur le nombre de cas reconnus de maladies professionnelles comparables avec celles des années 1990-2000. A défaut, des données statistiques de l'Institut finlandais de la santé au travail (*Finnish Institute of Occupational Health*) ont été exploitées dans cette étude.

Les statistiques du **Luxembourg** sont difficilement comparables avec celles des autres pays de l'Union européenne, d'une part parce que la population assurée est peu nombreuse, ce qui peut provoquer des évolutions statistiques erratiques pour des écarts faibles en valeur absolue. D'autre part parce qu'une partie très importante de la population salariée est occupée dans le secteur tertiaire, ce qui explique qu'il y ait proportionnellement moins de maladies professionnelles que dans les autres pays.

Il convient par ailleurs de préciser que les **Pays-Bas** ne disposant pas d'une assurance spécifique contre les accidents du travail et les maladies professionnelles, la plupart des statistiques comparatives de ce rapport ne couvrent pas ce pays. Les chiffres communiqués correspondent aux cas de pathologies déclarés au Centre néerlandais des maladies professionnelles (*Nederlands Centrum voor Beroepsziekten, NCVB*) dont l'origine professionnelle est soupçonnée.



# Les maladies professionnelles en 2006 - éléments chiffrés

Cette partie a pour objectif de présenter de manière comparée les principales données portant sur les demandes de reconnaissance de maladies professionnelles et les cas reconnus dans les différents pays observés.

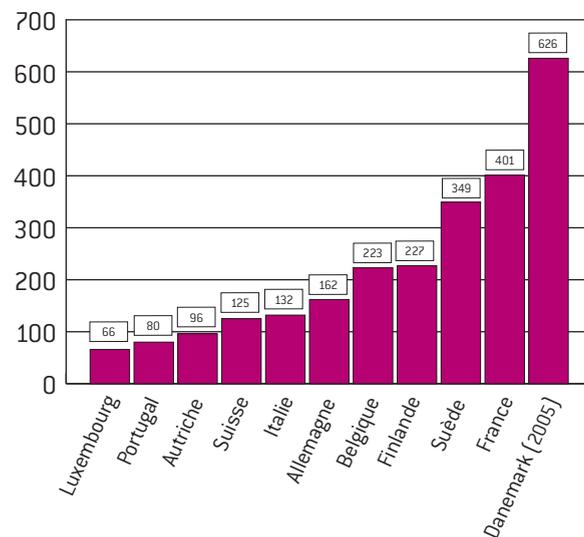
Pour comparer les pays entre eux, indépendamment du nombre d'assurés, les demandes de reconnaissance sont exprimées ci-dessous sous forme d'un ratio pour 100 000 assurés<sup>3</sup>.

## 1.1 - Les demandes de reconnaissance

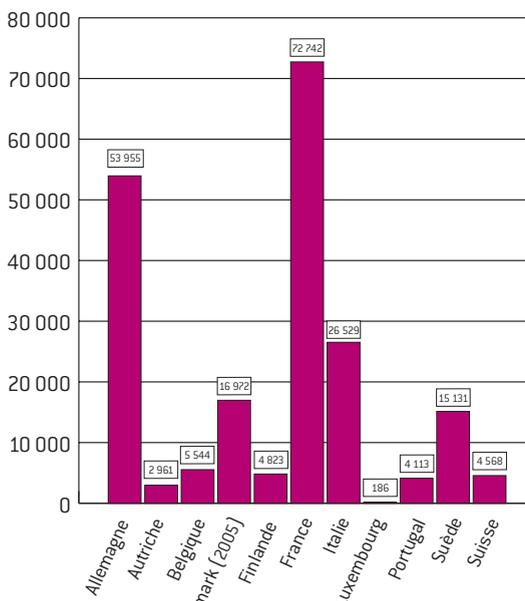
La demande de reconnaissance est la procédure effectuée auprès de l'organisme d'assurance contre les maladies professionnelles qui vise à faire reconnaître le caractère professionnel d'une pathologie afin d'ouvrir des droits à la victime (ou à ses ayants droit), et notamment le versement de prestations.

Dans la plupart des pays européens, cette procédure de demande de reconnaissance est à distinguer de la procédure de déclaration des maladies dont on soupçonne une origine professionnelle et qui pèse sur certains acteurs (par exemple sur les professionnels de santé). Cette dernière vise essentiellement à évaluer de manière empirique l'existence de maladies liées au travail indépendamment de considérations d'assurance.

Nombre de demandes de reconnaissance pour 100 000 assurés - 2006



Nombre de demandes de reconnaissance - 2006



(Données indisponibles pour l'Espagne)

On constate un écart de 1 à 8 entre le pays dans lequel le nombre de demandes de reconnaissance est le plus faible (le **Luxembourg**) et celui où il est le plus élevé (le **Danemark**).

Même si ces disparités sont difficiles à interpréter, plusieurs facteurs ont été identifiés comme pouvant influencer sur le nombre de demandes de reconnaissance enregistrées.

### Le caractère plus ou moins ouvert de la procédure de demande de reconnaissance

Les acteurs qui déclenchent la procédure peuvent différer selon le pays.

3. Le nombre de personnes assurées, utilisé pour le calcul de ce ratio, correspond à la population assurée durant l'année considérée par l'organisme principal ou national d'assurance contre les maladies professionnelles de chaque pays couvert par l'étude, sachant que cela ne recouvre pas nécessairement les mêmes catégories de travailleurs dans tous les pays (voir Annexe 1).

En **Italie** et en **Suisse**, c'est à l'employeur qu'incombe la demande de reconnaissance auprès de l'organisme d'assurance.

En **Belgique**, en **France**, au **Portugal** et en **Suède**, seule la victime est compétente pour cette démarche.

Dans d'autres pays, la procédure est ouverte à plusieurs personnes : le médecin et la victime au **Danemark** (le médecin/dentiste est obligé de faire la demande de reconnaissance tandis que la victime en a le droit ; cette dernière a également la responsabilité de rappeler au médecin son obligation) ; en **Allemagne**, en **Autriche** et en **Finlande**, les différents acteurs cités ci-dessus peuvent effectuer la demande de reconnaissance, même si le médecin est à l'origine de la plus grande partie des procédures.

Il semble toutefois, au regard des ratios obtenus, que ce premier facteur ait peu d'impact sur le volume des demandes de reconnaissance.

### La publicité du système

Il est certain que plus le système d'assurance des maladies professionnelles est connu des médecins et du grand public, plus les demandes de reconnaissance dans un pays sont nombreuses. Le **Danemark** explique ainsi le ratio très élevé constaté.

#### Le cas particulier des Pays-Bas

Aux Pays-Bas, il n'existe plus d'assurance spécifique contre les risques professionnels depuis 1967. Toutefois, des données statistiques sur les maladies professionnelles existent dans la mesure où le ministère des Affaires sociales et de l'Emploi confie au Centre néerlandais des maladies professionnelles (*Nederlands Centrum voor Beroepsziekten*) la tenue d'un certain nombre de registres de maladies soupçonnées d'être d'origine professionnelle, afin de mesurer l'incidence et la dissémination de ces pathologies sur le territoire. Le plus important d'entre eux est le Registre national des maladies professionnelles. Il existe une obligation légale depuis 1999 pour les services de santé au travail et depuis 2005 pour les médecins du travail de déclarer les pathologies soupçonnées d'être professionnelles. Le principal objectif est de rassembler l'information nécessaire à la définition de politiques appropriées de prévention des maladies professionnelles. En 2007, on décomptait 5 974 déclarations (dont 95% par voie électronique) pour 7 100 000 travailleurs. Le ratio de 84 déclarations pour 100 000 travailleurs n'est pas comparable avec les ratios de demandes de reconnaissance des autres pays participant à l'étude car les pathologies enregistrées aux Pays-Bas ne le sont qu'à des fins de prévention et non d'indemnisation.

S'agissant des médecins, il existe dans tous les pays une obligation de déclarer une maladie dont on soupçonne l'origine professionnelle à une instance nationale désignée (déclaration qui ne vaut pas partout demande de reconnaissance) ; encore faut-il que le médecin généraliste soit sensibilisé à la possible origine professionnelle de la pathologie et connaisse la procédure à suivre. S'agissant du grand public, les médias portent de plus en plus d'intérêt aux questions de maladies professionnelles, et des campagnes spécifiques à certaines pathologies sont régulièrement programmées dans certains pays par les organismes d'assurance.

Malgré toutes ces initiatives, tous les pays admettent encore aujourd'hui une forte sous-déclaration des maladies professionnelles<sup>4</sup>.

### L'attractivité de la démarche pour la victime

Même s'il est difficile de mesurer l'impact de ce facteur, on peut avancer que la connaissance précise par la victime de ses chances de voir sa pathologie reconnue comme professionnelle favorise l'initiative de la demande de reconnaissance. Ainsi, le fait que la **France** dispose d'une liste de maladies professionnelles composée de tableaux contenant les critères de reconnaissance n'est certainement pas étranger au fort ratio calculé pour ce pays.

De même, le niveau de l'indemnisation spécifique aux maladies professionnelles<sup>5</sup> encouragera plus ou moins la démarche de demande de reconnaissance.

## 1.2 - Les cas reconnus

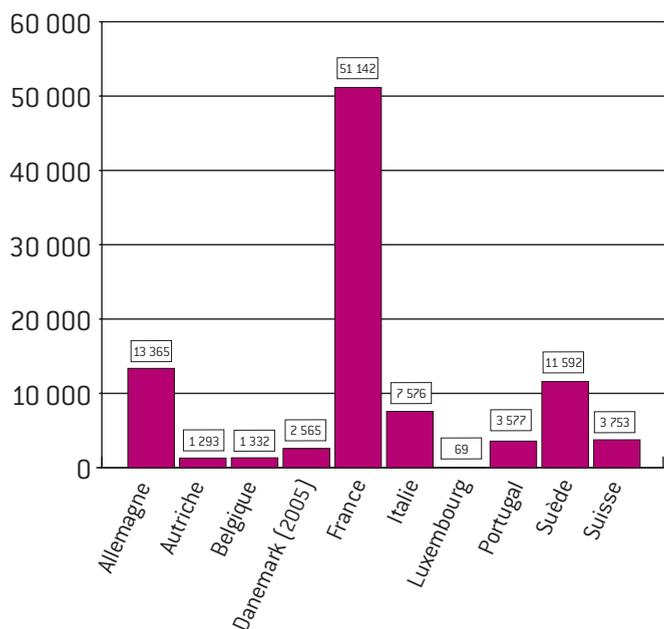
Les données concernant le nombre de cas reconnus de maladies professionnelles correspondent aux cas pour lesquels la décision de reconnaissance par l'organisme d'assurance a été positive en 2006, que cette reconnaissance ait ouvert droit ou non à prestation, et quel qu'ait été le taux d'incapacité attribué à la victime.

Ces données recouvrent les cas reconnus au titre des listes nationales de maladies professionnelles et, le cas échéant, ceux reconnus au titre du système complémentaire. À ce propos, précisons que la **Suède** ne possède qu'un système de la preuve (pas de liste de maladies professionnelles en dehors des maladies infectieuses) et qu'il n'y a pas de système complémentaire en **Espagne**, même si une maladie hors liste peut exceptionnellement être reconnue en tant qu'accident du travail.

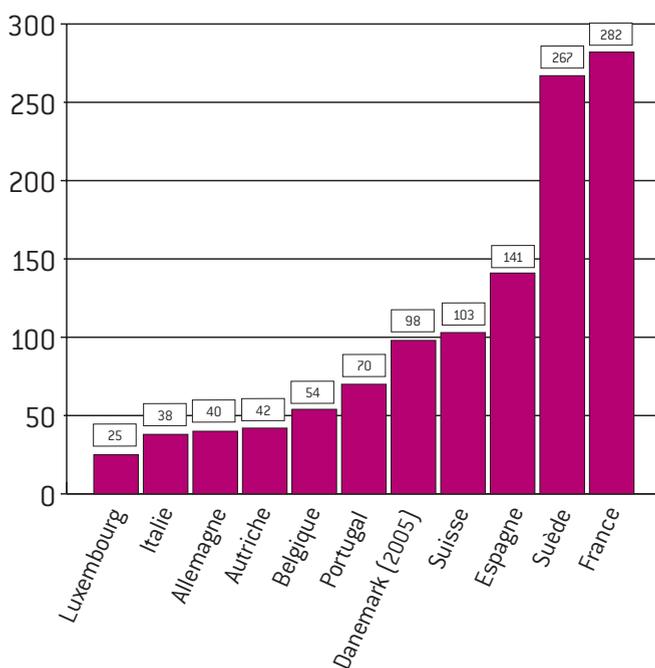
4. Pour en savoir plus : "Enquête sur la sous-déclaration des maladies professionnelles en Europe" (décembre 2002)

5. Pour en savoir plus : "Accidents du travail - maladies professionnelles : réparation forfaitaire ou intégrale ? Enquête européenne sur les modalités d'indemnisation des victimes" (juin 2005)

Cas reconnus - 2006



Maladies professionnelles reconnues pour 100 000 assurés - 2006



L'écart relatif aux maladies professionnelles reconnues pour 100 000 assurés est, là aussi, important entre les pays qui, à population assurée comparable, reconnaissent le plus de maladies professionnelles (la **France** et la **Suède**) et ceux qui en reconnaissent le moins (le **Luxembourg**, l'**Italie**, l'**Allemagne**, l'**Autriche** et la **Belgique**).

Ce sont incontestablement des raisons d'ordre juridique qui expliquent ces disparités.

### Le contenu des listes et les critères légaux de reconnaissance

La plupart des cas reconnus dans un pays le sont au titre de la liste nationale de maladies professionnelles (sauf en **Suède** où il n'existe pas de liste mais un système unique de la preuve). Le système complémentaire (dans le cadre duquel la victime doit elle-même prouver l'origine professionnelle de sa pathologie) ne représente en effet que 1% à 10% au maximum des reconnaissances selon le pays considéré.

La teneur de la liste d'une part, les critères légaux appliqués par l'organisme d'assurance d'autre part, sont donc les facteurs qui vont déterminer le volume de cas reconnus dans un pays. Or ces listes et ces critères diffèrent sensiblement en Europe puisqu'il n'existe aucune réglementation communautaire contraignante<sup>6</sup> en la matière. Certes, des pathologies liées à des expositions spécifiques sont unanimement reconnues comme étant d'origine professionnelle et font donc l'objet de conditions de reconnaissance relativement homogènes en Europe ; c'est le cas notamment des pathologies liées à l'amiante (à l'exception des plaques pleurales)<sup>7</sup>.

Mais d'autres maladies très importantes en termes de volume ne font pas consensus. On constate ainsi que les pays qui reconnaissent le plus de maladies professionnelles sont aussi ceux qui reconnaissent le plus les troubles musculosquelettiques (TMS) : la **France**, l'**Espagne**, et dans une moindre mesure la **Suède**. Inversement, ceux qui affichent un ratio de reconnaissance peu élevé sont souvent ceux dans lesquels peu de TMS sont susceptibles d'être reconnus (l'**Allemagne** et l'**Autriche**). La suite de l'étude tend à confirmer ce rôle prépondérant des TMS dans les niveaux de reconnaissance des maladies professionnelles. Bien entendu, on constate l'existence de disparités en termes de possibilité de reconnaissance pour d'autres pathologies que les TMS, mais dans une moindre mesure, et donc avec un impact moins important sur les ratios.

### Autres conditions légales liées à la reconnaissance

Au-delà des critères juridiques propres à la reconnaissance de chaque pathologie, il existe dans certains pays des conditions de reconnaissance plus ou moins restrictives applicables à l'ensemble des maladies professionnelles, qui peuvent influencer sur le volume total de pathologies reconnues.

Dans presque tous les pays, la reconnaissance du caractère professionnel d'une maladie est principalement basée sur un système de liste. Si la maladie ou la substance qui la

6. La liste européenne des maladies professionnelles (Recommandation de la Commission européenne du 19 septembre 2003) n'a qu'une valeur indicative.

7. Pour en savoir plus : "Les maladies professionnelles liées à l'amiante en Europe. Reconnaissance - Chiffres - Dispositifs spécifiques" (mars 2006)

provoque est inscrite sur la liste nationale, la démarche de reconnaissance sera facilitée pour la victime, dans la mesure où ce sera à l'organisme d'assurance d'établir si la pathologie est d'origine professionnelle ou pas, et non à la victime d'en apporter la preuve. On peut donc parler d'une certaine présomption que confère cette liste. Or en fonction de la réglementation nationale et de la manière dont est construite la liste, la force de cette présomption varie selon les pays.

La **France** est un pays où la liste confère une présomption d'origine professionnelle très forte, ce qui expliquerait en partie le premier rang que ce pays occupe dans le classement des pays reconnaissant le plus de maladies professionnelles. En effet, si les conditions contenues dans la liste sont remplies (à savoir la désignation de la maladie et les éventuels examens médicaux correspondants, le délai de prise en charge et les travaux susceptibles de provoquer cette maladie), la reconnaissance du caractère professionnel de la pathologie est automatique. Il est vrai que l'organisme d'assurance français peut toujours apporter la preuve contraire en établissant que la maladie est absolument indépendante de l'activité professionnelle dès lors qu'il démontre la cause extraprofessionnelle de la pathologie, mais cette démarche est très rarement engagée.

Dans les autres pays, les listes sont souvent moins précises, et l'organisme d'assurance enquêtera davantage au cas par cas sur la possible origine professionnelle de la pathologie.

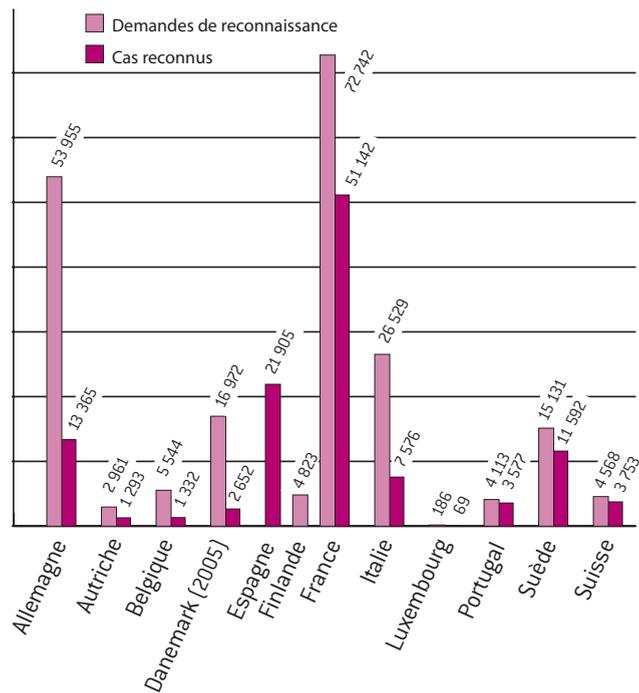
Ainsi, en **Suisse** où la liste consiste en une énumération de substances nocives puis de quelques pathologies génériques, l'assureur recherche pour chaque demande si parmi les causes possibles de la maladie l'exposition professionnelle est la cause prépondérante (à plus de 50%).

Il convient enfin de signaler une particularité propre à l'**Allemagne** et au **Luxembourg**. Pour certaines maladies fréquemment déclarées telles que les dermatoses ou les maladies obstructives des voies respiratoires, la réglementation exige que la gravité de la pathologie soit telle que l'assuré soit contraint d'abandonner toute activité dangereuse. A défaut, les prestations de l'assurance contre les maladies professionnelles se limitent à des mesures préventives (y compris des mesures de protection médicales requises pour une insertion professionnelle). De telles prestations sont fréquemment versées. Ces mesures préventives permettent d'éviter que la maladie causée par le travail n'atteigne le degré de gravité qui entraîne la cessation de l'activité professionnelle ; mais ces situations ne sont pas formellement reconnues comme des maladies professionnelles et n'apparaissent donc pas dans les statistiques. En 2006, elles représentaient en **Allemagne** 8 489 cas (contre 13 365 cas de maladies professionnelles formellement reconnues).

### 1.3 - Les taux de reconnaissance

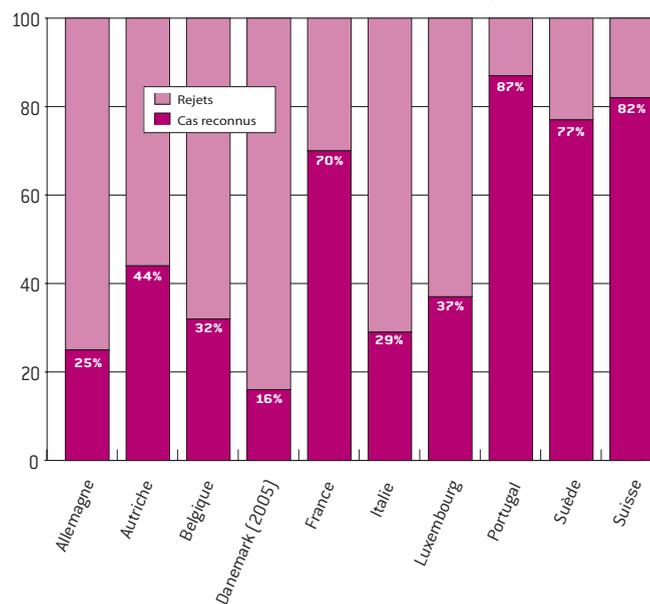
Le taux de reconnaissance est calculé en rapportant le nombre de cas reconnus au nombre de demandes de reconnaissance sur une même période<sup>8</sup>.

**Demands de reconnaissance et cas reconnus - 2006**



En pratique, un cas reconnu une année donnée ne correspond pas toujours à une demande de reconnaissance soumise cette même année à l'organisme d'assurance (en raison des délais d'instruction des demandes). Toutefois, le taux calculé est considéré comme un indicateur fiable dans la mesure où cet effet report d'une année sur l'autre a lieu à chaque exercice.

**Taux de reconnaissance - 2006**



8. Pour améliorer la comparabilité des données de ce rapport, la même méthode a été retenue pour le calcul des taux de reconnaissance pour tous les pays (les méthodes nationales peuvent diverger).

Les taux de reconnaissance calculés précédemment varient de 16 % au **Danemark** à 87 % au **Portugal**.

On observe que dans quatre pays (**Portugal, Suisse, France et Suède**), plus de la moitié des demandes aboutissent à une reconnaissance en maladie professionnelle.

Le taux de reconnaissance se situe entre 25% et 44% en **Allemagne, Italie, Belgique, Luxembourg et Autriche**.

Il n'est que de 16% au **Danemark**, mais il faut rappeler que ce pays est aussi celui où les demandes de reconnaissance sont les plus nombreuses proportionnellement à la population assurée.

### L'évolution du taux de reconnaissance sur une longue période

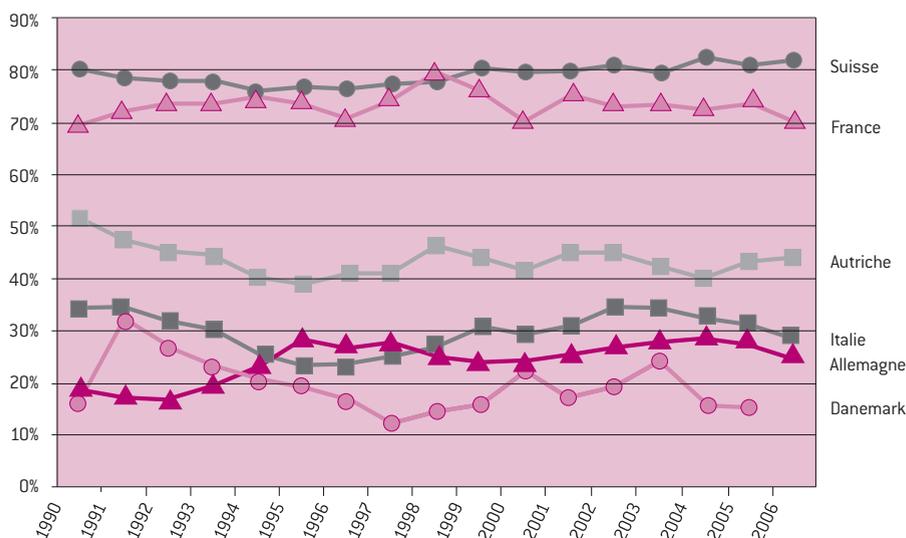
Si l'on observe ce taux de reconnaissance sur une longue période (voir également les tableaux par pays de l'Annexe 2), on constate qu'il est relativement stable en **Allemagne, Autriche, Danemark, France, Italie et Suisse**.

Le taux de reconnaissance a en revanche subi une forte baisse en **Suède** entre 1990 et 1995, une baisse plus tendancielle en **Belgique** sur toute la période 1995-2006, et une forte hausse au **Portugal** depuis 2004. Le cas du **Luxembourg** est particulier dans la mesure où les volumes sont trop faibles pour tirer des conclusions sur les variations constatées.

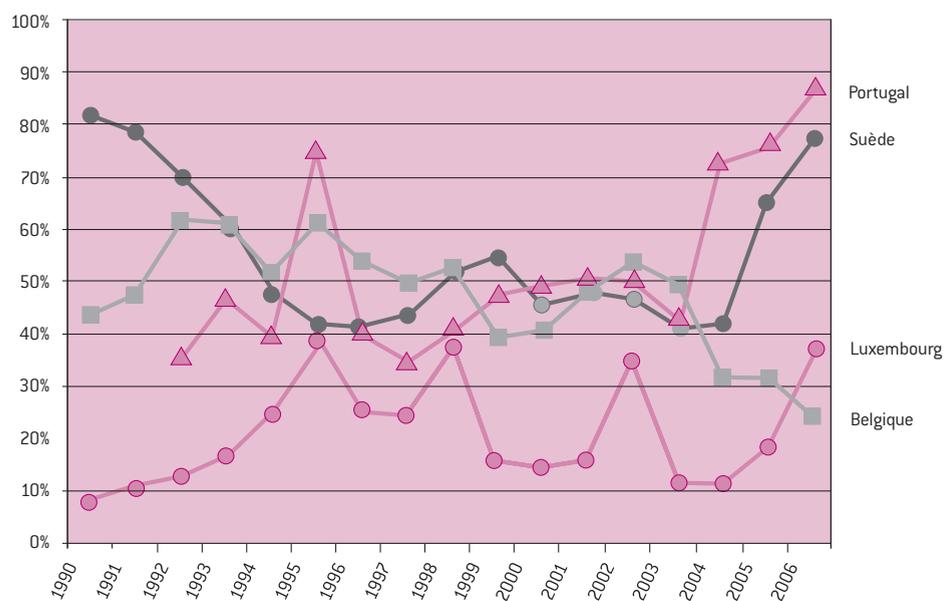
Les explications de ces évolutions peuvent être les mêmes que celles sur l'évolution des demandes de reconnaissance et des cas reconnus (voir 2<sup>e</sup> partie).

Il convient de préciser que ces taux de reconnaissance globaux peuvent couvrir de grandes disparités au sein d'un même pays selon la pathologie considérée. Ainsi, les tableaux de l'Annexe 3 (maladies professionnelles les plus fréquentes) montrent que certaines pathologies ont un taux de reconnaissance très élevé, tandis que d'autres qui font l'objet d'un grand nombre de demandes de reconnaissance ne se retrouvent pas dans les pathologies les plus reconnues.

Pays dans lesquels l'évolution du taux de reconnaissance 1990-2006 est stable



**Pays dans lesquels l'évolution du taux de reconnaissance 1990-2006 n'est pas stable**



# Évolution des maladies professionnelles entre 1990 et 2006

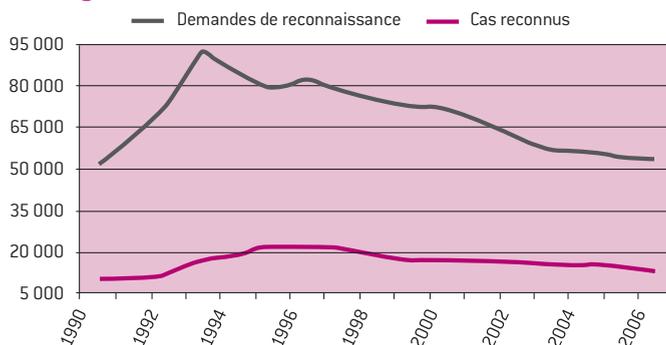
Certains pays font apparaître une relative stabilité du nombre de demandes de reconnaissance et de cas reconnus, d'autres en revanche enregistrent des évolutions significatives. Les pays ont été répartis en trois groupes selon la tendance observée ces dernières années.

## 2.1 - Les pays dans lesquels on constate une tendance à la baisse (Allemagne, Belgique, Finlande, Suisse)

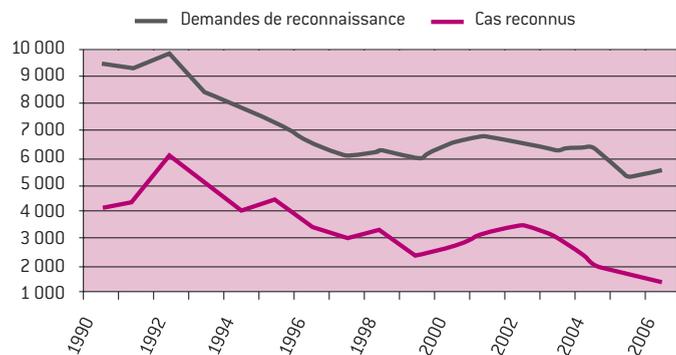
Ces pays expliquent que le nombre de maladies professionnelles diminue régulièrement car les risques traditionnels liés au travail sont de moins en moins nombreux, ce pour deux raisons :

- les efforts de prévention des risques traditionnels ont porté leurs fruits, qu'il s'agisse de réglementations plus exigeantes ou de pratiques plus efficaces (meilleure surveillance médicale dans les entreprises) ;
- certaines activités industrielles se sont raréfiées voire ont disparu (fermeture des mines de charbon et de houille, réduction des effectifs dans la sidérurgie) pour laisser place à des activités de type plus intellectuel ; or les pathologies provoquées par ces anciens métiers particulièrement dangereux ne sont pas remplacées en nombre par celles susceptibles d'être causées par le travail dans le secteur tertiaire (lombalgies, maladies psychiques).

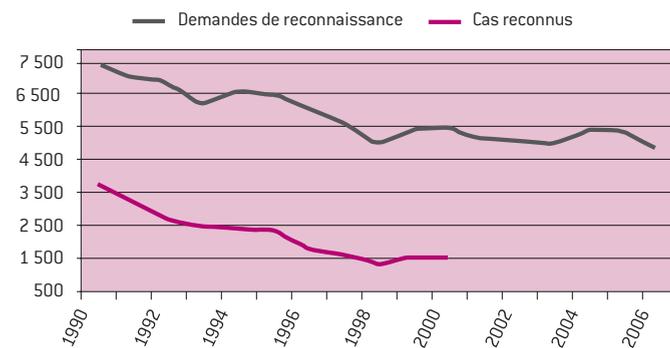
### Allemagne



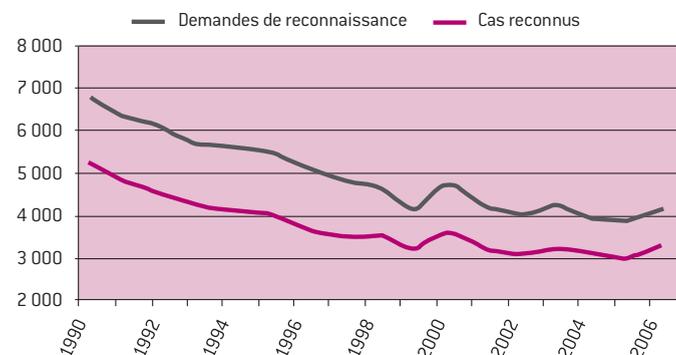
### Belgique



### Finlande<sup>9</sup>



### Suisse



9. En Finlande, la Fédération des organismes d'assurance accident (FAII) réorganise en profondeur, depuis quelques années, son dispositif d'enregistrement statistique, de sorte qu'il n'est actuellement pas possible d'obtenir des données sur le nombre de cas reconnus de maladies professionnelles comparables avec celles des années 1990-2000.

## Quelques précisions par pays

### Allemagne

La baisse du nombre de maladies professionnelles n'a en réalité commencé qu'à partir de la seconde moitié de la décennie 1990.

De 1990 à 1993, le nombre de demandes de reconnaissance a au contraire fortement augmenté suite à la réunification de l'Allemagne en 1990, en raison de l'afflux de déclarations de maladies liées aux rayonnements ionisants faites par d'anciens employés des mines d'uranium de Thuringe et de Saxe. Cette augmentation s'explique également par l'introduction sur la liste des maladies professionnelles en 1992 des affections de la colonne vertébrale, qui constituent depuis la troisième pathologie la plus déclarée en Allemagne.

De même, le nombre de maladies reconnues a doublé entre 1990 et 1996, essentiellement suite à une décision de la Cour fédérale d'arbitrage social qui a entraîné une modification de la pratique de reconnaissance : jusqu'en 1992, seules les affections qui nécessitaient un traitement médical ou donnaient droit à une rente (ce qui implique dans ce pays une diminution de la capacité de travail d'au moins 20%) étaient reconnues comme maladies professionnelles. Depuis, cette condition n'est plus nécessaire, et des pathologies telles que la surdité due au bruit, l'asbestose et la silicose - même si la plupart du temps elles ne nécessitent pas de soins médicaux spécifiques et n'entraînent pas d'incapacité importante - peuvent être reconnues comme maladies professionnelles<sup>10</sup>.

### Suisse

La tendance régulière et constante à la baisse constatée durant les années 1990-2000 se confirme, même si, de fait, elle se stabilise quelque peu. Cette baisse concerne avant tout les affections relevant de la traumatologie (appareil locomoteur), car celles relevant des domaines chimiques et biologiques n'ont que peu varié, voire affichent une tendance inverse à la hausse (en particulier les maladies causées par l'amiante dont on attend un pic vers 2015).

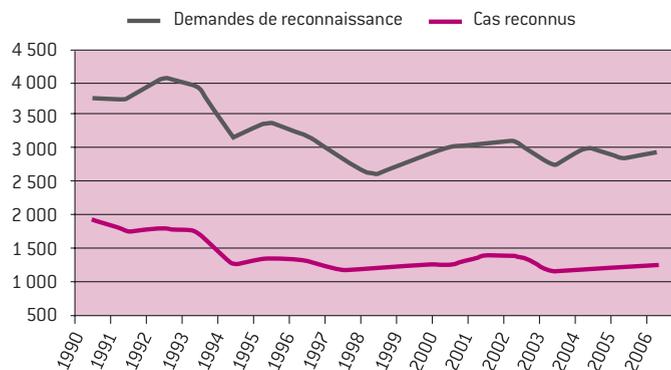
  cela s'ajoute le fait que certaines affections spécifiques (par exemple le syndrome du tunnel carpien, les épicondylites, les lombalgies), susceptibles de peser fortement et de plus en plus sur les statistiques, ne sont reconnues comme maladies professionnelles que de façon très restrictive dans ce pays.

10. La reconnaissance de ces maladies garantit à l'assuré le versement de prestations par l'assurance contre les risques professionnels si par la suite un traitement médical s'avère nécessaire ou lorsque sa capacité de travail est fortement diminuée. En cas d'aggravation de sa maladie, l'assuré peut déposer une demande auprès de l'assurance accident ; dans de nombreux cas, son état de santé fera l'objet d'une surveillance médicale régulière.

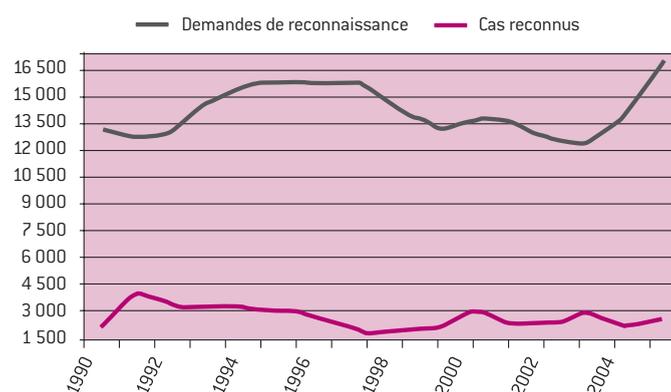
## 2.2 - Les pays relativement stables (Autriche, Danemark, Italie, Suède)

Si les pays représentés ci-dessous montrent une relative stabilité des demandes de reconnaissance et des cas reconnus sur les dernières années, cela n'a pas toujours été le cas. Et des effets statistiques sont attendus dans les pays où la liste des maladies professionnelles a été profondément modifiée récemment.

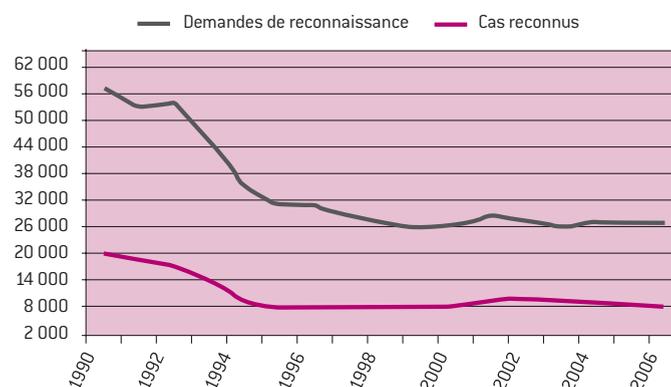
### Autriche



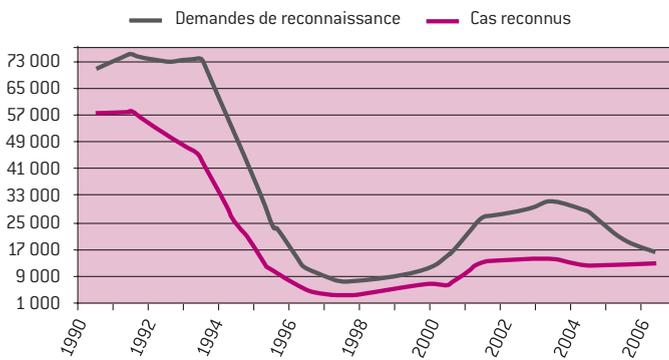
### Danemark



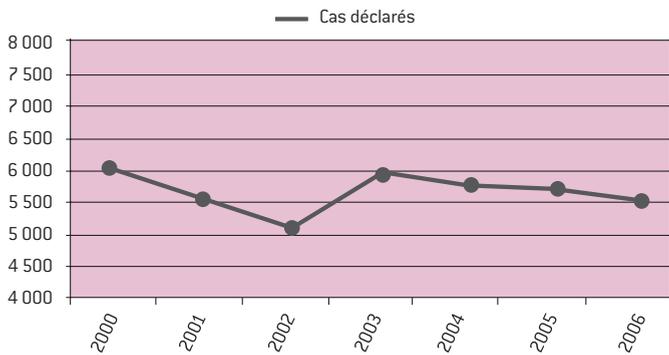
### Italie



## Suède



## Pays-Bas



## Quelques précisions par pays

### Danemark

Le nombre de maladies professionnelles, jusqu'à présent relativement stable dans ce pays, est appelé à augmenter dans la mesure où l'un des objectifs de la réforme de l'indemnisation des travailleurs adoptée en 2003, et qui prévoyait l'adoption d'une nouvelle liste de maladies professionnelles, est précisément de permettre la reconnaissance d'un quart des cas déclarés ; rappelons que le Danemark est de loin le pays européen qui compte le plus grand nombre de demandes de reconnaissance avec 626 requêtes pour 100 000 assurés. Des projections statistiques établissent qu'environ 1 000 cas supplémentaires de maladies professionnelles pourront être reconnus chaque année. La réforme n'étant entrée en vigueur qu'en 2005 pour les maladies professionnelles, les premiers effets statistiques significatifs sont attendus sur les années 2006 ou 2007 (ces données statistiques ne sont pas encore disponibles pour ce pays). Le nombre de demandes de reconnaissance a déjà commencé à augmenter fortement en 2005.

### Italie

Avant d'afficher une stabilité du nombre de ses maladies professionnelles, l'Italie a connu une période de forte décroissance entre 1990 et 1994 (surtout pour les demandes de reconnaissance). Cette baisse résultait de

la diminution du nombre de cas de maladies répertoriées dans la liste qui sont, pour la plupart, liées à des types d'activités bien caractérisées et pour lesquelles des mesures de prévention ont été prises, ou qui avaient tendance à disparaître (exemple de la silicose contractée en travaillant dans les mines). En revanche, le nombre de demandes de reconnaissance de maladies hors liste liées à de nouveaux risques professionnels était en augmentation.

Pour l'avenir, il est probable que la récente entrée en vigueur de la nouvelle liste de maladies professionnelles<sup>11</sup>, qui fait passer le nombre de pathologies inscrites de 58 à 85 (essentiellement des TMS), aura pour conséquence une hausse progressive du nombre de demandes de reconnaissance et de cas reconnus.

### Suède

Le nombre de cas reconnus est stable depuis 2001. Mais durant la décennie 1990-2000, la Suède a connu une situation très contrastée avec un net inversement de tendance : de 1993 à 1997, la chute sensible du nombre de demandes de reconnaissance et des cas reconnus a été la conséquence de la réforme du système de reconnaissance et d'indemnisation des maladies liées au travail intervenue en 1993 (mais les actions de prévention et la situation économique ont certainement contribué également à la diminution constatée). La victime ne perçoit en effet plus que les indemnités de l'assurance maladie, sauf dans les cas les plus graves (c'est-à-dire pour incapacité permanente). Le système est, de ce fait, devenu nettement moins incitatif à la déclaration. La réforme de 1993 a en outre renversé la charge de la preuve ; depuis, c'est à la victime de prouver le lien très probable entre sa maladie et son activité professionnelle.

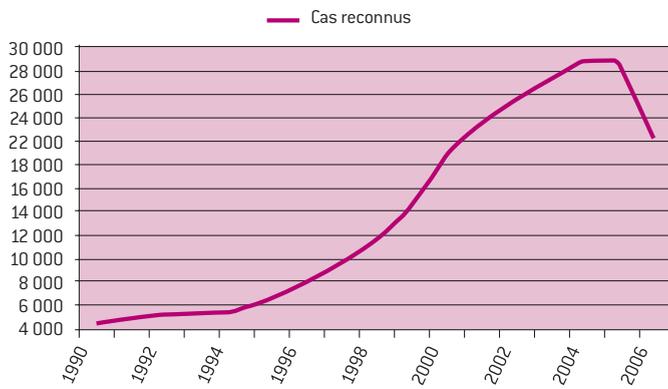
Le nombre de déclarations a ensuite augmenté jusqu'en 2003 tandis que les reconnaissances sont stables depuis 2001.

## 2.3 - Les pays dans lesquels on constate une tendance à la hausse (Espagne, France, Luxembourg, Portugal)

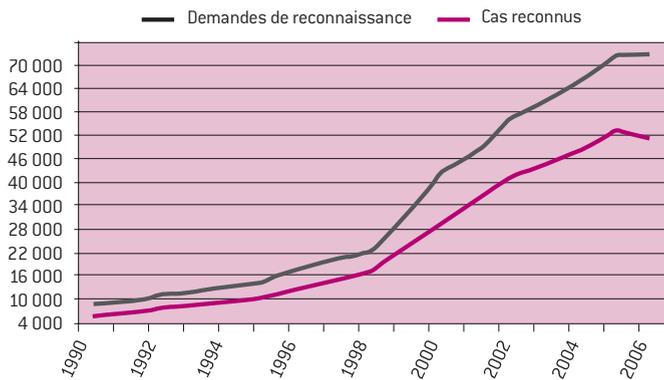
L'Espagne et la France se caractérisent par une hausse régulière et accentuée sur toute la période 1990-2005. Au Portugal, cette augmentation du nombre de maladies professionnelles est observée depuis 1998 seulement, et de façon plus irrégulière. Étant donné la petite taille du Luxembourg et le peu de cas reconnus, les statistiques de ce pays sont difficiles à interpréter.

11. En réalité, deux nouvelles listes de maladies professionnelles ont été adoptées par décret le 1<sup>er</sup> avril 2008 et ont été publiées à la *Gazzetta Ufficiale* le 24 juillet 2008, l'une pour le secteur de l'industrie et des services, l'autre pour le secteur de l'agriculture.

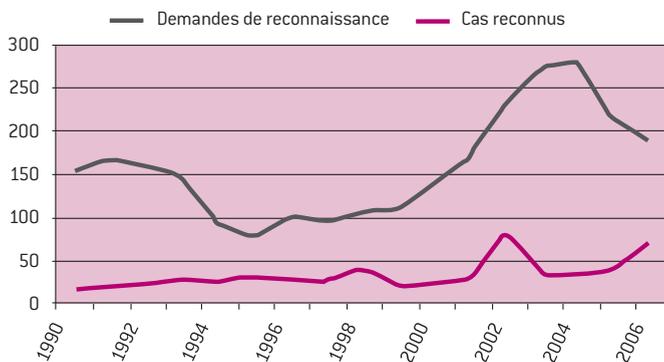
## Espagne



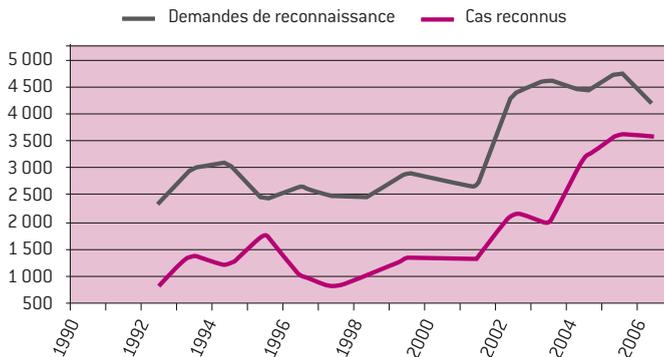
## France



## Luxembourg



## Portugal



Ces pays avancent deux types d'explications à cette tendance à la hausse.

De manière générale, on a assisté durant ces quinze dernières années à une prise de conscience croissante, tant de la part des salariés que des médecins, du lien possible entre l'activité professionnelle et la pathologie. Et les victimes connaissent de mieux en mieux le système de reconnaissance des maladies professionnelles et en revendiquent le bénéfice.

D'autre part et surtout, le contenu des listes de maladies professionnelles et les pratiques de reconnaissance impactent dans ces pays de manière évidente le nombre élevé de cas reconnus et leur évolution exponentielle.

Or le point commun entre ces pays est que les troubles musculosquelettiques (TMS) constituent depuis quelques temps la catégorie de pathologies professionnelles la plus reconnue, et de manière écrasante en ce qui concerne l'Espagne (85% du total des cas) et la France (74% hors lombalgies).

Le nombre de TMS augmente de 10% à 20% par an pendant 10 ans environ (jusqu'en 2005). Plusieurs facteurs peuvent expliquer cette tendance.

Les TMS sont l'exemple des pathologies à causalité partagée, dont les facteurs de risques sont nombreux, professionnels ou non, et parfois controversés en ce qui concerne leur influence respective. De plus, ils bénéficient d'une médiatisation croissante et de nombreuses études ont été publiées sur le sujet.

Par ailleurs, les pays concernés font valoir que dans certaines activités de service en forte augmentation (aides ménagères par exemple), les risques se sont accrus du fait d'un certain nombre de facteurs tels que l'augmentation des cadences de travail. Enfin, on assiste à un vieillissement de la population active ; or un lien fort existe entre TMS et âge des salariés.

Outre le rôle croissant que jouent les TMS, le Portugal considère que certains changements législatifs ont contribué à la tendance à la hausse constatée à partir de la nouvelle loi sur la reconnaissance et l'indemnisation des maladies professionnelles de 1998, mais surtout de 2002. Il faut mentionner l'accord sur les conditions de travail, la santé et sécurité au travail et la prévention des risques professionnels signé en 2001, qui visait l'amélioration de la qualité et de la fiabilité des statistiques, la révision de la liste de maladies professionnelles (une nouvelle liste a été adoptée en mai 2001 et modifiée en juillet 2007) et le renforcement de l'obligation de déclarer tous les cas de maladies professionnelles au CNPRP, l'organe d'assurance ad hoc. Pour ce faire, le CNPRP a diffusé de la publicité à la télévision et sur les ondes radio.

Il convient de signaler par ailleurs que dans les trois pays précités, les chiffres 2006 sont pour la première fois inférieurs à ceux des années précédentes, mais on ne peut pas encore interpréter cette baisse et conclure à un inversement de tendance.

# Les maladies professionnelles les plus fréquentes

## 3.1 - Vue d'ensemble

Le tableau fait apparaître les cinq maladies professionnelles les plus fréquemment reconnues en 2006 par chaque organisme national d'assurance. Les graphiques par pays permettent de mesurer la part des différentes maladies les plus fréquemment reconnues par chaque pays en 2006 (voir aussi Annexe 3) dans le total des maladies professionnelles reconnues dans l'État concerné.

Si une catégorie de pathologies n'apparaît pas dans le graphique d'un pays donné, cela ne signifie pas qu'aucun cas n'a été reconnu, mais seulement qu'elle ne fait pas partie des plus fréquentes. Par ailleurs, les classifications statistiques variant d'un pays à l'autre, on ne peut pas nécessairement retrouver les mêmes catégories de maladies professionnelles sous la même appellation.

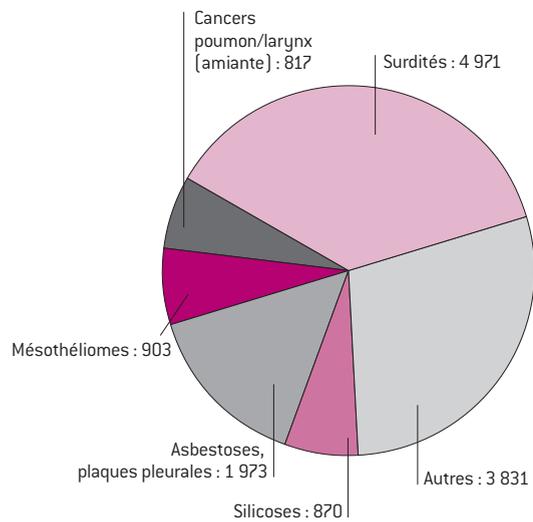
Les 5 maladies les plus fréquemment reconnues en 2006 - Vue d'ensemble

Pays	N° 1	N° 2	N° 3	N° 4	N° 5
<b>Allemagne</b>	Surdités 4 971	Asbestoses et plaques pleurales 1 973	Mésothéliomes 903	Silicoses 870	Cancers poumon/ larynx causés par l'amiante 817
<b>Autriche</b>	Surdités 594	Maladies de la peau 220	Asthmes bronchiques allergiques 109	Maladies respiratoires (produits chimiques) 81	Mésothéliomes 76
<b>Belgique</b>	Atteintes de la fonction des nerfs dues à la pression 292	Maladies de la peau 249	Surdités 234	Maladies causées par l'amiante 180	Affections ostéo-articulaires des membres supérieurs 179
<b>Danemark (2005)</b>	Maladies de la peau 768	TMS 593	Surdités 314	Maladies respiratoires 241	Cancers 135
<b>Espagne</b>	TMS 18 963	Maladies de la peau 1 405	Surdités 578	Affections respiratoires 345	Maladies infectieuses et parasitaires 302
<b>France<sup>#</sup></b>	TMS (hors lombalgies) 38 000	Affections causées par l'amiante 6 615	Lombalgies 2 785	Déficits auditifs 1 056	Lésions eczématiformes 443
<b>Italie</b>	TMS 2 647	Hypoacusies 2 183	Maladies respiratoires 873	Cancers 767	Maladies de la peau 465
<b>Luxembourg<sup>*</sup></b>	Maladies infectieuses	Asbestoses	Syndromes du canal carpien	Affections péri articulaires	Affections cutanées
<b>Portugal<sup>*</sup></b>	TMS	Surdités	Maladies respiratoires	Maladies de la peau	Autres
<b>Suède</b>	TMS 3 126	Surdités 440	Troubles psychosociaux 307	Maladies digestives 221	Affections respiratoires 156
<b>Suisse</b>	Lésions importantes de l'ouïe 855	Maladies infectieuses 760	Maladies de la peau 752	Affections de l'appareil locomoteur 583	Maladies des voies respiratoires 340

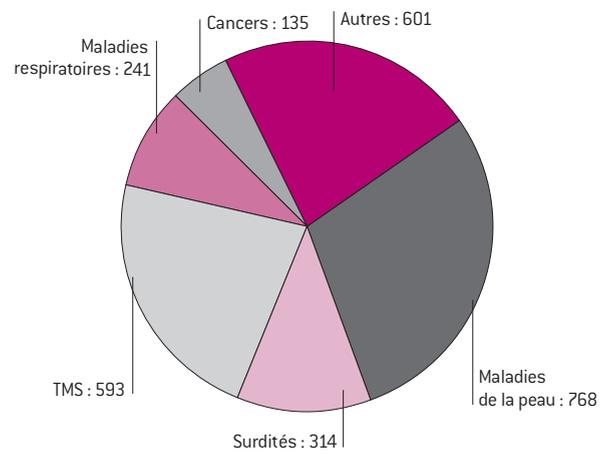
<sup>#</sup> Données provisoires

<sup>\*</sup> Le Luxembourg et le Portugal n'ont pas fourni de statistiques pour chacune des pathologies, mais seulement un rang parmi les maladies les plus fréquemment reconnues.

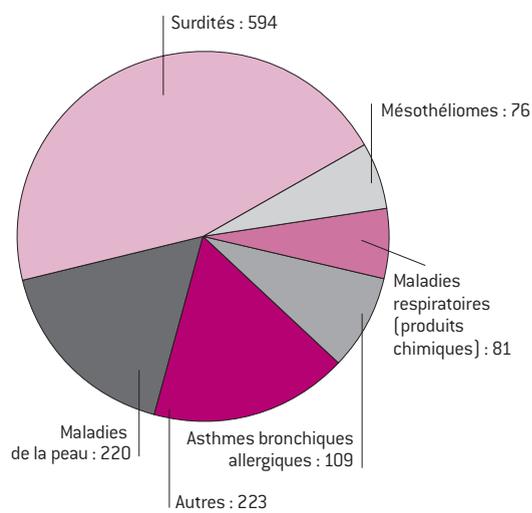
### Allemagne



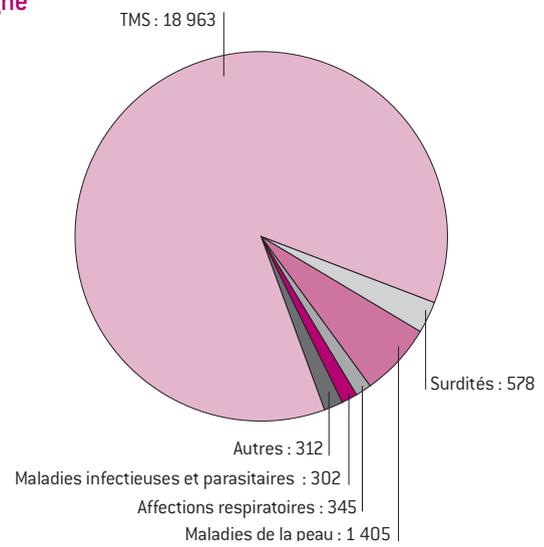
### Danemark (2005)



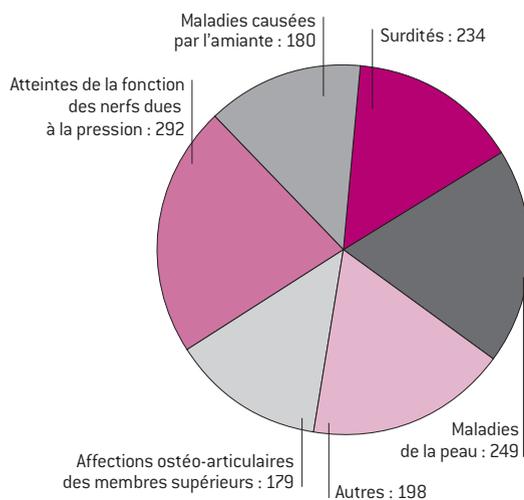
### Autriche



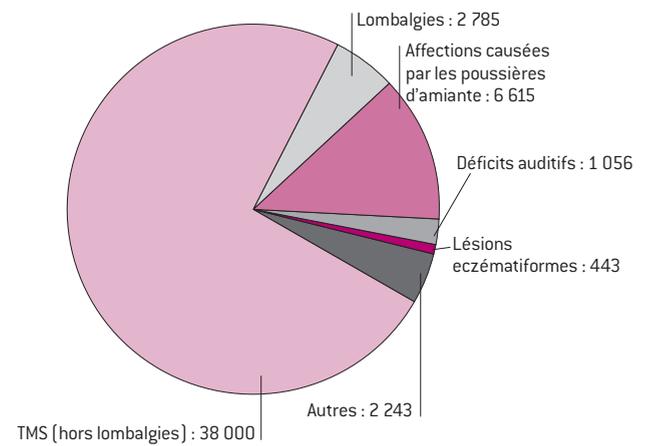
### Espagne



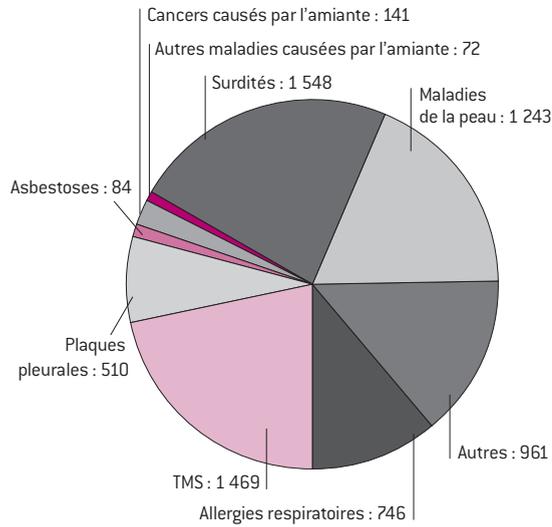
### Belgique



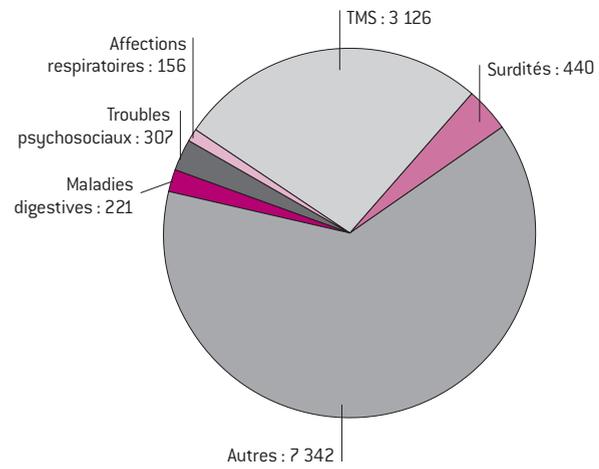
### France (données provisoires)



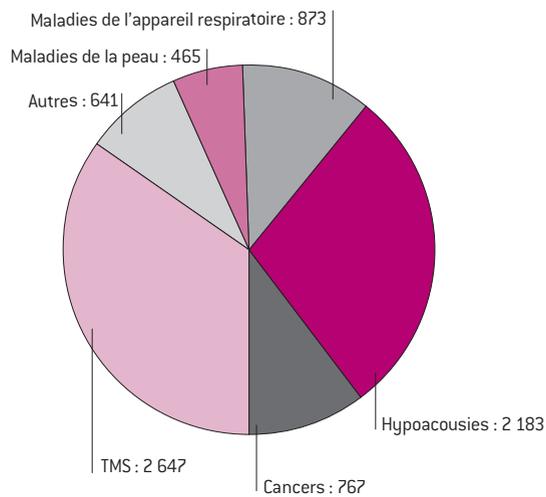
## Finlande (2005)<sup>12</sup>



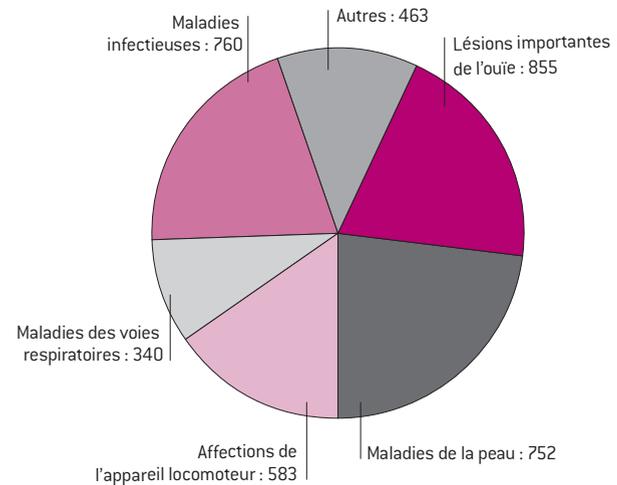
## Suède



## Italie

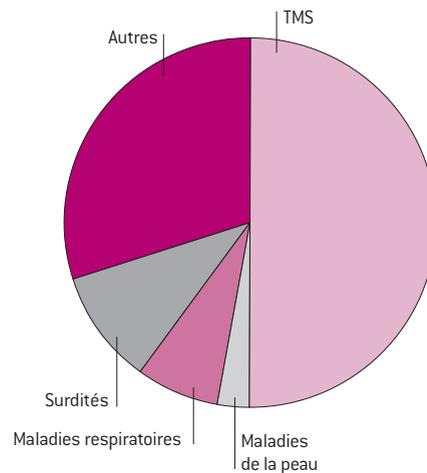


## Suisse



## Portugal

(Le CNPRP a communiqué ce schéma mais pas les données)



12. En raison de la refonte actuelle du système statistique de la Fédération des organismes d'assurance accident (FAII), seules les données de l'Institut finlandais de la santé au travail (FIOH) sont disponibles pour cette étude. Ces statistiques ne sont pas totalement comparables avec celles des autres pays, dans la mesure où ce sont les cas déclarés au FIOH qui sont comptabilisés, et non les cas reconnus par l'organisme d'assurance. Précisons également que ces chiffres couvrent, en plus de la population assurée par la FAII (cas déclarés de maladies professionnelles de salariés), les cas reconnus par l'organisme d'assurance sociale des agriculteurs.

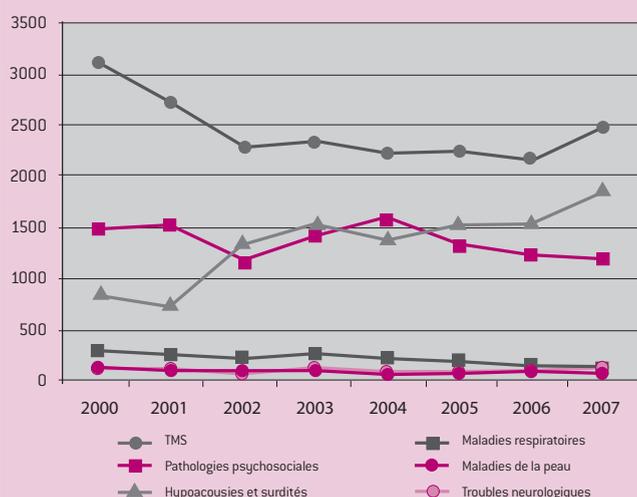
Il apparaît, dans une majorité de pays, que certains types de pathologies professionnelles constituent à eux seuls une grande part des cas reconnus.

Et ce sont souvent les mêmes catégories de maladies fréquentes que l'on retrouve dans tous les pays, même si le rang d'importance peut varier.

Actuellement, il s'agit des troubles musculosquelettiques, des surdités, des maladies causées par l'amiante et des maladies de la peau.

### Le cas spécifique des Pays-Bas

Les données ci-après concernent le nombre de déclarations au Centre néerlandais des maladies professionnelles (NCvB) des six catégories les plus fréquemment enregistrées comme maladies liées au travail sur la période 2000-2006.



Le graphique montre une tendance à la baisse du nombre de TMS déclarés jusqu'en 2006. Ceci pourrait s'expliquer par les programmes de prévention d'envergure menés à bien dans différents corps de métiers au début des années 2000. En revanche, le nombre d'hypoacusies professionnelles semble augmenter. L'explication est à rechercher dans la meilleure prise de conscience du problème par les médecins du travail d'une part et dans l'existence de meilleurs programmes de surveillance du phénomène d'autre part.

## 3.2 - Les troubles musculosquelettiques

“Troubles musculosquelettiques” (TMS) est un terme générique qui désigne un ensemble de pathologies inflammatoires et dégénératives de l'appareil locomoteur. Elles affectent les muscles, les tendons ainsi que les nerfs des membres et de la colonne vertébrale.

Les graphiques par pays des maladies les plus fréquentes montrent que les TMS ont en Europe un statut très contrasté. Ils représentent :

- les 4/5 des cas reconnus de maladies professionnelles en Espagne (85%) et en France (80% lombalgies incluses) ;
  - entre un quart et la moitié en Belgique (38%), Italie (35%), Portugal (50%) et Suède (27%) ;
  - moins d'un quart au Danemark (22%) et en Suisse (15%).
- En Allemagne et en Autriche, ils ne sont pas cités parmi les maladies professionnelles les plus fréquentes.

En Europe, le terme TMS recouvre des réalités très différentes en termes de reconnaissance et d'indemnisation. Parmi les TMS les plus souvent inscrits sur les listes de maladies professionnelles, on trouve en premier lieu les atteintes tendineuses (téno-synovites, tendinites, épicondylites). Viennent ensuite les atteintes nerveuses (syndrome du canal carpien), les bursites (du genou et du coude), les douleurs dorsales ainsi que les atteintes vasculaires.

Ainsi, il a paru opportun de cibler cette étude sur six types de pathologies courantes : le syndrome du canal carpien, les bursites, les épicondylites, les téno-synovites, les méniscopathies et les lombalgies.

Ces pathologies sont toutes inscrites sur la liste européenne des maladies professionnelles, même si les lombalgies ne se trouvent que dans l'Annexe 2, c'est-à-dire dans la liste des maladies suspectées d'être d'origine professionnelle, devant faire l'objet d'une déclaration et à terme être éventuellement incluses dans l'Annexe 1.

Pour chacune de ces pathologies, le travail de comparaison n'a pas été aisé pour plusieurs raisons :

- les formulations dans les listes nationales ne sont pas toujours comparables
- les critères de reconnaissance sont très hétérogènes
- les pays n'ont pas toujours été en mesure de fournir les informations demandées, notamment les critères de reconnaissance et les statistiques précises des cas reconnus.

Quelques informations sur des données d'indemnisation ont été fournies pour chaque pathologie par la France, le Danemark et la Suisse, chacun de ces pays étant représentatif selon qu'il reconnaît largement, modérément ou peu les TMS comme maladies professionnelles.

### Le syndrome du canal carpien

Le syndrome du canal carpien est une lésion qui touche la main et le poignet ; il est lié à la compression du nerf médian au niveau du poignet. C'est l'un des troubles squelettiques les plus fréquents.

Le caractère professionnel de cette pathologie est susceptible d'être reconnu au titre du système de liste

en **Autriche**, en **Belgique**, au **Danemark** (depuis 1993), en **Espagne**, en **Finlande** (depuis 2003), en **France** (depuis 1982), en **Italie** (depuis juillet 2008), au **Luxembourg**, en **Suisse** (depuis 1984) et au **Portugal** (depuis 2007).

En **Belgique**, un changement de dénomination de la maladie dans la liste intervenu fin 2002 a permis une plus large reconnaissance du syndrome du canal carpien. En effet, jusqu'à cette date, l'intitulé "paralysie des nerfs due à la pression" ne permettait au Fonds des maladies professionnelles de n'indemniser que les cas de syndrome du canal carpien "moteurs", dans la mesure où une atteinte de la transmission nerveuse motrice entraînant des phénomènes de paralysie était nécessaire. Or en pratique, cette affection débute toujours par des troubles de la conduction sensorielle et peut à ce stade être traitée avec de sérieuses chances de succès de guérison totale. C'est ainsi que depuis 2002, le nouvel intitulé "atteinte de la fonction des nerfs due à la pression" permet que toutes les demandes de reconnaissance pour canal carpien sensitif et/ou moteur donnent droit à réparation au titre de la liste, à condition qu'elles soient accompagnées d'une électromyographie démontrant la maladie.

En **Finlande**, le syndrome du canal carpien peut être reconnu comme maladie professionnelle seulement si le travail de la victime a consisté en des mouvements prolongés qui ont dévié de manière significative le centre de gravité du poignet et l'ont mis en tension. En pratique, une durée d'exposition d'au moins 6 mois est également requise.

En **France**, l'exposition au risque doit avoir été habituelle, mais il n'existe pas pour cette pathologie de durée minimale d'exposition. La liste limitative de travaux désigne les travaux comportant de façon habituelle, soit des mouvements répétés ou prolongés d'extension du poignet ou de préhension de la main, soit un appui carpien, soit une pression prolongée ou répétée sur le talon de la main. Il existe une condition administrative de reconnaissance : un délai de prise en charge (c'est-à-dire le temps écoulé entre la fin de l'exposition et la date de la première constatation médicale) de 30 jours.

En **Italie**, la nouvelle liste de juillet 2008 exige que les travaux à l'origine de la pathologie soient effectués de manière non occasionnelle, et comportent des mouvements répétés ou prolongés du pouce ou de préhension de la main, le maintien de postures incongrues, une compression prolongée ou des impacts répétés sur la région du carpe. La période maximale d'indemnisation à partir de la cessation de l'exposition au risque est fixée à deux ans.

Au **Portugal**, la liste nationale comporte une liste indicative de travaux ; il existe par ailleurs une condition appelée "période de caractérisation" qui impose un délai maximal de 30 jours entre la fin de l'exposition et la demande de reconnaissance.

En **Suisse**, la jurisprudence fait entrer le syndrome du canal carpien dans la catégorie des "paralysies nerveuses périphériques par pression" mentionnée dans la liste de maladies professionnelles. S'agissant de l'exposition professionnelle à risque, entrent principalement en considération des activités à caractère hautement répétitif ou des travaux effectués en position extrême du poignet et qui requièrent de la force.

Les causes spécifiques d'un syndrome du canal carpien (exemple : diabète) doivent être exclues en tant que diagnostic différentiel. Et des facteurs prédisposants importants tels que la bilatéralité doivent être pris en compte lors de la procédure de reconnaissance.

#### Au Danemark

La nouvelle liste de maladies professionnelles de 2005 désigne, pour la qualification du syndrome du canal carpien en maladie professionnelle, les situations d'exposition au risque suivantes :

- Un travail effectué avec des outils à main générant de fortes vibrations pendant une longue période.
- Une combinaison de mouvements répétés rapidement, nécessitant de la force et/ou inconfortables, sollicitant le poignet pendant une longue période. La condition relative à la force peut être réduite si le travail a été répété rapidement et effectué en postures de travail stressantes. De même, la condition relative à la répétition peut être réduite si le travail a été fatigant et/ou inconfortable.
- Un travail effectué avec des objets exerçant une pression directe et persistante sur le nerf médian du canal carpien pendant une longue période.
- La maladie peut toujours être reconnue en tant que complication de la ténosynovite sur la partie flexible du poignet si cette dernière est reconnue au titre de la liste.

En principe, l'exposition doit avoir duré sur une période consécutive d'au moins deux ans, mais cette condition peut être adaptée si l'exposition a été intense.

L'ensemble des conditions de reconnaissance ont été assouplies en 2005 puisque l'exigence de la nature monotone du travail a été supprimée. Désormais, le travail doit seulement avoir causé un stress significatif pendant au moins la moitié de la journée, mais il peut y avoir eu différentes activités au cours de cette journée de travail. Et les conditions relatives au caractère fatigant et répétitif du travail ont été réduites.

Si les conditions relatives à l'exposition ne sont pas remplies, le cas peut à certaines conditions être soumis au Comité des maladies professionnelles qui est susceptible de le qualifier de maladie professionnelle.

**Syndrome du canal carpien :  
nombre de cas reconnus entre 1992 et 2006**

	Autriche <sup>13</sup>	Danemark	France	Italie <sup>15</sup>	Suisse
1992	–	17	–	–	–
1993	–	27	–	–	–
1994	–	35	–	–	–
1995	–	55	–	–	–
1996	–	53	–	–	–
1997	–	35	3 907	–	16
1998	–	25	4 517	–	18
1999	–	39	5 664	130	10
2000	10	55	7 374	170	8
2001	8	52	8 446	212	14
2002	9	52	10 147	409	9
2003	9	63	11 293	446	13
2004	8	65	12 460	558	14
2005	14	87	14 460	471 <sup>16</sup>	8
2006	9	77	13 770 <sup>14</sup>	454 <sup>17</sup>	8 <sup>18</sup>

Au **Danemark**, le taux d'incapacité permanente (mesurant le préjudice physiologique et d'agrément) attribué pour un syndrome du canal carpien se situe généralement entre 5% et 20%. Le taux typique est de 5%, et dépasse rarement 12%. Lorsqu'il est supérieur à 20%, il s'agit souvent d'un syndrome bilatéral. Quant à l'indemnisation de la perte de capacité de gain (préjudice professionnel), le taux attribué se situe entre 15% et 80% en 2007, en moyenne autour de 25% mais il est le plus souvent de 15%.

En **Suisse**, la reconnaissance du syndrome du canal carpien ouvre droit à une prise en charge du traitement médical et à des indemnités journalières (pour incapacité de travail temporaire). Un seul cas a justifié le versement d'une rente d'invalidité (pour incapacité de travail permanente/de longue durée) après 1 118 jours indemnisés (en 2002).

13. En Autriche, les cas reconnus de canal carpien et de téno-synovite sont comptabilisés sous le même code statistique.

14. Donnée provisoire.

15. Secteurs industrie et agriculture confondus.

16. Donnée provisoire.

17. Donnée provisoire.

18. Pour l'année 2006, seuls les cas reconnus par la Suva (principal assureur contre les accidents du travail et les maladies professionnelles) sont comptabilisés.

**Coût des prestations versées  
au titre du syndrome du canal carpien en 2006**

Pays	Coût total MP	Coût syndrome du canal carpien	% syndrome du canal carpien sur total MP
<b>Danemark</b>	98 084 712 €	3 158 232 €	3,2 %
• dont préjudice physiologique		2 573 159 €	
• dont perte de capacité de gain		585 073 €	
<b>France</b> (soins et indemnités journalières seulement)	374 763 550 €	75 423 337 €	20,1 %
<b>Suisse (2005)</b> Coût moyen par cas	69 054 472 €	419 635 € 52 455 €	0,61 %

Taux de change au 6 juin 2008 : 1 DKK = 0,134102€ 1 SF = 0,617862€.

**Les bursites**

La bursite est une inflammation des bourses séreuses situées entre les tendons et les os pour permettre aux tendons de se déplacer facilement et sans friction à la surface des os. Ces bourses séreuses se trouvent aux genoux, aux coudes, aux épaules et aux poignets. Si les tendons épaississent ou deviennent noueux à cause d'un effort excessif, les bourses sont soumises à une friction qui peut entraîner leur inflammation.

Le caractère professionnel de cette pathologie est susceptible d'être reconnu au titre du système de liste en **Allemagne**, en **Autriche**, en **Belgique** (depuis 1989), au **Danemark** (depuis 1995), en **Espagne**, en **France** (depuis 1972 pour le genou et 1982 pour le coude), en **Italie** (depuis juillet 2008), au **Luxembourg** et en **Suisse** (depuis 1984), et au titre du système complémentaire au **Portugal**. En **Finlande**, une reconnaissance comme maladie professionnelle n'est pas possible, mais des bursites du genou et du coude peuvent être reconnus comme des cas spéciaux d'accident du travail. Les critères de reconnaissance sont que la bursite ait été occasionnée par une pression constante ou répétitive ou exceptionnelle sur le genou ou coude, et que la pathologie se soit développée sur une courte période (maximum 24 heures).

En **Belgique**, le poste de travail de la victime est étudié *in concreto* et l'on recherche une exposition à des pressions répétées au niveau de la localisation de la bursite. Bien qu'il n'existe pas de liste limitative de travaux, l'exposition est, par exemple, retenue typiquement chez le carreleur pour la bursite pré-rotulienne.

Au **Danemark**, la reconnaissance du caractère professionnel d'une bursite suppose une pression externe persistante (par exemple sur la rotule) sur la moitié de la journée pendant au moins plusieurs jours.

En **France**, les syndromes visés par la liste sont l'hygroma aigu des bourses séreuses ou atteinte inflammatoire des tissus sous-cutanés des zones d'appui du coude et du genou, et l'hygroma chronique des bourses séreuses du coude et du genou. Les situations d'exposition susceptibles de mener à la qualification de maladie professionnelle sont respectivement les travaux comportant habituellement un appui prolongé sur la face postérieure du coude, et les travaux comportant de manière habituelle un appui prolongé sur le genou. L'exposition doit être habituelle, mais il n'existe pas de durée minimale. Il existe une condition administrative de reconnaissance : un délai de prise en charge (c'est-à-dire le temps écoulé entre la fin de l'exposition et la date de la première constatation médicale) de 7 jours pour l'hygroma aigu et de 90 jours pour l'hygroma chronique.

En **Italie**, la nouvelle liste de juillet 2008 exige que les travaux à l'origine de la pathologie soient effectués de manière non occasionnelle, et comportent pour la bursite du genou un appui prolongé sur le genou, pour la bursite du membre supérieur des mouvements répétés impliquant une charge sur l'épaule ou le maintien prolongé de postures incongrues. La période maximale d'indemnisation à partir de la cessation de l'exposition au risque est fixée à deux ans.

#### Bursite : nombre de cas reconnus entre 1992 et 2006

	Autriche <sup>19</sup>	Danemark (genou)	France	Italie <sup>21</sup>	Suisse	dont genou	dont coude
1992	-	1	-	-	-	-	-
1993	-	1	-	-	-	-	-
1994	-	1	-	-	-	-	-
1995	-	1	-	-	-	-	-
1996	-	21	-	-	-	-	-
1997	-	17	848	-	277	268	9
1998	-	16	763	-	299	282	17
1999	-	12	909	79	271	259	12
2000	0	12	870	188	237	227	10
2001	7	12	892	308	235	225	10
2002	5	7	925	728	240	232	8
2003	16	17	845	712	233	224	9
2004	10	16	872	791	220	207	13
2005	10	17	830	969 <sup>22</sup>	204	197	7
2006	12	11	756 <sup>20</sup>	966 <sup>23</sup>	208 <sup>24</sup>	205	3

19. En Autriche, les cas reconnus de téno-synovite et de canal carpien sont comptabilisés sous le même code statistique.

20. Donnée provisoire.

21. En Italie, les cas reconnus de téno-synovite du coude et de bursite du coude sont comptabilisés sous le même code statistique. Secteurs Industrie et agriculture confondus.

22. Donnée provisoire.

23. Donnée provisoire.

24. Pour l'année 2006, seuls les cas reconnus par la Suva (principal assureur contre les accidents du travail et les maladies professionnelles) sont comptabilisés.

En **Suisse**, le critère essentiel de reconnaissance d'une bursite du genou comme maladie professionnelle est une activité en position agenouillée de longue durée ou répétitive dans une profession à haut risque, telle que celle des carreleurs. De même, pour les bursites du coude, la condition d'une pression constante sur le coude pendant l'activité professionnelle doit être remplie. Aucune durée minimale d'exposition n'est définie, mais dans la plupart des cas, la bursite (chronique) se développe après une longue durée de pression constante.

Au **Danemark**, le taux d'incapacité permanente (mesurant le préjudice physiologique et d'agrément) attribué pour une bursite se situe généralement entre 5% et 12%. Quant à l'indemnisation de la perte de capacité de gain (préjudice professionnel), les rares cas qui se sont vus indemnisés ont toujours eu un taux inférieur à 50%, le plus souvent autour de 15%.

En **Suisse**, la reconnaissance de la bursite ouvre droit à une prise en charge du traitement médical et à des indemnités journalières (pour incapacité de travail temporaire). Quatre cas ont justifié le versement d'une rente d'invalidité (pour incapacité de travail permanente/de longue durée) après en moyenne 400 jours indemnisés (en 1996, 2004, 2005 et 2006).

#### Coût des prestations versées au titre des bursites en 2006

Pays	Coût total MP	Coût bursites	% bursites sur total MP
<b>Danemark</b> (préjudice physiologique seulement)	98 084 712 €	19 879 €	0,02 %
<b>France</b> (soins et indemnités journalières seulement)	374 763 550 €	2 707 746 €	0,7 %
<b>Suisse (2005)</b>	69 054 472 €	771 513 €	1,1 %
		dont coude : 11 483 € Coût moyen/cas coude : 1 640 €	
		dont genou : 760 030 € Coût moyen/cas genou : 3 858 €	

Taux de change au 6 juin 2008 : 1 DKK = 0,134102€ 1 SF = 0,617862€.

#### Les téno-synovites

La téno-synovite se définit comme une inflammation de la gaine synoviale, qui est la membrane qui entoure certains tendons, facilitant en cela leur glissement.

Le caractère professionnel de cette pathologie est susceptible d'être reconnu au titre du système de liste en **Allemagne**, en **Autriche**, au **Danemark** (depuis 1989), en **Espagne**, en **Finlande**, en **France** (depuis 1991), au **Luxembourg**, en **Suisse** (depuis 1984) et au **Portugal**

(depuis 1980), et au titre du système complémentaire en **Belgique** (depuis 1991) et en **Italie**.

En **Allemagne** et au **Luxembourg**, la reconnaissance des maladies des gaines synoviales ou des tissus péri-tendineux ainsi que des insertions tendineuses ou musculaires n'est possible qu'à condition que l'état de santé du travailleur nécessite l'abandon de toute activité qui a été ou qui peut être en relation causale avec l'origine, l'aggravation ou la réapparition de la maladie.

En **Belgique**, la ténosynovite ne bénéficie d'une reconnaissance que si elle est consécutive à une tendinite et il appartient à l'intéressé d'apporter la preuve qu'il est atteint de la maladie (seuls les artistes du spectacle bénéficient pour cette pathologie du système de liste). La maladie doit être de façon directe et déterminante la conséquence du facteur nocif invoqué, et le facteur nocif retenu par exemple pour la tendinite de De Quervain est l'utilisation répétée du pouce avec abduction extension extrême active du pouce, le poignet étant en position de flexion dorsale.

Au **Danemark**, le type d'exposition pris en considération pour la reconnaissance des ténosynovites est un travail comportant des mouvements pénibles et répétitifs. Les postures de travail inconfortables pour la main et l'avant-bras sont également visées.

En **Finlande**, les ténosynovites sont reconnues comme maladies professionnelles si le travail de la victime a consisté en des mouvements répétitifs et pénibles, unilatéraux (monotones) ou exceptionnels, avant l'apparition des symptômes.

En **France**, la reconnaissance des tendinites et des ténosynovites de la main (et du doigt) et du poignet suppose que l'exposition ait été habituelle, mais il n'existe pas de durée minimale. Cette exposition consiste en des travaux comportant des mouvements répétés ou prolongés des tendons fléchisseurs ou extenseurs de la main et des doigts. Il existe une condition administrative de reconnaissance : un délai de prise en charge (c'est-à-dire le temps écoulé entre la fin de l'exposition et la date de la première constatation médicale) de 7 jours.

Au **Portugal**, la liste nationale comporte une liste indicative de travaux; il existe par ailleurs une condition appelée "période de caractérisation" qui impose un délai maximal de 3 mois entre la fin de l'exposition et la demande de reconnaissance.

En **Suisse**, les synovites et ténosynovites de l'avant-bras sont reconnues au titre de la liste si elles s'accompagnent de crépitations. En cas d'absence de crépitations c'est le système complémentaire qui s'applique; en pratique, le taux de reconnaissance est élevé pour les premières et peu élevé pour les secondes. Notons que la ténosynovite sténosante de De Quervain est susceptible de reconnaissance au titre du système complémentaire.

**Ténosynovite : nombre de cas reconnus entre 1992 et 2006**

	Autriche <sup>25</sup>	Danemark	France	Italie <sup>27</sup>	Portugal	Suisse ténosynovite de l'avant bras	dont avec crépitations	dont sans crépitations
1992	-	43	-	-	-	-	-	-
1993	-	38	-	-	-	-	-	-
1994	-	62	-	-	-	-	-	-
1995	-	34	-	-	-	-	-	-
1996	-	26	-	-	-	-	-	-
1997	-	21	3 356	-	-	557	351	206
1998	-	28	4 181	-	-	554	358	196
1999	-	25	5 241	79	-	491	332	159
2000	10	24	7 161	188	-	454	302	152
2001	8	21	8 782	308	-	448	293	155
2002	9	22	10 887	728	-	337	213	124
2003	9	21	11 597	712	-	30	219	111
2004	8	26	12 145	791	-	317	211	106
2005	14	31	13 512	969 <sup>28</sup>	235	265	170	95
2006	9	31	13 843 <sup>26</sup>	966 <sup>29</sup>	153	196 <sup>30</sup>	147	49

25. En Autriche, les cas reconnus de ténosynovite et de canal carpien sont comptabilisés sous le même code statistique

26. Donnée provisoire

27. En Italie, les cas reconnus de ténosynovite du coude et de bursite du coude sont comptabilisés sous le même code statistique. Secteurs Industrie et agriculture confondus.

28. Donnée provisoire.

29. Donnée provisoire

30. Pour l'année 2006, seuls les cas reconnus par la Suva (principal assureur contre les accidents du travail et les maladies professionnelles) sont comptabilisés.

Au **Danemark**, le taux d'incapacité permanente (mesurant le préjudice physiologique et d'agrément) attribué pour une ténosynovite se situe généralement entre 5% et 12%. Peu de cas dépassent 12%. Quand c'est le cas, il s'agit souvent d'une ténosynovite bilatérale. Quant à l'indemnisation de la perte de capacité de gain (préjudice professionnel), les taux attribués se situent entre 15% et 65% en 2007, le plus souvent autour de 25%.

En **Suisse**, la ténosynovite ouvre droit à une prise en charge du traitement médical et à des indemnités journalières (pour incapacité de travail temporaire). Un seul cas (reconnu au titre du système complémentaire en 2003) a justifié le versement d'une rente d'invalidité (pour incapacité de travail permanente/de longue durée) après 947 jours indemnisés.

#### Coût des prestations versées au titre des ténosynovites en 2006

Pays	Coût total MP	Coût ténosynovites	% ténosynovites sur total MP
<b>Danemark</b> • dont préjudice physiologique • dont perte de capacité de gain	98 084 712 €	966 265 € 132 834 € 17 813 €	1 %
<b>France</b> (soins et indemnités journalières seulement)	374 763 550 €	146 815 259 €	39,2 %
<b>Suisse (2005)</b> • dont cas <u>avec</u> crépitations • dont cas <u>sans</u> crépitations	69 054 472 €	1 028 920 € 580 129 € coût moyen/cas : 3 412 € 448 791 € coût moyen/cas : 4 724 €	1,5 %

Taux de change au 6 juin 2008 : 1 DKK = 0,134102 € 1 SF = 0,617862 €

### Les épicondylites

L'épicondylite est une inflammation douloureuse des tendons du coude. Elle peut être considérée comme une affection de genèse particulièrement multifactorielle, dans laquelle l'âge et la constitution physique individuelle jouent un rôle essentiel.

Le caractère professionnel de cette pathologie est susceptible d'être reconnu au titre du système de liste en **Allemagne**, en **Autriche**, au **Danemark** (depuis 1989), en **Espagne**, en **Finlande**, en **France** (depuis 1982), en **Italie** (depuis juillet 2008), au **Luxembourg** et au **Portugal**, et au titre du système complémentaire en **Belgique** (depuis 1991) et en **Suisse** (depuis 1984).

En **Belgique**, l'épicondylite doit être de façon directe et déterminante la conséquence de mouvements répétés de préhension en force et en flexion dorsale du poignet.

L'exposition à ce facteur nocif doit être inhérente à l'exercice de la profession du demandeur et plus grande que celle de la population en général (est typiquement visée pour cette pathologie la profession de caissière) ; le poste de travail fera l'objet d'une étude *in concreto*.

Au **Danemark**, le type d'exposition pris en considération pour la reconnaissance de l'épicondylite est le travail impliquant un effort combiné soit à des mouvements répétés ou pénibles, soit à un travail statique et très contraignant pour le coude. La durée d'exposition requise (quelques semaines à quelques mois) dépend de la nature et de l'intensité de cette exposition, mais l'activité pénible doit avoir été menée pendant au moins la moitié de la journée de travail. Une douleur généralisée ou diffuse ne peut pas être prise en compte au titre de la liste (à ce propos, des cas d'épicondylite dus à un travail intensif avec souris d'ordinateur ont déjà été reconnus au titre du système complémentaire).

En **Finlande**, les critères de reconnaissance d'une épicondylite sont les mêmes que ceux applicables à la tendinite : le travail de la victime doit avoir consisté en des mouvements répétitifs et pénibles, unilatéraux (monotones) ou exceptionnels.

En **France**, la reconnaissance de l'épicondylite suppose que l'exposition ait été habituelle, mais il n'existe pas de durée minimale. Cette exposition consiste en des travaux comportant des mouvements répétés de préhension ou d'extension de la main sur l'avant-bras ou des mouvements de supination et prosupination. Il existe une condition administrative de reconnaissance : un délai de prise en charge (c'est-à-dire le temps écoulé entre la fin de l'exposition et la date de la première constatation médicale) de 7 jours.

En **Italie**, la nouvelle liste de juillet 2008 exige que les travaux à l'origine de la pathologie soient effectués de manière non occasionnelle, et comportent des mouvements répétés de l'avant-bras et/ou des actions de la main pour saisir avec force. La période maximale d'indemnisation à partir de la cessation de l'exposition au risque est fixée à deux ans.

En **Suisse**, comme pour toute maladie /exposition qui ne figure pas sur la liste, il faut que la part causale de l'activité professionnelle dans l'origine de la maladie atteigne au moins 75%. Des critères très restrictifs<sup>31</sup> sont appliqués car en principe l'épicondylite n'est pas considérée comme une maladie professionnelle. Chaque cas doit être apprécié individuellement par un médecin, et une connaissance approfondie du poste de travail de la personne affectée est nécessaire pour évaluer de manière détaillée le risque professionnel concret.

31. Les critères médicaux de reconnaissance ont été publiés en 2000 par la SUVA dans ses "Informations médicales" (E. Bär et B. Kiener, *L'épicondylite n'est pas une maladie professionnelle ; un changement de paradigme sur le plan médical*).

Épicondylite : nombre de cas reconnus  
entre 1992 et 2006

	Autriche <sup>32</sup>	Danemark	France	Suisse
1992	–	67	–	–
1993	–	111	–	–
1994	–	119	–	–
1995	–	147	–	–
1996	–	112	–	–
1997	–	86	1 781	32
1998	–	97	2 154	37
1999	–	93	2 757	31
2000	0	80	3 607	35
2001	7	92	4 157	32
2002	5	55	4 854	22
2003	16	79	5 330	30
2004	10	81	5 438	19
2005	10	109	6 016	25
2006	12	123	6 014 <sup>33</sup>	19 <sup>34</sup>

Au **Danemark**, le taux d'incapacité permanente (mesurant le préjudice physiologique et d'agrément) attribué pour une épicondylite se situe généralement entre 5% et 12%. Il dépasse rarement 15% (sauf en cas d'épicondylite bilatérale). Quant à l'indemnisation de la perte de capacité de gain (préjudice professionnel), les taux attribués se situent entre 15% et 80% en 2007, le plus souvent autour de 25%.

En **Suisse**, l'épicondylite ouvre droit à une prise en charge du traitement médical et à des indemnités journalières (pour incapacité de travail temporaire). Aucun cas n'a débouché sur l'allocation d'une rente d'invalidité (incapacité de gain permanente/de longue durée).

32. En Autriche, les cas reconnus d'épicondylite et de bursite sont comptabilisés sous le même code statistique.

33. Donnée provisoire.

34. Pour l'année 2006, seuls les cas reconnus par la Suva (principal assureur contre les accidents du travail et les maladies professionnelles) sont comptabilisés.

Coût des prestations versées en 2006  
au titre des épicondylites

Pays	Coût total MP	Coût épicondylites	% épicondylites sur total MP
<b>Danemark</b>	98 084 712 €	6 089 084 €	6,2 %
• dont préjudice physiologique		5 018 825 €	
• dont perte de capacité de gain		5 587 259 €	
<b>France</b> (soins et indemnités journalières seulement)	374 763 550 €	38 952 597 €	10,4 %
<b>Suisse (2005)</b> Coût moyen par cas	69 054 472 €	361 213 € 14 449 €	0,5 %

Taux de change au 6 juin 2008 : 1 DKK = 0,134102 € 1 SF = 0,617862 €

### Les ménisopathies

Le ménisque est le cartilage de certaines articulations du genou.

Le caractère professionnel des pathologies du ménisque est susceptible d'être reconnu au titre du système de liste en **Allemagne**, en **Autriche**, au **Danemark** (depuis 1989), en **Espagne**, en **France** (depuis 1985), en **Italie** (depuis juillet 2008) et au **Luxembourg**, et au titre du système complémentaire en **Belgique** (depuis 1991), au **Portugal** et en **Suisse** (depuis 1984). Les ménisopathies ne sont en pratique pas reconnues comme maladies professionnelles en **Finlande**, malgré l'existence d'un système complémentaire.

En **Allemagne**, les lésions du ménisque peuvent être reconnues comme maladie professionnelle en cas de travail physique soit répété soit exercé durant plusieurs années, impliquant une contrainte sur les joints du ménisque.

En **Belgique**, les ménisopathies ne bénéficient pas d'une reconnaissance en tant que telle, mais peuvent être prises en considération dans le cadre d'une demande en reconnaissance d'une gonarthrose. La maladie doit être de façon directe et déterminante la conséquence du facteur nocif invoqué et le facteur nocif retenu pour la gonarthrose est le mouvement répété d'agenouillement/accroupissement et de redressement. Ces mouvements sont pondérés par la fréquence, la durée, le pourcentage de temps, le nombre d'années d'exposition. L'exposition à ce facteur nocif doit être inhérente à l'exercice de la profession et plus grande que celle de la population en général, et le poste de travail fera l'objet d'une étude *in concreto* (le travail des carreleurs est en l'espèce considéré comme une exposition typique).

Au **Danemark**, l'apparition de la maladie du ménisque peut être relativement aiguë, mais peut devenir chronique. La victime doit avoir travaillé en position accroupie dans un espace étroit durant au moins plusieurs jours.

En **France**, les pathologies susceptibles de reconnaissance sont les lésions chroniques du ménisque à caractère dégénératif, ainsi que leurs complications : fissuration ou rupture du ménisque. Les critères initiaux relatifs à l'exposition exigeaient que les travaux ayant entraîné la pathologie aient été exécutés habituellement en position agenouillée ou accroupie dans les mines souterraines. En 1991, l'exigence du travail dans les mines souterraines a été supprimée. Toutefois, les travaux exécutés devront désormais comporter des efforts ou des ports de charges. Il existe une condition administrative de reconnaissance : un délai de prise en charge (c'est-à-dire le temps écoulé entre la fin de l'exposition et la date de la première constatation médicale) de 2 ans.

En **Italie**, la nouvelle liste de juillet 2008 exige que les travaux à l'origine de la pathologie soient effectués de manière non occasionnelle, et comportent des mouvements répétés d'extension ou de flexion du genou et/ou de maintien de postures incongrues. La période maximale d'indemnisation à partir de la cessation de l'exposition au risque est fixée à deux ans.

Au **Luxembourg**, la liste mentionne les lésions méniscales dues à un surmenage des articulations du genou après une exposition prolongée de plusieurs années ou une exposition à répétition fréquente.

En **Suisse**, les méniscopathies sont considérées comme étant la plupart du temps de nature dégénérative, indépendantes des influences mécaniques professionnelles. Elles ne sont donc susceptibles de reconnaissance qu'au titre du système complémentaire, et de ce fait très peu de cas sont reconnus (seulement 7 cas reconnus en dix ans).

### Méniscopathie : nombre de cas de reconnus entre 1997 et 2006

(données non disponibles entre 1992 et 1996)

	Autriche	Danemark	France	Suisse
1997	—	1	123	0
1998	—	4	115	0
1999	—	1	150	0
2000	4	3	210	1
2001	6	3	254	1
2002	8	2	320	1
2003	9	1	332	3
2004	6	4	373	0
2005	13	8	406	0
2006	8	7	408 <sup>35</sup>	1 <sup>36</sup>

35. Donnée provisoire.

36. Pour l'année 2006, seuls les cas reconnus par la Suva (principal assureur contre les accidents du travail et les maladies professionnelles) sont comptabilisés.

Au **Danemark**, la plupart des cas se voient attribuer un taux d'incapacité permanente (mesurant le préjudice physiologique et d'agrément) de 5%. Quant à l'indemnisation de la perte de capacité de gain, les rares cas qui sont indemnisés à ce titre ont toujours eu un taux entre 15% et 40%, plutôt autour de 20%-25%.

En **Suisse**, trop peu de cas sont reconnus pour établir le moindre profil.

### Coût des prestations versées en 2006 au titre des méniscopathies

Pays	Coût total MP	Coût méniscopathies	% méniscopathies sur total MP
<b>Danemark</b>	98 084 712 €	337 026 €	0,3 %
• dont préjudice physiologique		31 754 €	
• dont perte de capacité de gain		305 273 €	
<b>France</b> (soins et indemnités journalières seulement)	374 763 550 €	3 314 972 €	0,9 %
<b>Suisse (2004)</b>	58 510 846 €	19 409 €	0,03 %

Taux de change au 6 juin 2008 : 1 DKK = 0,134102 € 1 SF = 0,617862 €

### Les lombalgies

La plupart des pays susceptibles de reconnaître le caractère professionnel de certaines pathologies lombaires prennent en considération deux types d'exposition professionnelle : les vibrations transmises au corps entier et le port de charges lourdes.

Le caractère professionnel de certaines affections lombaires est susceptible d'être reconnu au titre du système de liste en **Allemagne** (depuis 1992), **Belgique** (depuis 1974), **Danemark** (depuis 1999), **France** (depuis 1999), **Italie** (depuis juillet 2008), et au titre du système complémentaire au **Portugal** et **Suisse** (depuis 1984). Cette reconnaissance n'est en pratique pas possible en **Autriche**, en **Espagne**, en **Finlande** et au **Luxembourg**.

En **Allemagne**, les affections de la colonne vertébrale résultant de lésions discales peuvent être reconnues comme maladies professionnelles si elles sont causées par le levage ou le port de charges lourdes pendant de nombreuses années, ou par un travail impliquant des postures en flexion extrême pendant de nombreuses années, ou encore par des vibrations essentiellement verticales transmises au corps entier en position assise pendant de nombreuses années. Le caractère professionnel de la maladie n'est reconnu que si l'état de santé de l'assuré est tel qu'il est contraint d'abandonner toute activité professionnelle susceptible de conduire à l'apparition, au développement ou à la récurrence de la pathologie.

Au **Danemark**, peuvent être reconnues comme maladies professionnelles l'arthrose de la colonne vertébrale, le mal de dos, ou encore d'autres maladies de la colonne vertébrale ou des disques intervertébraux autres que ceux du cou. Les diagnostics suivants sont concernés : sciatique, disque prolabé (rachis lombaire), lombalgies basses (ostéochondrose, spondylose, spondylarthrose, sténose lombaire). De plus, la douleur doit être quotidienne ou fréquente.

La nouvelle liste de 2005 définit des types d'exposition, qui ont été notamment légèrement assouplis pour les travailleurs du secteur des soins à la personne :

- port de charges sollicitant le dos nécessitant de lever/tirer vers le haut des objets lourds et impliquant une charge totale quotidienne d'au moins 8-10 tonnes pendant au moins 8-10 ans ;
- port de charges sollicitant le dos nécessitant généralement de soulever des charges extrêmement lourdes dans des postures inconfortables et impliquant une charge totale quotidienne d'au moins 3 tonnes pendant au moins 8 ans ;
- soins médicaux sollicitant le dos nécessitant de porter au moins 20 fois par jour des adultes ou des enfants handicapés de 8-10 ans ;
- exposition à des vibrations transmises au corps entier et affectant le dos lors de l'utilisation de véhicules générant de fortes vibrations pendant au moins 8-10 ans.

En **France**, les lombalgies dont le caractère professionnel peut être reconnu sont la sciatique par hernie discale L4-L5 ou L5-S1 avec atteinte radiculaire de topographie concordante ainsi que la radiculalgie crurale par hernie discale L2-L3 ou L3-L4 ou L4-L5 avec atteinte radiculaire de topographie concordante. Une exposition habituelle de 5 ans à des vibrations de basses et moyennes fréquences transmises au corps entier ou à la manutention manuelle de charges lourdes est exigée et une liste limitative de travaux accompagne chacun de ces types d'exposition. Il existe une condition administrative de reconnaissance : un délai de prise en charge (c'est-à-dire le temps écoulé entre la fin de l'exposition et la date de la première constatation médicale) de 6 mois. Les pathologies lombaires de survenue brutale (avec ou sans hernie) sont le plus souvent déclarées et reconnues en accidents du travail.

En **Italie**, la nouvelle liste de juillet 2008 exige que l'hernie discale lombaire ait été causée soit à l'occasion de travaux effectués de manière non occasionnelle sur des machines qui exposent à des vibrations transmises au corps entier (machines de manutention de matériaux, tracteurs, grues portuaires, chariots élévateurs, navires de pêche professionnelle côtière et hauturière), soit à l'occasion de travaux de manutention manuelle de charges effectués de manière non occasionnelle en l'absence d'outils auxiliaires

efficaces. La période maximale d'indemnisation à partir de la cessation de l'exposition au risque est fixée à un an.

En **Suisse**, la lombalgie n'est pas considérée comme maladie professionnelle au sens de la loi, puisque c'est une pathologie à la genèse particulièrement multifactorielle, et qu'ainsi le rôle causal d'une activité professionnelle particulière ne saurait être qualifié d'exclusif ou nettement prépondérant. Le système complémentaire ne permet sa reconnaissance que de manière exceptionnelle (seulement 9 cas reconnus en 10 ans).

#### Le cas de la Belgique

Les critères de reconnaissance des affections lombaires ont évolué dans un sens restrictif.

De 1974 à 2002, ce pays reconnaît l'arthrose lombaire prouvée par des examens radiographiques de la colonne lombo-sacrée. Est prise en considération l'exposition aux vibrations mécaniques transmises au corps par le siège, à raison d'une exposition de 0,62 m/sec<sup>2</sup> pondérée sur 8 heures de travail par jour et ce pendant une durée de 5 ans.

En novembre 2002, les conditions de reconnaissance se durcissent : les affections de la colonne lombaire associées à des vibrations mécaniques doivent apparaître nécessairement de manière précoce (autour de 40 ans). Ce changement traduit une volonté de n'indemniser que les maladies réellement causées par le travail et non celles apparaissant avec la vieillesse. Le nombre de cas reconnus commence à chuter à partir de 2003.

En février 2005, la possibilité de reconnaissance des arthroses lombaires a été élargie si l'on tient compte du risque, puisque celui-ci est étendu au port de charges lourdes et non plus seulement aux vibrations. L'exposition aux vibrations mécaniques transmises au corps par le siège est appréciée à raison d'une exposition à 0,80 m/sec<sup>2</sup> pondérée sur 8 heures de travail par jour et ce pendant une durée de 1250 jours (Norme ISO 2631-1 / 1997). Et l'exposition au port de charges lourdes est calculée selon le modèle de dose Mainz-Dortmund. Mais la possibilité de reconnaissance a surtout été restreinte par une définition plus spécifique de la pathologie susceptible d'être reconnue : Syndrome mono ou polyradiculaire objectivé de type sciatique, syndrome de la queue de cheval ou syndrome du canal lombaire étroit, consécutif à une hernie discale dégénérative, à condition que le syndrome radiculaire se produise pendant l'exposition au risque professionnel ou au plus tard un an après la fin de cette exposition, ou qu'il soit consécutif à une spondylose-spondylarthrose dégénérative précoce au niveau L4-L5 ou L5-S1. La reconnaissance est devenue de ce fait nettement plus difficile et le nombre de cas reconnus a fortement diminué.

### Lombalgie : nombre de cas reconnus entre 1992 et 2006

	Danemark	France	Italie <sup>38</sup>	Suisse
1992	87	–	–	–
1993	112	–	–	–
1994	91	–	–	–
1995	102	–	–	–
1996	130	–	–	–
1997	93	3	–	1
1998	64	130	–	0
1999	140	2 235	–	1
2000	241	2 608	–	3
2001	256	2 812	–	0
2002	229	2 897	204	2
2003	294	2 928	253	1
2004	296	2 872	377	0
2005	253	2 986	497 <sup>39</sup>	1
2006	206	2 785 <sup>37</sup>	423 <sup>40</sup>	0 <sup>41</sup>

Au **Danemark**, le taux d'incapacité permanente (mesurant le préjudice physiologique et d'agrément) attribué pour les affections lombaires se situe généralement entre 5% et 25%, le plus souvent autour de 10%. Quant à l'indemnisation de la perte de capacité de gain (préjudice professionnel), les taux attribués se situent entre 15% et 100%, (même s'ils sont rarement au-dessus de 75%).

En **Suisse**, trop peu de cas sont reconnus pour établir le moindre profil.

### Coût des prestations versées au titre des lombalgies en 2006

Pays	Coût total MP	Coût lombalgies	% lombalgies sur total MP
<b>Danemark</b>	98 084 712 €	23 132 103 €	23,6 %
• dont préjudice physiologique		1 868 591 €	
• dont perte de capacité de gain		21 263 511 €	
<b>France</b> (soins et indemnités journalières seulement)	374 763 550 €	51 270 183 €	13,7 %
<b>Suisse (2005)</b>	69 054 472 €	1 112 €	0,0016 %

Taux de change au 6 juin 2008 : 1 DKK = 0,134102 € 1 SF = 0,617862 €

37. Donnée provisoire.

38. Secteurs industrie et agriculture confondus.

39. Donnée provisoire.

40. Donnée provisoire.

41. Pour l'année 2006, seuls les cas reconnus par la Suva (principal assureur contre les accidents du travail et les maladies professionnelles) sont comptabilisés.

### 3.3 - Les surdités

La surdité ou l'hypercousie (c'est-à-dire la baisse de l'acuité auditive) est une pathologie que l'on retrouve dans tous les pays comme l'une des plus fréquentes.

Elle apparaît au premier rang en **Allemagne** (37% du total des cas de maladies professionnelles reconnues en 2006), en **Autriche** (46%) et en **Suisse** (23%), et au deuxième rang en **Italie** (29%). Elle représente une part moindre en **Belgique** (15%), au **Danemark** (12%), en **Espagne** (3%), en **France** (2%), en **Suède** (5%) et au **Portugal** (13%).

Le caractère professionnel de la surdité est susceptible d'être reconnu au titre du système de liste dans tous les pays européens participant à l'étude. Les acouphènes<sup>42</sup> ou tinnitus peuvent également être pris en compte s'ils accompagnent l'hypercousie en **Finlande**, en **France** (depuis 2003), en **Italie**, au **Portugal** (depuis 2007) et en **Suisse**, et en tant que tels au **Danemark** (depuis 2005) s'ils sont sévères.

Au **Danemark**, un audiogramme doit révéler un déficit audiométrique bilatéral. L'exposition au risque doit avoir duré au moins 5 ans et avoir atteint au moins 85 dB en moyenne sur une journée de travail.

En **Finlande**, un audiogramme doit révéler un déficit audiométrique bilatéral et quasi symétrique d'au moins 20 dB à des fréquences de 4-6 kHz. L'exposition au bruit doit avoir été suffisamment importante pour provoquer ce déficit. Une durée minimale d'exposition de un an (avec quelques interruptions) est requise. Il n'existe pas de liste indicative ou limitative de travaux.

En **France**, un audiogramme tonal et vocal effectué au moins 3 jours après la cessation de l'exposition au risque doit révéler un déficit audiométrique bilatéral d'origine cochléaire d'au moins 35 dB sur la meilleure oreille. De plus, il existe une liste limitative de travaux et la durée minimale d'exposition est de un an (réduite à 30 jours pour certaines activités). Enfin, il existe une condition administrative de reconnaissance : un délai de prise en charge (c'est-à-dire le temps écoulé entre la fin de l'exposition et la date de la première constatation médicale) d'un an.

En **Italie**, la nouvelle liste de maladies professionnelles en vigueur depuis juillet 2008 comprend une liste limitative de travaux mais prévoit qu'en cas d'activité professionnelle non inscrite dans cette liste, l'exposition journalière ou hebdomadaire doit avoir été supérieure à 80 dB. Il existe également une condition administrative : un délai de 4 ans maximum entre la fin de l'exposition et la demande de reconnaissance.

42. Impression auditive correspondant à la perception d'un son ; sensations sonores qui ne sont pas liées à une onde acoustique extérieure, c'est-à-dire qui sont seulement perçues par le sujet.

Au **Portugal**, un audiogramme doit être pratiqué au moins un an après la cessation de l'exposition au risque et doit révéler un déficit audiométrique bilatéral d'au moins 35 dB sur la meilleure oreille. La liste nationale comporte une liste indicative de travaux ; il existe par ailleurs une condition appelée "période de caractérisation" qui impose un délai maximal de un an entre la fin de l'exposition et la demande de reconnaissance.

En **Suisse**, un audiogramme tonal doit montrer que la diminution de la capacité auditive est d'au moins 50% en cas d'atteinte unilatérale et 70% en cas d'atteinte bilatérale (sachant que l'ouïe intacte aux 2 oreilles équivaut à 200%). Pour vérifier le lien d'une causalité exclusive ou prépondérante avec le travail, les médecins utilisent les résultats des expertises audiométriques subies par les travailleurs exposés au bruit professionnel excessif<sup>43</sup>.

### Surdité : nombre de cas reconnus entre 1992 et 2006

	Allemagne	Autriche	Belgique	Danemark	Espagne	France	Italie <sup>45</sup>	Portugal	Suède	Suisse
1992	–	–	–	672	–	–	–	248	–	–
1993	–	–	–	883	–	–	–	590	–	–
1994	–	–	–	872	–	–	–	396	–	–
1995	–	–	–	696	–	–	–	769	–	–
1996	–	–	–	531	–	–	–	386	–	–
1997	–	–	–	287	–	709	–	441	–	664
1998	–	–	–	269	–	642	–	435	–	694
1999	–	–	–	332	–	615	1996	672	–	549
2000	6 228	399	–	726	–	607	1 375	593	–	676
2001	6 701	444	221	443	–	634	869	233	250	504
2002	6 685	507	206	418	–	642	3 616	510	337	642
2003	6 424	409	297	458	–	907	3 228	651	346	647
2004	6 281	440	234	294	490	1 107	2 976	557	408	696
2005	5 481	532	258	451	577	1 177	2 512 <sup>46</sup>	628	500	698
2006	4 971	594	–	530	578	1 056 <sup>44</sup>	1 880 <sup>47</sup>	619	440	847 <sup>48</sup>

Au **Danemark**, le taux d'incapacité permanente (mesurant le préjudice physiologique et d'agrément) attribué pour un cas de surdité se situe généralement entre 5% et 8%. Il dépasse rarement 20%. Extrêmement peu de cas de surdité donnent droit à une indemnisation pour perte de capacité de gain (préjudice professionnel).

En **France**, les prestations offertes consistent en pratique en l'indemnisation de l'incapacité permanente. Rien ne s'oppose à ce que des prestations en nature et des indemnités journalières (pour incapacité temporaire) soient servies ; toutefois la surdité n'entraîne pas en principe d'arrêt de travail et ne nécessite pas ou peu de soins. Les prothèses

43. En Suisse, 200 000 travailleurs sont exposés à un niveau de bruit dangereux dans le cadre de leur activité professionnelle. Ils font tous l'objet – y compris ceux travaillant dans les plus petites entreprises – de contrôles audiométriques au moyen "d'audiomobiles". Ces expertises ont lieu tous les 5 ans, voire plus fréquemment pour les travailleurs nouvellement embauchés, les plus exposés et les plus jeunes.

44. Donnée provisoire.

45. Secteurs Industrie et agriculture confondus, système de liste et système hors liste

46. Donnée provisoire.

47. Donnée provisoire.

48. Pour l'année 2006, seuls les cas reconnus par la Suva (principal assureur contre les accidents du travail et les maladies professionnelles) sont comptabilisés.

auditives sont prises en charge dans la limite d'un tarif forfaitaire très inférieur à leur coût réel.

Pour une perte bilatérale de 35 dB, un taux d'incapacité permanente de 12% est attribué, ce qui ouvre droit à une rente équivalente à 6% du salaire. Si la perte bilatérale est de 70 dB, le taux d'incapacité permanente sera de 70% pour une rente équivalant à 55% du salaire.

Au **Portugal**, le taux d'incapacité permanente attribuable est fixé dans un barème et varie de 15% pour une perte bilatérale de 35 dB à 44 dB à 60% pour une perte bilatérale d'au moins 80 dB.

En **Suisse**, les prestations accordées pour surdité sont essentiellement une indemnité pour atteinte à l'intégrité physique (versée sous forme de capital) et la prise en charge d'un appareillage auditif. Les taux d'atteinte à l'intégrité physique applicables à l'ouïe sont fixés dans un barème et peuvent varier d'un taux de 5% pour une diminution de l'acuité de 70% à un taux de 85% pour une perte bilatérale totale. Le tinnitus quant à lui peut donner lieu à un taux de 5% à 10% selon son importance. La prise en charge d'un appareillage auditif peut être accordée même si le seuil des 70% de perte auditive pour un trouble bilatéral n'est pas atteint et son ampleur dépendra des résultats de l'audiogramme vocal. Ce n'est que très rarement que des prestations correspondant au traitement médical ou à la perte de gain temporaire ou permanente sont allouées. Rares sont également les indemnités pour changement d'occupation (prestations en espèces limitées dans le temps intervenant après une décision d'inaptitude).

#### Coût des prestations versées au titre de la surdité en 2006

Pays	Coût total MP	Coût surdités	% surdités sur total MP
<b>Danemark</b>	98 084 712 €	1 524 613 €	1,6 %
• dont préjudice physiologique		1 404 954 €	
• dont perte de capacité de gain		119 660 €	
<b>France</b> (soins et indemnités journalières seulement)	374 763 550 €	278 805 €	0,1 %
<b>Suisse (2005)</b> Coût moyen par cas	69 054 472 €	6 670 335 € 9 556 €	9,7 %

Taux de change au 6 juin 2008 : 1 DKK = 0,134102 € 1 SF = 0,617862 €

### 3.4 - Les maladies de la peau

Ces maladies sont citées par tous les pays comme faisant partie des cinq pathologies les plus fréquentes, à l'exception de l'**Allemagne** (où la raison est à rechercher dans la condition que la maladie soit assez sévère pour obliger la victime à abandonner son activité professionnelle dangereuse) et de la **Suède**.

### 3.5 - Les maladies causées par l'amiante

L'exposition aux poussières d'amiante provoque différentes pathologies comme le mésothéliome (cancer de la plèvre), le cancer du poumon, plus rarement le cancer du larynx, mais aussi des maladies moins graves comme l'asbestose et les plaques pleurales, ces dernières étant davantage une manifestation de l'exposition qu'une pathologie.

Les maladies causées par l'amiante sont citées comme faisant partie des cinq pathologies les plus fréquentes par quatre pays seulement : l'**Allemagne**, l'**Autriche**, la **Belgique** et la **France**. Mais ces maladies peuvent se retrouver dans certains pays sous des codes statistiques plus génériques comme "maladies des voies respiratoires".

La reconnaissance et l'indemnisation des maladies professionnelles liées à l'amiante ont déjà été traitées de manière approfondie dans une précédente étude du groupe de travail à l'origine du présent document<sup>49</sup>.

49. "Les maladies professionnelles liées à l'amiante en Europe, Reconnaissance - Chiffres - Dispositifs spécifiques", mars 2006.



# Actualité juridique 2002-2008 sur les maladies professionnelles

## 4.1 - Les réformes générales de l'assurance

### Danemark

En 2003, le Parlement danois a adopté une réforme de l'indemnisation des victimes d'accidents du travail et de maladies professionnelles. Si la réforme est globalement entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2004, la nouvelle définition des maladies professionnelles n'a été applicable qu'au 1<sup>er</sup> janvier 2005. Cette réforme a tout d'abord étendu la couverture de l'assurance contre les risques professionnels, dans la mesure où elle a permis aux travailleurs indépendants et aux conjoints collaborateurs d'être dorénavant couverts par la loi sur l'indemnisation des travailleurs (*Workers' Compensation Act*). Leur adhésion à ce régime d'assurance reste toutefois volontaire : ils doivent contracter une assurance auprès du Fonds du marché du travail pour les maladies professionnelles (*Labour Market Occupational Diseases Fund*) pour être couverts pour les maladies professionnelles d'une part et auprès d'une compagnie d'assurance privée pour les accidents du travail d'autre part. La nouvelle loi a également étendu la couverture des frais médicaux. Les soins de santé à long terme peuvent désormais être remboursés, à condition que le traitement soit curatif et qu'il ne se limite pas à soulager les symptômes (exemples du traitement permanent de l'asthme et de l'eczéma). Mais cette réforme a surtout entraîné des changements importants pour les maladies professionnelles en introduisant une nouvelle liste de maladies professionnelles. Ainsi, l'objectif est de faire en sorte que 25% des cas déclarés puissent à l'avenir être reconnus, ce qui représente une augmentation des reconnaissances de maladies professionnelles de 40%. On estime qu'avec l'entrée en vigueur de la nouvelle liste, environ 1000 cas supplémentaires pourront être reconnus chaque année.

### Finlande

En janvier 2007, le ministère finlandais des Affaires sociales et de la Santé a institué un groupe de travail en vue de la réforme de la législation actuelle relative à l'assurance contre les accidents du travail et les maladies professionnelles. En effet, la loi finlandaise sur l'assurance accidents du travail

(*Employment Accident Insurance Act*), édictée en 1948, a depuis été maintes fois amendée, surtout après les années 1970. De plus, la législation initiale a été complétée par une loi sur les maladies professionnelles (*Act on Occupational Diseases*) et d'autres lois distinctes. D'autres lois relatives aux assurances sociales (assurance santé, retraites) ont elles aussi beaucoup évolué depuis 2004 et certaines législations en relation avec l'assurance accident du travail-maladies professionnelles (sur les compagnies d'assurance, sur l'assurance automobile) sont actuellement en cours de réforme. Le groupe de travail a donc pour objectif de soumettre des propositions en vue d'une réforme aussi bien de la structure de la législation sur l'assurance accidents du travail-maladies professionnelles que de son contenu. Il rendra son rapport pour l'automne 2008 et l'élaboration d'une nouvelle loi pourra alors commencer.

### Pays-Bas

Compte tenu des changements apportés aux dispositions de la sécurité sociale aux Pays-Bas, on constate, dans ce pays, une réduction substantielle de l'indemnisation financière des travailleurs en situation d'incapacité partielle. Or, les travailleurs victimes d'une maladie professionnelle tombent souvent dans cette catégorie. Une réglementation portant sur ce sujet, appelée "réglementation complémentaire sur la couverture des risques professionnels", a été préparée en 2004. Sa mise en place dépendra de l'évolution du nombre de procédures en indemnisation et de l'évaluation qui pourra être faite de la situation des Pays-Bas par l'Organisation Internationale du Travail (OIT) en ce qui concerne les besoins de prestations de sécurité sociale tels que formulés dans la convention 121 de l'OIT.

## 4.2 - Les modifications de listes nationales de maladies professionnelles

### Danemark

#### Processus d'inscription de nouvelles maladies sur la liste

Dans le cadre de la réforme, la liste des maladies professionnelles a été révisée le 1<sup>er</sup> janvier 2005 avec

l'introduction d'une nouvelle exigence de documentation. Avant la réforme, les exigences de documentation relatives à l'inscription de nouvelles maladies sur la liste étaient très étendues. Ce qui était requis jusqu'alors pour que les maladies soient inscrites sur la liste était "une expérience médicale et technique". Avec la réforme, cette exigence est devenue une exigence de "documentation médicale". L'objectif était en effet d'assouplir les exigences relatives à l'inscription de nouvelles maladies sur la liste. Le concept de documentation médicale implique que les conditions suivantes soient remplies :

- une explication biologique naturelle et logique de la maladie ;
- une exposition d'une nature et d'une durée qui rend possible la maladie ;
- une corrélation entre exposition et maladie, par exemple une augmentation de l'exposition entraînant une aggravation de la maladie ;
- des études de prévalence dans la population qui confirment une corrélation ;
- des comptes rendus convaincants de cas établis en lien avec des examens pratiqués par des médecins ;
- une surfréquence importante de la maladie chez les personnes soumises à l'exposition en question, comparée aux personnes non exposées.

En principe, toutes les conditions doivent être remplies. Lors de l'évaluation concrète menée pour savoir si une maladie peut être inscrite sur la liste des maladies professionnelles, il est possible de donner plus de poids à des conditions spécifiques mais il faut toujours qu'il y ait une corrélation documentée entre exposition et maladie.

### **Une nouvelle liste de maladies professionnelles**

La nouvelle liste de maladies professionnelles est entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2005. Cette liste définit désormais des critères moins stricts de reconnaissance pour les maladies déclarées après le 1<sup>er</sup> janvier 2005.

En pratique, l'introduction de la nouvelle liste des maladies professionnelles signifie qu'il y aura à l'avenir deux listes des maladies professionnelles en vigueur. Une liste est utilisée pour évaluer les maladies déclarées à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2005 conformément à la nouvelle loi sur l'indemnisation des victimes d'accidents du travail et de maladies professionnelles. L'ancienne liste est utilisée pour évaluer les maladies déclarées avant 2005.

Au cours des travaux d'élaboration de la nouvelle liste, la Commission des maladies professionnelles a notamment mis l'accent sur les troubles musculosquelettiques, entre autres dans les secteurs du travail social, des soins de santé et du nettoyage.

Elle s'est ainsi intéressée aux possibilités de reconnaissance des maladies suivantes :

- les maladies mentales et le stress
- les maladies de la main et de l'avant-bras
- les maladies du coude

- les maladies de l'épaule et de la région cou/épaule
- les lombalgies
- les maladies neurologiques du système musculosquelettique
- les maladies rhumatismales
- les maladies liées au travail effectué avec la souris d'ordinateur
- les maladies de l'audition
- les maladies du genou
- les maladies liées à l'exposition au manganèse
- le syndrome des bâtiments malsains
- les maladies causées par le travail de nettoyage, le travail social et les soins de santé.

Les travaux de la Commission ont débouché d'une part sur une série de conditions moins strictes en matière d'exposition pour plusieurs types de maladies, en particulier les maladies de la main, de l'avant-bras, du coude et de l'épaule, et d'autre part sur l'introduction de nouvelles maladies comme le stress post-traumatique, l'arthrose de l'articulation du genou, la dégénérescence du tendon du biceps du bras et les plaques pleurales.

La nouvelle liste des maladies professionnelles a été complétée par un nouveau guide détaillé des maladies professionnelles qui, notamment par le biais d'exemples, décrit un certain nombre de cas de maladies qui peuvent ou non être reconnus. Le guide inclut également les expositions.

### **Les cancers**

En août 2005, il y a eu une révision générale dans le domaine des cancers en vue de mettre à jour les deux listes des maladies professionnelles sur la base des nouvelles connaissances acquises en cancérologie. La mise à jour a été faite à partir des résultats de recherche obtenus dans cette spécialité, en particulier à partir des résultats les plus récents du Centre international de recherche sur le cancer (CIRC) qui fait partie de l'Organisation Mondiale de la Santé.

Les récents résultats compilés dans 88 monographies du CIRC sur les corrélations entre divers types de cancers et diverses expositions liées au travail ont été examinés en accordant une importance particulière aux domaines où les causalités entre une maladie et des expositions spécifiques sont classées par le CIRC comme certaines ou vraisemblables (catégories 1 et 2a).

A partir des résultats du CIRC, un certain nombre de nouveaux cancers et d'expositions susceptibles de provoquer un cancer ont été inclus sur les deux listes des maladies professionnelles sur la base de la liste la plus récente du CIRC. Ainsi, les listes danoises reflètent désormais les résultats les plus récents issus de la recherche internationale. L'ancienne liste applicable aux maladies déclarées avant 2005 comporte dix nouvelles entrées au total, incluant sept

nouvelles expositions susceptibles de provoquer certains types de cancer. Cela s'applique par exemple aux composés inorganiques du plomb qui peuvent causer un cancer de l'estomac.

La nouvelle liste applicable aux maladies déclarées à partir de 2005 comporte - en raison des conditions moins strictes relatives à la documentation médicale - seize nouvelles entrées en plus des dix nouvelles entrées qui lui sont communes avec l'ancienne liste. Cela concerne entre autres le cancer de la vessie qui peut maintenant être reconnu sur la base de la liste comme étant lié au travail de peintre, et le cancer du nez et des sinus causé par l'exposition au chrome.

En outre, la Direction des AT-MP (*Arbejdsskadestyrelsen*) a simplifié la structure des cancers sur la nouvelle liste des maladies. Il a regroupé tous les cancers dans une seule catégorie, ce qui donne un meilleur aperçu des types de cancer susceptibles d'être reconnus comme maladies professionnelles.

### **Le cancer du poumon lié au tabagisme passif**

Le cancer du poumon lié au tabagisme passif est maintenant inscrit sur les deux listes. Le cancer du poumon peut être reconnu sur la base des listes s'il y a eu une exposition quotidienne importante au tabagisme passif au travail pendant un grand nombre d'années. Il faut que la victime n'ait jamais fumé et, en outre, qu'elle n'ait été que très modérément exposée au tabac dans sa vie privée.

### **Le stress post-traumatique**

Cette maladie a été inscrite sur les deux listes. Elle doit avoir été causée par une exposition à des situations ou des événements traumatisants d'une courte ou longue durée et d'une nature exceptionnellement menaçante ou catastrophique.

Les conditions relatives à l'exposition correspondent en grande partie à l'ancienne pratique de reconnaissance de la Commission des maladies professionnelles, mais l'inscription sur la liste assurera à l'avenir une gestion des demandes de reconnaissance plus rapide et plus souple. De plus, il sera possible d'adapter les conditions de reconnaissance définies dans le nouveau guide d'accompagnement pour prendre en compte les nouvelles connaissances acquises dans le domaine.

### **Les plaques pleurales sans asbestose pulmonaire**

La maladie a été inscrite sur les deux listes. Il doit y avoir eu une exposition à l'amiante. En principe, l'exposition doit avoir duré pendant des mois, mais cette condition peut être ramenée à des jours ou des semaines en cas d'exposition massive.

### **Espagne**

Depuis janvier 2007, une nouvelle liste de maladies professionnelles (Décret royal 1299/2006 du 10 novembre 2006) est entrée en vigueur. La dernière liste datait de 1978 et n'était plus adaptée aux problèmes actuels de santé au travail.

Cette nouvelle liste est articulée sur le même modèle que la liste européenne des maladies professionnelles (Recommandation de la Commission européenne du 19 septembre 2003), avec une première annexe qui contient les pathologies susceptibles de reconnaissance réparties en six groupes, et une seconde annexe qui correspond à une liste complémentaire de maladies dont on suspecte l'origine professionnelle et qui pourraient à l'avenir faire partie de l'Annexe 1. Les maladies non contenues dans la liste (Annexe 1) continuent à pouvoir être reconnues en tant qu'accident du travail à condition que l'activité professionnelle soit la cause exclusive de la maladie.

La liste limitative de travaux correspondant à chaque agent nocif est plus exhaustive que dans la liste des maladies professionnelles de 1978 (c'est notamment le cas pour les TMS), et de nouvelles substances ont été ajoutées.

Le système de déclaration et d'enregistrement des maladies professionnelles a également été modifié. Une procédure de déclaration par voie électronique a été mise en place et le suivi de la déclaration incombe désormais aux *Mutuas* (organismes d'assurance contre les risques professionnels) et non plus à l'entreprise.

### **Portugal**

Une nouvelle liste de maladies professionnelles est parue dans un décret du 17 juillet 2007. Les principaux changements portent sur les maladies de la peau et les maladies causées par des agents physiques.

La désignation de certaines pathologies a été mise à jour et d'autres ont été ajoutées à la liste. Des agents causaux et une "période de caractérisation" (délai maximal entre la fin de l'exposition et la demande de reconnaissance) ont également été intégrés.

### **Italie**

Une nouvelle liste de maladies professionnelles a été adoptée dans un décret signé le 1<sup>er</sup> avril 2008 ; elle est entrée en vigueur le 24 juillet de la même année.

Le nombre de maladies inscrites sur la liste passe de 58 à 85 pour le secteur de l'industrie et de 27 à 24 pour le secteur de l'agriculture ; les nouvelles pathologies sont essentiellement des troubles musculosquelettiques causés par des contraintes biomécaniques, jusqu'alors reconnus au titre du système complémentaire. Les plaques pleurales ont également fait leur entrée dans cette liste. En outre, figurent dorénavant la désignation précise de la pathologie (et non

plus seulement l'exposition à l'agent nocif] ainsi que le code ICD-10 correspondant de l'Organisation Mondiale de la Santé. Enfin, une période maximale d'indemnisation à calculer à partir de la cessation de l'activité a été introduite pour chaque maladie.

#### Allemagne

Une discussion est en cours sur les effets "co-cancérogènes", en particulier dans le cas du cancer du poumon survenant après une exposition à l'amiante et aux hydrocarbures aromatiques polycycliques. En novembre 2005, le HVBG (aujourd'hui DGUV) a organisé un atelier sur ce sujet. Les présentations et discussions correspondantes ont été publiées à l'été 2006. Au vu des résultats de l'atelier, le HVBG a recommandé au printemps 2006 la reconnaissance du cancer du poumon dans le cas où une exposition à l'amiante d'au moins 12,5 fibres-année et d'au moins 50 benzo[a]pyrène-année peut être prouvée.

### 4.3 - L'indemnisation des maladies professionnelles

#### Allemagne

Au printemps 2002, le HVBG (aujourd'hui DGUV) a publié les résultats d'un atelier sur les questions relatives à l'évaluation de la réduction de la capacité de travail des victimes d'accidents du travail ou de maladies professionnelles. Ces résultats sont censés constituer une aide pour les experts et les organismes d'assurance et de prévention des risques professionnels.

#### Belgique

Un Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (AFA) a été créé par la loi-programme du 27 décembre 2006 (Moniteur belge du 28 décembre). Effectif depuis le 1<sup>er</sup> avril 2007, il permet aux victimes de mésothéliome ou d'asbestose (ou épaissements pleuraux bilatéraux diffus) d'obtenir une indemnisation. En cas de décès de la victime, l'AFA verse une indemnité aux éventuels ayants droit, à condition que le décès de la victime ait eu lieu après l'entrée en vigueur du système.

En principe, toute personne peut introduire une demande de réparation, qu'il s'agisse d'un fonctionnaire, d'un indépendant, d'un employé ou d'un chômeur. Pour que cette demande soit acceptée, il faut que la maladie ait été causée par une exposition à l'amiante en Belgique.

Les victimes de mésothéliome perçoivent une rente mensuelle forfaitaire de 1 500 euros.

En cas de décès, les ayants droit perçoivent un capital dont le montant varie en fonction de la qualité de l'ayant droit : ainsi, le conjoint survivant touche une indemnité de 30 000 euros et chaque enfant à charge a droit à 25 000 euros.

Les victimes atteintes d'asbestose (ou épaissements pleuraux bilatéraux diffus) bénéficient d'une rente de 15 euros par mois et par pourcent d'incapacité résultant de l'asbestose (par exemple une rente de 750 euros pour un taux d'incapacité de 50%). Les ayants droit recevront dans ce cas un capital qui varie entre 7 500 euros et 15 000 euros.

Les rentes accordées sont intégralement cumulables avec toute autre allocation sociale ainsi qu'avec une aide sociale. Ni la rente ni le capital versé aux ayants droit n'est soumis à l'impôt. La gestion de l'AFA a été confiée au Fonds des maladies professionnelles. Son financement est assuré par l'État, ainsi que par des cotisations à la charge des employeurs et des indépendants selon certaines modalités.

#### France

Depuis 2002, différentes modifications réglementaires sont venues améliorer l'indemnisation de victimes d'accidents du travail et maladies professionnelles et de leurs ayants droit. Citons notamment l'amélioration de la prise en charge des ayants droit grâce à :

- l'extension de la notion d'ayants droit aux concubins et aux partenaires liés par un PACS,
- la majoration de 10 points du taux de rente d'ayant droit pour les sinistres survenus à compter du 1<sup>er</sup> septembre 2001 (conjoint : 40% ; enfant : 25% si deux orphelins ou 20% au-delà),
- et l'élévation de la limite d'âge pour les orphelins rentiers, ainsi fixée à 20 ans quelle que soit la situation personnelle de l'enfant.

Notons également la revalorisation en 2002 de 10% du barème des indemnités versées sous forme de capital aux victimes atteintes d'une incapacité permanente inférieure à 10%, ainsi que l'abaissement du seuil d'incapacité permanente de 100% à 80% pour bénéficier de la majoration de la rente attribuée à une personne dont l'état de santé nécessite l'aide d'une tierce personne.

#### Luxembourg

Le Conseil de gouvernement a adopté le 2 mai 2008 un projet de réforme de l'assurance contre les accidents du travail et les maladies professionnelles, qui devrait entrer en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2010. La principale innovation consiste dans le rapprochement de l'indemnisation ad hoc avec la réparation de droit commun. Puisqu'il a été constaté que la perte de revenus professionnels des victimes n'est plus proportionnelle à leur taux d'incapacité permanente, la perte de revenu sera dorénavant réparée séparément des autres préjudices. L'indemnisation forfaitaire actuelle laissera place à une rente pour perte de revenu effective d'une part, et si l'accident ou la maladie laisse des séquelles définitives, à une réparation forfaitaire des préjudices extrapatrimoniaux d'autre part, c'est-à-dire à des indemnités pour préjudice physiologique et d'agrément, pour les douleurs endurées et pour le préjudice esthétique.

## Pays-Bas

Le Conseil de santé (*Health Council*) des Pays-Bas a publié en 2005 un "protocole" sur l'amiante, le tabac et le cancer du poumon<sup>50</sup>. Contrairement aux réglementations en vigueur dans d'autres pays<sup>51</sup>, dans le cadre du droit statutaire ou de la responsabilité de droit civil, l'approche qui est proposée ici est celle d'un calcul de probabilités sur la relation de cause à effet. Cette approche, qui repose sur la probabilité proportionnelle, a été appliquée à un certain nombre de cas de demandes d'indemnisation dans le cadre du droit civil. Un modèle de calcul a été conçu sur la base de données épidémiologiques ; le nombre de cigarettes consommées (exprimé en paquet. année) et le nombre d'années d'exposition à la fibre d'amiante ont été intégrés à cette formule, ce qui permet d'obtenir un niveau de probabilité de causalité de chacun de ces deux facteurs. Toutefois, la faisabilité de cette approche pour les demandes d'indemnisation est contestée.

## Portugal

Un nouveau barème des incapacités pour les victimes d'accidents du travail et de maladies professionnelles a été adopté en 2007 et est entré en vigueur en 2008.

## France

Un arrêt<sup>52</sup> de la chambre sociale de la Cour de Cassation du 28 février 2002 a redéfini la notion de "faute inexcusable de l'employeur".

En vertu du contrat de travail le liant à son salarié, l'employeur est tenu envers celui-ci d'une obligation de sécurité de résultat, notamment en ce qui concerne les maladies professionnelles contractées par le salarié du fait des produits fabriqués ou utilisés par l'entreprise. Le manquement à cette obligation a le caractère d'une "faute inexcusable" lorsque l'employeur avait ou aurait dû avoir conscience du danger auquel était exposé le salarié, et qu'il n'a pas pris les mesures nécessaires pour l'en préserver. Au-delà de cette nouvelle définition de la "faute inexcusable" de l'employeur, cette décision admet que les ayants droit de la victime d'une maladie professionnelle due à la faute inexcusable de l'employeur et décédée des suites de cette maladie soient recevables à exercer, outre l'action en réparation du préjudice moral qu'ils subissent personnellement du fait de ce décès, l'action en réparation du préjudice moral personnel de la victime résultant de sa maladie.

50. Health Council of the Netherlands. Asbestos diseases: lung cancer. The Hague. Health Council of The Netherlands. 2005 ; publication n° 2005/09 ISBN-10 : 90-5549-571-9

51. Asbestos, asbestosis and cancer: Helsinki criteria for diagnosis and attribution. Scand J Work Environ Health. 1997 ; 23:311-6.

52. Cass.soc. 28 février 2002 SA Eternit industries c/veuve Hammou et a.

## 4.4 - Les études, recherches ou actions concernant des pathologies spécifiques

### Danemark

À la fin 2004, la Direction des AT-MP (*Arbejdsskadestyrelsen*) a commandé quatre études (examen de la littérature scientifique) au comité scientifique de la Société Danoise pour la protection de l'environnement de travail (*DASAM/ Dansk Selskab for Arbejds- og Miljømedicin*) dans les domaines suivants :

1. Syndrome du tunnel carpien suite à un travail sur PC avec clavier et souris (terminé)
2. Autres affections musculosquelettiques suite à un travail sur PC avec clavier et souris (main, coude, épaule et cou) (terminé)
3. Douleurs cervicales chroniques et tendinites de l'épaule après expositions de différentes natures (non terminé)
4. Arthrose de la hanche et du genou (travail impliquant le port de lourdes charges et le déplacement dans des escaliers ou sur des échelles) (non terminé)

Les deux études portant sur les dommages corporels causés par la pratique de l'informatique ont été rendues et ont conclu qu'il n'existe actuellement pas de documentation médicale suffisante pour prouver une corrélation entre travail sur ordinateur avec clavier et souris et le syndrome du canal carpien d'une part et les autres affections musculosquelettiques étudiées d'autre part.

### Campagne concernant la sous-déclaration de cancers à caractère professionnel

Un nouveau rapport datant de mars 2005, portant sur les cas de cancer déclarés, a conclu qu'une très faible proportion des cas de mésothéliome pleural et d'adénocarcinome du nez et des sinus est signalée à la Direction des AT-MP (*Arbejdsskadestyrelsen*). Or, ces deux maladies sont retrouvées presque exclusivement chez des personnes qui ont été exposées, au cours de leur vie professionnelle, respectivement à l'amiante et à la poussière de bois. La Direction des AT-MP reçoit le signalement de 55 % seulement des cas présumés de mésothéliome pleural à caractère professionnel et 41% seulement des cas présumés d'adénocarcinome du nez et des sinus. Or, pour ces deux maladies, presque 90% des cas signalés sont reconnus comme des maladies professionnelles.

En principe, les médecins ont l'obligation de signaler les cancers établis ou présumés de caractère professionnel à la Direction des AT-MP et à l'Autorité pour l'environnement de travail (*Arbejdstilsynet*), mais ce rapport laisse entendre qu'ils ne le font pas dans un grand nombre de cas.

En conséquence, la Direction des AT-MP a décidé de lancer une campagne dont les objectifs sont les suivants :

– information ciblée, destinée aux médecins travaillant dans le secteur hospitalier et qui traitent ces patients, quant à leur

obligation de signaler ces maladies et attirant leur attention sur le problème de la sous-déclaration ;  
– focalisation dans les magazines médico-scientifiques sur l'obligation du médecin de signaler ces maladies et sur le problème de la sous-déclaration des cas.

### **Souhaits concernant de futures études sur les maladies professionnelles**

Sachant qu'il est devenu possible, depuis 2006, d'obtenir un financement pour ce type d'étude, auprès du Fonds de recherche sur les conditions de l'environnement de travail (*Arbejds miljø forsknings fonden*), la Direction des AT-MP (*Arbejdsskade styrelsen*) a pris l'engagement de commander à l'avenir différentes études sur les maladies professionnelles, en vue d'une actualisation permanente de la liste de ces maladies.

Dans l'intervalle, la Direction des AT-MP et le Comité des maladies professionnelles reconnaissent que les sujets suivants seront particulièrement pertinents en ce qui concerne les études supplémentaires devant être lancées en 2006/2007 :

- myocardopathie ischémique et cancer (y compris cancer du sein) liés au travail de nuit ;
- myocardopathie et maladies mentales (syndromes liés au stress et dépression) résultant de stress professionnel ;
- impact du genre sur l'apparition de troubles musculosquelettiques ;
- affections de l'épaule.

### **Mercur**

Une étude épidémiologique a été lancée pour permettre de déterminer si les infirmières spécialisées dans les soins dentaires, ayant pratiqué dans des cliniques et susceptibles d'avoir été au contact du mercure jusqu'au milieu des années 1980, souffrent davantage de certaines affections que les autres. Cette étude permettra d'établir de façon plus précise, par le biais de registres de diagnostic de maladies, si les assistantes de cabinets dentaires, dentistes et autres

groupes à risque ayant été exposés au mercure métallique dans leur vie professionnelle jusqu'au milieu des années 1980 présentent davantage de maladies graves que les autres.

L'étude portera également sur les maladies congénitales trouvées chez les enfants de cette population.

### **Allemagne**

Depuis octobre 2002, le HVBG (aujourd'hui DGUV) finance une étude de contrôle des cas épidémiologiques afin d'établir une relation "dose-réponse" sur les discopathies des vertèbres lombaires liées au port de charges importantes.

Au printemps 2005, les *Berufsgenossenschaften* ont mis en place une étude "longitudinale" visant à établir des normes pour la prévention, le diagnostic, la thérapie et la réhabilitation des maladies de peau d'origine professionnelle et à analyser les effets combinés de programmes de réhabilitation ambulatoires et en milieu hospitalier pour ce type d'affection.

A l'automne 2005, l'étude portant sur les mineurs de charbon de la région de la Sarre a été finalisée. Les effets adverses de l'exposition à la poussière sur la mortalité par le cancer et la morbidité du cancer n'ont pas pu être confirmés.

### **France**

Le ministère du Travail a mis en place en 2006, dans le cadre de la Commission des maladies professionnelles du Conseil supérieur de la prévention des risques professionnels, un groupe de réflexion chargé d'examiner la possibilité d'inscrire les psychopathologies dans les tableaux de maladies professionnelles. Il s'agissait d'une phase exploratoire qui avait pour objet de définir le champ des psychopathologies susceptibles d'être prises en compte dans un éventuel tableau de maladies professionnelles et de déterminer des méthodes de travail appropriées à la particularité du sujet. Cette phase a fait l'objet d'un rapport remis à la Commission, qui a ensuite demandé à la CNAMTS une étude prospective qui est en cours.

# Annexes

## Annexe 1 : Population assurée par les organismes participant à l'étude

Pays	Salariés de l'industrie, du commerce et des services	Travailleurs indépendants	Agriculteurs	Fonction publique	Employés des entreprises publiques	Fonctionnaires stricto sensu	Militaires	Autres
<b>Allemagne</b>		Une minorité	X Hors statistiques	-	-	-	-	-
<b>Autriche</b>	X	Une majorité	-	-	Partiellement	-	-	Apprentis, écoliers, étudiants
<b>Belgique</b>	X	Non sauf Fonds amiante	Salariés agricoles	Administrations provinciales et locales (APL) seulement	-	Non pour autres qu'APL	-	Étudiants (si salaire de base minimal)
<b>Danemark</b>	X	Facultatif	X	X	X	X	X	Élèves et étudiants en stage
<b>Espagne</b>	X	Facultatif	-	-	-	-	-	-
<b>Finlande</b>	X	Facultatif hors statistiques	X Hors statistiques	X	X	X	X	Certains étudiants et apprentis
<b>France</b>	X	-	-	-	-	-	-	Élèves et étudiants de l'enseignement technique
<b>Italie</b>	X	Artisans	X	X	X Gestion pour le compte de l'État	Fonctionnaires au sens du Décret-loi 38/00	-	Étudiants, femmes au foyer, sportifs professionnels
<b>Luxembourg</b>	X	Travailleurs intellectuels indépendants	X Hors statistiques	X	X	X	X	Ecoliers, élèves et étudiants de l'enseignement luxembourgeois ou domiciliés au Luxembourg; apprentis, stagiaires
<b>Portugal</b>								Toute la population active occupée (assurance volontaire pour les indépendants en matière de maladies professionnelles)
<b>Suède</b>	X	X	X Salariés	X	X	X	-	Stagiaire si risque comparable avec risques normaux de la vie professionnelle
<b>Suisse</b>	X	Facultatif	X (salariés) Indépendants : facultatif	X	X	X	-	Chômeurs, travailleurs à domicile, apprentis, stagiaires, volontaires et personnes travaillant dans des écoles de métiers ou des ateliers protégés

## Annexe 2 : Données chiffrées par pays

### Allemagne

Source : DGUV (anciennement HVBG)

Années	Population assurée	Demandes de reconnaissance	Cas reconnus	Taux de reconnaissance
1990	26 650 192	51 105	9 363	18 %
1991	33 823 405	61 156	10 479	17 %
1992	33 660 511	73 568	12 227	17 %
1993	32 796 465	92 058	17 833	19 %
1994	32 729 257	83 847	19 419	23 %
1995	33 323 536	78 429	21 886	28 %
1996	33 134 669	82 349	21 985	27 %
1997	33 560 008	77 310	21 187	27 %
1998	33 266 663	74 470	18 614	25 %
1999	33 650 713	72 722	17 046	23 %
2000	33 721 319	71 172	16 414	23 %
2001	33 551 426	66 784	16 888	25 %
2002	32 794 110	62 472	16 669	27 %
2003	32 263 599	56 900	15 758	27 %
2004	32 308 950	55 869	15 832	28 %
2005	32 595 246	53 576	14 920	28 %
2006	33 382 080	53 955	13 365	25 %

### Belgique

Source : FMP

Années	Population assurée	Demandes de reconnaissance	Cas reconnus	Taux de reconnaissance
1990	2 198 518	9 476	4 100	43 %
1991	2 200 813	9 314	4 357	47 %
1992	2 196 049	9 896	6 076	61 %
1993	2 143 016	8 404	5 092	61 %
1994	2 133 306	7 863	4 047	51 %
1995	2 172 174	7 305	4 449	61 %
1996	2 187 391	6 542	3 498	53 %
1997	2 216 040	6 075	3 011	49 %
1998	2 266 928	6 231	3 250	52 %
1999	2 310 126	5 935	2 323	39 %
2000	2 395 364	6 575	2 661	40 %
2001	2 434 335	6 798	3 242	48 %
2002	2 421 744	6 508	3 462	53 %
2003	2 416 198	6 199	3 043	49 %
2004	2 483 368	6 453	2 027	31 %
2005	2 446 358	5 255	1 660	40 %
2006	2 483 948	5 544	1 332	32 %

### Autriche

Source : AUVA

Années	Population assurée	Demandes de reconnaissance	Cas reconnus	Taux de reconnaissance
1990	2 490 360	3 768	1 950	52 %
1991	2 548 260	3 776	1 796	48 %
1992	2 569 430	4 098	1 834	45 %
1993	2 559 990	3 955	1 753	44 %
1994	2 573 250	3 216	1 279	40 %
1995	2 580 540	3 440	1 353	39 %
1996	2 564 530	3 246	1 321	41 %
1997	2 578 970	2 893	1 175	41 %
1998	2 609 980	2 631	1 211	46 %
1999	2 646 070	2 870	1 259	44 %
2000	2 951 160	3 040	1 268	42 %
2001	3 018 988	3 090	1 395	45 %
2002	3 017 806	3 116	1 402	45 %
2003	2 974 708	2 771	1 178	43 %
2004	3 003 420	3 023	1 218	40 %
2005	3 035 536	2 866	1 249	44 %
2006	3 089 167	2 961	1 293	44 %

### Danemark

Source : Arbejdsskadestyrelsen

Années	Population assurée	Demandes de reconnaissance	Cas reconnus	Taux de reconnaissance
1990	2 395 154	13 157	2 156	16 %
1991	2 385 023	12 686	4 151	33 %
1992	2 351 612	13 134	3 503	27 %
1993	2 340 334	14 789	3 445	23 %
1994	2 323 712	15 550	3 268	21 %
1995	2 369 544	15 857	3 115	20 %
1996	2 405 476	15 655	2 640	17 %
1997	2 430 709	15 608	1 987	13 %
1998	2 470 113	14 201	2 094	15 %
1999	2 519 407	13 242	2 181	16 %
2000	2 523 878	13 679	3 131	23 %
2001	2 772 868	13 502	2 391	18 %
2002	2 782 306	12 545	2 430	19 %
2003	2 741 386	12 376	3 045	25 %
2004	2 706 434	13 994	2 302	16 %
2005	2 710 462	16 972	2 652	16 %

## Espagne

Source : AMAT

Années	Population assurée	Demandes de reconnaissance	Cas reconnus	Taux de reconnaissance
1990	10 135 000	*	4 285	-
1991	10 275 000	*	4 890	-
1992	10 186 000	*	5 110	-
1993	9 773 000	*	5 489	-
1994	9 665 000	*	5 373	-
1995	9 886 000	*	6 459	-
1996	10 047 000	*	7 958	-
1997	10 149 000	*	9 640	-
1998	10 751 000	*	12 125	-
1999	10 431 100	*	14 755	-
2000	12 404 800	*	19 622	-
2001	12 890 900	*	22 844	-
2002	13 315 500	*	25 040	-
2003	13 696 000	*	26 857	-
2004	14 205 824	*	28 728	-
2005	14 818 682	*	28 904	-
2006	15 502 738	*	21 905	-

\* Données inexistantes ou non communiquées.

## France

Source : CNAMTS - DRP

Années	Population assurée	Demandes de reconnaissance	Cas reconnus	Taux de reconnaissance
1990	14 920 798	9 423	6 592	70 %
1991	15 091 754	10 392	7 512	72 %
1992	15 001 936	12 022	8 847	74 %
1993	14 709 877	12 433	9 198	74 %
1994	14 794 701	13 714	10 345	75 %
1995	15 037 929	15 421	11 387	74 %
1996	15 345 626	18 546	13 278	72 %
1997	15 413 389	20 865	15 554	75 %
1998	15 503 568	22 436	17 722	79 %
1999	15 803 680	31 646	24 208	76 %
2000	18 125 267	42 957 (donnée reconstituée)	30 224	70 %
2001	18 216 098	47 279	35 715	75 %
2002	18 251 639	56 675	41 673	73 %
2003	17 963 365	60 546	44 653	74 %
2004	17 865 295	66 032	48 130	73 %
2005	18 222 254	71 926	52 979	74 %
2006	18 146 434	72 742	51 142*	70 %

\* Donnée provisoire.

## Finlande Source : Fédération des organismes d'assurance accident (FAI)

Années	Population assurée	Demandes de reconnaissance	Cas reconnus	Taux de reconnaissance
1990	2 324 500	7 434	3 716	50 %
1991	2 203 400	7 011	3 154	45 %
1992	2 044 600	6 842	2 628	38 %
1993	1 921 400	6 181	2 404	39 %
1994	1 906 600	6 543	2 368	36 %
1995	1 962 400	6 492	2 246	33 %
1996	1 988 000	6 054	1 776	29 %
1997	2 055 700	5 621	1 546	27 %
1998	2 129 194	4 940	1 300	26 %
1999	2 205 734	5 408	1 460	27 %
2000	2 016 000	5 428	1 495	27 %
2001	2 060 000	5 079	*	-
2002	2 068 000	5 038	*	-
2003	2 061 000	4 954	*	-
2004	2 064 000	5 337	*	-
2005	2 098 000	5 346	*	-
2006	2 129 000	4 823	*	-

\* Données inexistantes ou non communiquées.

## Italie

Source : INAIL

Années	Population assurée	Demandes de reconnaissance	Cas reconnus	Taux de reconnaissance
1990	17 300 000	57 449	19 561	34 %
1991	18 100 000	53 088	18 212	34 %
1992	18 000 000	54 032	17 063	32 %
1993	17 400 000	45 980	13 810	30 %
1994	17 300 000	35 098	8 860	25 %
1995	17 400 000	30 809	7 026	23 %
1996	17 400 000	30 453	7 050	23 %
1997	17 400 000	28 104	7 118	25 %
1998	17 700 000	26 535	7 125	27 %
1999	17 700 000	25 253	7 727	31 %
2000	17 900 000	25 912	7 601	29 %
2001	18 653 000	28 359	8 724	31 %
2002	18 850 000	26 824	9 284	35 %
2003	19 466 000	25 208	8 674	34 %
2004	19 683 000	26 460	8 469	32 %
2005	19 842 000	26 579	8 236	31 %
2006	20 163 000	26 529	7 576	29 %

## Luxembourg

Source : Association d'Assurance  
contre les Accidents

Années	Population assurée	Demandes de reconnaissance	Cas reconnus	Taux de reconnaissance
1990	158 642	153	12	8 %
1991	165 797	167	17	10 %
1992	171 932	160	20	13 %
1993	176 168	146	24	16 %
1994	180 751	91	22	24 %
1995	190 668	75	29	39 %
1996	187 823	99	25	25 %
1997	195 751	95	23	24 %
1998	206 030	102	38	37 %
1999	216 331	109	17	16 %
2000	229 661	135	19	14 %
2001	244 483	169	26	15 %
2002	251 945	233	80	34 %
2003	254 622	274	30	11 %
2004	262 955	281	31	11 %
2005	269 652	212	38	18 %
2006	279 810	186	69	37 %
2007	294 194	330	201	61 %

## Suède

Source : Försäkringskassan (anciennement  
Riksförsäkringsverket)

Années	Population assurée	Demandes de reconnaissance	Cas reconnus	Taux de reconnaissance
1990	4 473 350	68 186	55 544	81 %
1991	4 304 567	72 682	56 243	77 %
1992	4 052 827	70 453	48 779	69 %
1993	3 748 125	71 312	43 214	51 %
1994	3 800 427	50 479	23 846	47 %
1995	3 850 862	24 048	9 943	41 %
1996	3 827 502	10 078	4 066	40 %
1997	3 813 221	6 460	2 781	43 %
1998	3 929 974	6 901	3 514	51 %
1999	3 959 795	9 169	4 991	54 %
2000	4 220 000	13 030	5 840	45 %
2001	4 091 079	25 110	11 945	48 %
2002	4 135 698	26 890	12 545	47 %
2003	4 157 828	29 800	12 370	42 %
2004	4 162 497	27 194	11 275	41 %
2005	4 262 600	18 353	11 825	64 %
2006	4 341 000	15 131	11 592	77 %

## Portugal

Source : CNPRP

Années	Population assurée	Demandes de reconnaissance	Cas reconnus	Taux de reconnaissance
1992	3 970 482	2 300	820	36 %
1993	3 872 043	3 030	1 413	47 %
1994	4 025 383	3 093	1 231	40 %
1995	4 197 313	2 413	1 785	73 %
1996	4 153 959	2 657	1 063	40 %
1997	4 204 837	2 458	856	35 %
1998	4 986 800	2 504	1 024	41 %
1999	5 046 800	2 942	1 378	47 %
2000	5 113 100	2 796	1 370	49 %
2001	5 122 800	2 660	1 317	50 %
2002	5 137 300	4 343	2 193	50 %
2003	5 118 000	4 622	1 965	43 %
2004	5 122 800	4 385	3 188	73 %
2005	5 133 800	4 752	3 624	76 %
2006	5 142 800	4 113	3 577	87 %

## Suisse

Source : Suva

Années	Population assurée	Demandes de reconnaissance	Cas reconnus	Taux de reconnaissance
1990	3 420 000	6 922	5 555	80 %
1991	3 383 000	6 510	5 124	79 %
1992	3 308 000	6 294	4 904	78 %
1993	3 246 000	5 908	4 599	78 %
1994	3 247 000	5 912	4 509	76 %
1995	3 228 000	5 810	4 457	77 %
1996	3 200 000	5 405	4 152	77 %
1997	3 206 000	5 162	3 987	77 %
1998	3 233 000	5 077	3 966	78 %
1999	3 337 000	4 537	3 644	80 %
2000	3 442 722	5 119	4 084	80 %
2001	3 524 157	4 623	3 706	80 %
2002	3 500 272	4 417	3 589	81 %
2003	3 475 711	4 607	3 668	80 %
2004	3 571 393	4 341	3 597	83 %
2005	3 542 693	4 304	3 494	81 %
2006	3 651 709	4 568	3 753	82 %

### Annexe 3 : Les maladies professionnelles les plus fréquentes 2000-2006 (demandes de reconnaissance et cas reconnus)

#### Allemagne

Les 5 pathologies donnant lieu au plus grand nombre de demandes de reconnaissance

Années	N° 1	N° 2	N° 3	N° 4	N° 5
2000	Maladies de la peau (hors cancers)	Surdités	Lombalgies	Asbestoses et plaques pleurales	Affections respiratoires d'origine allergique
2001	Maladies de la peau (hors cancers)	Surdités	Lombalgies	Asbestoses et plaques pleurales	Affections respiratoires d'origine allergique
2002	Maladies de la peau (hors cancers)	Surdités	Lombalgies	Asbestoses et plaques pleurales	Affections respiratoires d'origine allergique
2003	Maladies de la peau (hors cancers)	Surdités	Lombalgies	Asbestoses et plaques pleurales	Cancers poumon/larynx causés par l'amiante
2004	Maladies de la peau (hors cancers)	Surdités	Lombalgies	Asbestoses et plaques pleurales	Cancers poumon/larynx causés par l'amiante
2005	Maladies de la peau (hors cancers)	Surdités	Lombalgies	Asbestoses et plaques pleurales	Cancers poumon/larynx causés par l'amiante
2006	Maladies de la peau (hors cancers)	Surdités	Lombalgies	Asbestoses et plaques pleurales	Cancers poumon/larynx causés par l'amiante

Les 5 pathologies les plus fréquemment reconnues

Années	N° 1	N° 2	N° 3	N° 4	N° 5
2000	Surdités 6 228	Asbestoses et plaques pleurales 1 765	Silicoses 1 641	Maladies de la peau 1 455	Affections respiratoires d'origine allergique 851
2001	Surdités 6 701	Asbestoses et plaques pleurales 1 946	Silicoses 1 564	Maladies de la peau 1 390	Cancers poumon/larynx causés par l'amiante 768
2002	Surdités 6 685	Asbestoses et plaques pleurales 1 929	Maladies de la peau 1 463	Silicoses 1 346	Cancers poumon/larynx causés par l'amiante 755
2003	Surdités 6 424	Asbestoses et plaques pleurales 1 978	Maladies de la peau 1 241	Silicoses 1 168	Mésothéliomes 788
2004	Surdités 6 281	Asbestoses et plaques pleurales 2 056	Maladies de la peau 1 198	Silicoses 1 189	Mésothéliomes 880
2005	Surdités 5 481	Asbestoses et plaques pleurales 2 119	Silicoses 1 015	Mésothéliomes 853	Maladies de la peau 836
2006	Surdités 4 971	Asbestoses et plaques pleurales 1 973	Mésothéliomes 903	Silicoses 870	Cancers poumon/larynx causés par l'amiante 817

## Autriche

### Les 5 pathologies donnant lieu au plus grand nombre de demandes de reconnaissance

Années	N° 1	N° 2	N° 3	N° 4	N° 5
2002	Maladies de la peau (hors cancers) 1 044	Surdités 685	Asthmes bronchiques allergiques 373	Maladies infectieuses 314	Maladies respiratoires (produits chimiques) 182
2003	Maladies de la peau (hors cancers) 849	Surdités 608	Asthmes bronchiques allergiques 360	Maladies infectieuses 203	Maladies respiratoires (produits chimiques) 182
2004	Maladies de la peau (hors cancers) 863	Surdités 697	Asthmes bronchiques allergiques 387	Maladies infectieuses 197	Maladies respiratoires (produits chimiques) 193
2005	Surdités 784	Maladies de la peau (hors cancers) 743	Asthmes bronchiques allergique 327	Asbestoses 194	Maladies respiratoires (produits chimiques) 187
2006	Surdités 909	Maladies de la peau (hors cancers) 747	Asthmes bronchiques allergiques 312	Maladies respiratoires (produits chimiques) 210	Asbestoses 185

### Les 5 pathologies les plus fréquemment reconnues

Années	N° 1	N° 2	N° 3	N° 4	N° 5
2002	Surdités 507	Maladies de la peau (hors cancers) 374	Maladies infectieuses 175	Asthmes bronchiques allergiques 116	Maladies respiratoires (produits chimiques) 81
2003	Surdités 409	Maladies de la peau (hors cancers) 264	Maladies infectieuses 123	Asthmes bronchiques allergiques 117	Maladies respiratoires (produits chimiques) 68
2004	Surdités 440	Maladies de la peau (hors cancers) 268	Asthmes bronchiques allergiques 122	Maladies infectieuses 100	Maladies respiratoires (produits chimiques) 71
2005	Surdités 532	Maladies de la peau (hors cancers) 224	Asthmes bronchiques allergiques 119	Maladies respiratoires (produits chimiques) 73	Maladies infectieuses 66
2006	Surdités 594	Maladies de la peau (hors cancers) 220	Asthmes bronchiques allergiques 109	Maladies respiratoires (produits chimiques) 81	Mésothéliomes 76

## Belgique

### Les 5 pathologies donnant lieu au plus grand nombre de demandes de reconnaissance (Secteur privé uniquement)

Années	N° 1	N° 2	N° 3	N° 4	N° 5
2001	Affections ostéo-articulaires 2 119	Surdités 615	Maladies causées par l'amiante 445	Maladies de la peau 420	Silicozes 364
2002	Affections ostéo-articulaires 2 197	Surdités 634	Maladies causées par l'amiante 420	Maladies de la peau 402	Silicozes 311
2003	Affections ostéo-articulaires 2 280	Surdités 597	Maladies de la peau 427	Maladies causées par l'amiante 374	Silicozes 299
2004	Affections ostéo-articulaires 2 348	Surdités 605	Maladies de la peau 398	Maladies causées par l'amiante 368	Silicozes 314
2005	Affections ostéo-articulaires 1 595	Surdités 553	Maladies causées par l'amiante 381	Maladies de la peau 381	Silicozes 242
2006*	Affections lombaires 1 455	Surdités 634	Atteintes de la fonction des nerfs dues à la pression 628	Maladies causées par l'amiante 366	Affections ostéo-articulaires des membres supérieurs 362

\* Certains codes statistiques et dénominations de pathologies ont changé en 2002 et 2005 pour les TMS.

### Les 5 pathologies les plus fréquemment reconnues (Secteur privé uniquement)

Années	N° 1	N° 2	N° 3	N° 4	N° 5
2001	Maladies ostéo-articulaires 1 132	Maladies de la peau 462	Surdités 221	Maladies causées par l'amiante 207	Paralysies des nerfs dues à la pression 145
2002	Maladies ostéo-articulaires 1 263	Maladies de la peau 477	Paralysies des nerfs dues à la pression 278	Surdités 206	Maladies causées par l'amiante 180
2003	Maladies ostéo-articulaires 961	Maladies de la peau 364	Atteintes de la fonction des nerfs dues à la pression 327	Surdités 297	Maladies causées par l'amiante 207
2004	Maladies ostéo-articulaires 478	Maladies de la peau 267	Surdités 234	Atteintes de la fonction des nerfs dues à la pression 197	Maladies causées par l'amiante 166
2005	Maladies ostéo-articulaires 338	Atteintes de la fonction des nerfs dues à la pression 293	Surdités 258	Maladies de la peau 256	Maladies causées par l'amiante 170
2006*	Atteintes de la fonction des nerfs dues à la pression 292	Maladies de la peau 249	Surdités 234	Maladies causées par l'amiante 180	Affections ostéo-articulaires des membres supérieurs 179

\* Certains codes statistiques et dénominations de pathologies ont changé en 2002 et 2005 pour les TMS.

## Danemark

### Les 5 pathologies donnant lieu au plus grand nombre de demandes de reconnaissance

Années	N° 1	N° 2	N° 3	N° 4	N° 5
2000	TMS	Surdités	Lombalgies	Maladies de la peau	Troubles psychosociaux
2001	TMS 5 579	Surdités 1 925	Lombalgies 1 510	Maladies de la peau 1 389	Troubles psychosociaux 1 048
2002	TMS 5 021	Surdités 1 798	Lombalgies 1 481	Maladies de la peau 1 304	Troubles psychosociaux 1 165
2003	TMS 4 994	Surdités 1 571	Troubles psychosociaux 1 394	Lombalgies 1 310	Maladies de la peau 1 233
2004	TMS 5 368	Troubles psychosociaux 2 004	Surdités 1 717	Lombalgies 1 435	Maladies de la peau 1 224
2005	TMS 7 003	Troubles psychosociaux 2 508	Lombalgies 1 759	Surdités 1 695	Maladies de la peau 1 313

### Les 5 pathologies les plus fréquemment reconnues

Années	N° 1	N° 2	N° 3	N° 4	N° 5
2000	Maladies de la peau	Surdités	TMS	Maladies respiratoires	Cancers
2001	Maladies de la peau 713	TMS 511	Surdités 468	Maladies respiratoires 178	Cancers 100
2002	Maladies de la peau 892	Surdités 437	TMS 407	Maladies respiratoires 157	Cancers 105
2003	Maladies de la peau 1 247	TMS 513	Surdités 463	Maladies respiratoires 238	Cancers 109
2004	Maladies de la peau 806	TMS 526	Surdités 297	Maladies respiratoires 164	Cancers 112
2005	Maladies de la peau 768	TMS 593	Surdités 314	Maladies respiratoires 241	Cancers 135

## Espagne

### Les 5 pathologies les plus fréquemment reconnues

	N°1	N°2	N°3	N°4	N°5
<b>2000</b>	TMS 16 019	Maladies de la peau 2 043	Affections respiratoires 450	Maladies infectieuses et parasitaires 429	Maladies causées par des agents chimiques 361
<b>2001</b>	TMS 18 601	Maladies de la peau 2 084	Affections respiratoires 521	Maladies causées par des agents chimiques 480	Maladies infectieuses et parasitaires 435
<b>2002</b>	TMS 20 653	Maladies de la peau 1 969	Affections respiratoires 570	Maladies infectieuses et parasitaires 502	Maladies causées par des agents chimiques 433
<b>2003</b>	TMS 22 906	Maladies de la peau 2 079	Maladies causées par des agents chimiques 433	Affections respiratoires 410	Maladies infectieuses et parasitaires 410
<b>2004</b>	TMS 24 814	Maladies de la peau 2 004	Surdités 490	Maladies infectieuses et parasitaires 463	Affections respiratoires 461
<b>2005</b>	TMS 26 224	Maladies de la peau 1 989	Surdités 577	Affections respiratoires 513	Maladies infectieuses et parasitaires 347
<b>2006</b>	TMS 18 963	Maladies de la peau 1 405	Surdités 578	Affections respiratoires 345	Maladies infectieuses et parasitaires 302

## France

### Les 5 pathologies donnant lieu au plus grand nombre de demandes de reconnaissance

Années	N° 1	N° 2	N° 3	N° 4	N° 5
2004	TMS	Maladies causées par l'amiante	Lombalgies	Déficits auditifs	Maladies de la peau
2005	TMS	Maladies causées par l'amiante	Lombalgies	Déficits auditifs	Maladies de la peau
2006	TMS	Maladies causées par l'amiante	Lombalgies	Déficits auditifs	Maladies de la peau

### Les 5 pathologies les plus fréquemment reconnues

Années	N° 1	N° 2	N° 3	N° 4	N° 5
2000	TMS (hors lombalgies) 19 862	Affections causées par les poussières d'amiante 3 621	Lombalgies 2 608	Déficits auditifs 607	Lésions eczématiformes de mécanisme allergique 540
2001	TMS (hors lombalgies) 23 621	Affections causées par les poussières d'amiante 5 134	Lombalgies 2 812	Déficits auditifs 634	Lésions eczématiformes de mécanisme allergique 565
2002	TMS (hors lombalgies) 28 531	Affections causées par les poussières d'amiante 5 885	Lombalgies 2 897	Déficits auditifs 642	Lésions eczématiformes de mécanisme allergique 530
2003	TMS (hors lombalgies) 30 847	Affections causées par les poussières d'amiante 6 134	Lombalgies 2 928	Déficits auditifs 907	Lésions eczématiformes de mécanisme allergique 562
2004	TMS (hors lombalgies) 33 648	Affections causées par les poussières d'amiante 7 197	Lombalgies 2 872	Déficits auditifs 1 354	Lésions eczématiformes de mécanisme allergique 522
2005	TMS (hors lombalgies) 38 271	Affections causées par les poussières d'amiante 7 698	Lombalgies 2 986	Déficits auditifs 1 177	Lésions eczématiformes de mécanisme allergique 522
2006 Données provisoires	TMS (hors lombalgies) 38 000	Affections causées par les poussières d'amiante 6 615	Lombalgies 2 785	Déficits auditifs 1 056	Lésions eczématiformes de mécanisme allergique 443

## Italie

### Les 5 pathologies donnant lieu au plus grand nombre de demandes de reconnaissance

Années	N° 1	N° 2	N° 3	N° 4	N° 5
2000	Hypoacusies 11 492	Maladies de l'appareil respiratoire 3 505	TMS 3 380	Maladies de la peau 1 773	Cancers 1 001
2001	Hypoacusies 10 131	TMS 4 202	Maladies de l'appareil respiratoire 3 293	Maladies de la peau 1 626	Cancers 1 272
2002	Hypoacusies 6 670	TMS 4 248	Maladies de l'appareil respiratoire 2 996	Cancers 1 323	Maladies de la peau 1 210
2003	Hypoacusies 6 185	TMS 4 738	Maladies de l'appareil respiratoire 2 933	Cancers 1 415	Maladies de la peau 1 092
2004	Hypoacusies 6 891	TMS 6 774	Maladies de l'appareil respiratoire 2 952	Cancers 1 554	Maladies de la peau 1 161
2005	TMS 8 659	Hypoacusies 6 765	Maladies de l'appareil respiratoire 3 304	Cancers 1 864	Maladies de la peau 1 156
2006	TMS 9 803	Hypoacusies 6 063	Maladies de l'appareil respiratoire 2 877	Cancers 1 796	Maladies de la peau 953

### Les 5 pathologies les plus fréquemment reconnues

Années	N° 1	N° 2	N° 3	N° 4	N° 5
2000	Hypoacusies 3 521	Maladies de l'appareil respiratoire 1 055	TMS 1 016	Maladies de la peau 952	Cancers 503
2001	Hypoacusies 3 716	TMS 1 371	Maladies de l'appareil respiratoire 1 300	Maladies de la peau 942	Cancers 633
2002	Hypoacusies 3 661	Maladies de l'appareil respiratoire 1 698	TMS 1 692	Maladies de la peau 852	Cancers 763
2003	Hypoacusies 3 281	TMS 1 750	Maladies de l'appareil respiratoire 1 546	Maladies de la peau 777	Cancers 739
2004	Hypoacusies 3 051	TMS 2 105	Maladies de l'appareil respiratoire 1 258	Cancers 739	Maladies de la peau 723
2005	Hypoacusies 2 613	TMS 2 456	Maladies de l'appareil respiratoire 1 164	Cancers 810	Maladies de la peau 576
2006	TMS 2 647	Hypoacusies 2 183	Maladies de l'appareil respiratoire 873	Cancers 767	Maladies de la peau 465

## Luxembourg

### Les 5 pathologies donnant lieu au plus grand nombre de demandes de reconnaissance

Années	N° 1	N° 2	N° 3	N° 4	N° 5
2000	Maladies infectieuses	Affections périarticulaires	Hypoacusies	Affections cutanées	Syndrome du canal carpien
2001	Maladies infectieuses	Hypoacusies	Affections périarticulaires	Syndrome du canal carpien	Affections cutanées
2002	Maladies infectieuses	Hypoacusies	Affections périarticulaires	Affections cutanées	Maladies des voies respiratoires
2003	Maladies infectieuses	Affections périarticulaires	Syndrome du canal carpien	Hypoacusies	Asbestoses
2004	Maladies infectieuses	Affections périarticulaires	Hypoacusies	Syndrome du canal carpien	Asbestoses
2005	Affections périarticulaires	Hypoacusies	Syndrome du canal carpien	Maladies provoquées par les vibrations	Asbestoses
2006	Affections périarticulaires	Maladies infectieuses	Asbestoses	Syndrome du canal carpien	Hypoacusies
2007	Maladies infectieuses	Affections périarticulaires	Hypoacusies	Asbestoses	Syndrome du canal carpien

### Les 5 pathologies les plus fréquemment reconnues

Années	N° 1	N° 2	N° 3	N° 4	N° 5
2000	Affections cutanées	Maladies obstructives des voies respiratoires	Syndrome du canal carpien	Hypoacusies	Affections périarticulaires
2001	Hypoacusies	Affections périarticulaires	Asbestoses	Syndrome du canal carpien	Maladies obstructives des voies respiratoires
2002	Maladies infectieuses	Maladies obstructives des voies respiratoires	Hypoacusies	Bursites	Affections périarticulaires
2003	Maladies infectieuses	Asbestoses	Affections périarticulaires	Silicozes	Syndrome du canal carpien
2004	Asbestoses	Syndrome du canal carpien	Affections périarticulaires	Affections cutanées	Silicozes
2005	Affections périarticulaires	Asbestoses	Syndrome du canal carpien	Hypoacusies	Maladies infectieuses
2006	Maladies infectieuses	Asbestoses	Syndrome du canal carpien	Affections périarticulaires	Affections cutanées
2007	Maladies infectieuses	Syndrome du canal carpien	Asbestoses	Affections périarticulaires	Hypoacusies

Les données statistiques pour chaque pathologie n'ont pas été communiquées par l'organisme d'assurance.

## Pays-Bas

### Les 5 pathologies donnant lieu au plus grand nombre de déclarations

Années	N° 1	N° 2	N° 3	N° 4	N° 5
2000	TMS 3 116	Troubles psychosociaux 1 484	Surdités 861	Affections respiratoires 288	Maladies dermatologiques 100
2001	TMS 2 698	Troubles psychosociaux 1 517	Surdités 735	Affections respiratoires 257	Troubles neurologiques 115
2002	TMS 2 278	Surdités 1 344	Troubles psychosociaux 1 159	Affections respiratoires 221	Maladies dermatologiques 98
2003	TMS 2 333	Surdités 1 520	Troubles psychosociaux 1 406	Affections respiratoires 259	Maladies dermatologiques 122
2004	TMS 2 214	Troubles psychosociaux 1 582	Surdités 1 389	Affections respiratoires 226	Maladies dermatologiques 87
2005	TMS 2 236	Surdités 1 545	Troubles psychosociaux 1 336	Affections respiratoires 180	Maladies dermatologiques 93
2006	TMS 2 164	Surdités 1 555	Troubles psychosociaux 1 228	Affections respiratoires 154	Troubles neurologiques 96
2007	TMS 2 443	Surdités 1 868	Troubles psychosociaux 1 192	Maladies dermatologiques 188	Affections respiratoires 111

## Portugal

### Les 5 pathologies donnant lieu au plus grand nombre de demandes de reconnaissance

Années	N° 1	N° 2	N° 3	N° 4	N° 5
2000	Maladies pulmonaires	Surdités	TMS	Maladies de la peau	Maladies oculaires
2001	TMS	Surdités	Maladies pulmonaires	Maladies de la peau	Autres maladies
2002	TMS	Maladies pulmonaires	Surdités	Maladies de la peau	Maladies oculaires
2003	TMS	Maladies pulmonaires	Maladies de la peau	Surdités	Maladies oculaires
2004	TMS	Surdités	Maladies pulmonaires	Maladies de la peau	Maladies oculaires
2005	TMS	Surdités	Maladies pulmonaires	Maladies de la peau	Allergies
2006	TMS	Surdités	Maladies pulmonaires	Maladies de la peau	Autres maladies

### Les 5 pathologies les plus fréquemment reconnues

Années	N° 1	N° 2	N° 3	N° 4	N° 5
2000	Silicoses	Surdités	Maladies causées par des facteurs physiques	Maladies de la peau	Maladies pulmonaires
2001	Maladies causées par des facteurs physiques	Maladies respiratoires	Maladies de la peau	Maladies causées par des facteurs chimiques	Autres maladies
2002	Maladies causées par des facteurs physiques	Maladies respiratoires	Maladies de la peau	Maladies causées par des facteurs chimiques	Autres maladies
2003	TMS	Surdités	Maladies respiratoires	Maladies de la peau	Autres maladies
2004	TMS	Surdités	Maladies respiratoires	Maladies de la peau	Autres maladies
2005	TMS	Surdités	Maladies respiratoires	Maladies de la peau	Autres maladies
2006	TMS	Surdités	Maladies respiratoires	Maladies de la peau	Autres maladies

Les données statistiques pour chaque pathologie n'ont pas été communiquées par l'organisme d'assurance, à l'exception des cas reconnus de surdités.

## Suède

### Les 5 pathologies donnant lieu au plus grand nombre de demandes de reconnaissance

Années	N°1	N°2	N°3	N°4	N°5
2000	Maladies liées à des facteurs ergonomiques	Surdités	Maladies dues aux autres facteurs physiques	Troubles psychosociaux	Maladies causées par des agents chimiques
2001	Maladies liées à des facteurs ergonomiques 11 092	Troubles psychosociaux 1 011	Surdités 633	Affections respiratoires 495	Maladies de la peau 368
2002	Maladies liées à des facteurs ergonomiques 11 886	Troubles psychosociaux 1 508	Surdités 676	Maladies dues aux autres facteurs physiques 541	Affections respiratoires 455
2003	Maladies liées à des facteurs ergonomiques 12 722	Troubles psychosociaux 1 883	Surdités 776	Maladies dues aux autres facteurs physiques 658	Maladies de la peau 334
2004	Maladies liées à des facteurs ergonomiques 11 429	Troubles psychosociaux 2 161	Maladies dues aux autres facteurs physiques 691	Surdités 677	Affections respiratoires 383

Le système statistique a changé en 2005 ; depuis lors, il n'est plus possible de classer les demandes de reconnaissance par type de pathologie.

### Les 5 pathologies les plus fréquemment reconnues

Années	N°1	N°2	N°3	N°4	N°5
2000	TMS	Surdités	Maladies de la peau	Affections respiratoires	Maladies dues aux autres facteurs physiques
2001	TMS 4 409	Surdités 250	Affections respiratoires 222	Maladies de la peau 207	Troubles psychosociaux 146
2002	TMS 4 174	Surdités 337	Affections respiratoires 220	Maladies de la peau 187	Troubles psychosociaux 177
2003	TMS 3 650	Surdités 346	Troubles psychosociaux 238	Maladies de la peau 168	Maladies dues aux autres facteurs physiques 152
2004	TMS 3 575	Surdités 408	Troubles psychosociaux 213	Maladies de la peau 155	Affections respiratoires 140
2005	TMS 3 965	Surdités 500	Troubles psychosociaux 347	Affections respiratoires 173	Maladies du système digestif 156
2006	TMS 3 126	Surdités 440	Troubles psychosociaux 307	Maladies du système digestif 221	Affections respiratoires 156

## Suisse

### Les 5 pathologies donnant lieu au plus grand nombre de demandes de reconnaissance

Années	N° 1	N° 2	N° 3	N° 4	N° 5
2000	Affections de l'appareil locomoteur 1 347	Maladies de la peau 1 308	Lésions importantes de l'ouïe 903	Maladies infectieuses 690	Maladies des voies respiratoires 418
2001	Affections de l'appareil locomoteur 1 272	Maladies de la peau 1 188	Maladies infectieuses 747	Lésions importantes de l'ouïe 691	Maladies des voies respiratoires 389
2002	Affections de l'appareil locomoteur 1 147	Maladies de la peau 1 018	Lésions importantes de l'ouïe 818	Maladies infectieuses 727	Maladies des voies respiratoires 366
2003	Affections de l'appareil locomoteur 1 089	Maladies de la peau 913	Maladies infectieuses 902	Lésions importantes de l'ouïe 816	Maladies des voies respiratoires 355
2004	Affections de l'appareil locomoteur 980	Lésions importantes de l'ouïe 890	Maladies infectieuses 879	Maladies de la peau 816	Maladies des voies respiratoires 356
2005	Maladies de la peau 931	Affections de l'appareil locomoteur 916	Lésions importantes de l'ouïe 899	Maladies infectieuses 750	Maladies des voies respiratoires 343
2006	Lésions importantes de l'ouïe 1 080	Affections de l'appareil locomoteur 890	Maladies de la peau 843	Maladies infectieuses 788	Maladies des voies respiratoires 429

### Les 5 pathologies les plus fréquemment reconnues

Années	N° 1	N° 2	N° 3	N° 4	N° 5
2000	Maladies de la peau 1 169	Affections de l'appareil locomoteur 935	Lésions importantes de l'ouïe 676	Maladies infectieuses 639	Maladies des voies respiratoires 293
2001	Maladies de la peau 1 081	Affections de l'appareil locomoteur 874	Maladies infectieuses 695	Lésions importantes de l'ouïe 504	Maladies des voies respiratoires 264
2002	Maladies de la peau 919	Affections de l'appareil locomoteur 779	Maladies infectieuses 691	Lésions importantes de l'ouïe 642	Maladies des voies respiratoires 262
2003	Maladies de la peau 808	Maladies infectieuses 765	Affections de l'appareil locomoteur 739	Lésions importantes de l'ouïe 647	Maladies des voies respiratoires 253
2004	Maladies infectieuses 857	Maladies de la peau 723	Lésions importantes de l'ouïe 696	Affections de l'appareil locomoteur 691	Maladies des voies respiratoires 256
2005	Maladies de la peau 820	Maladies infectieuses 699	Lésions importantes de l'ouïe 698	Affections de l'appareil locomoteur 613	Maladies des voies respiratoires 259
2006	Lésions importantes de l'ouïe 855	Maladies infectieuses 760	Maladies de la peau 752	Affections de l'appareil locomoteur 583	Maladies des voies respiratoires 340

*Participation aux frais d'impression et d'envoi : 30 euros TTC*

*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 mentionnée.*

*Photos : copyright Gaël Kerbaol pour l'INRS*

Le **FORUM EUROPÉEN**, fondé en 1992, a pour mission de promouvoir le principe d'une assurance spécifique contre les accidents du travail et les maladies professionnelles. De plus, il veille au processus de convergence entre les systèmes en vigueur.

Le Forum européen s'implique pour améliorer la situation des travailleurs en Europe qui ont souffert d'un accident ou d'une maladie lié au travail et joue un rôle important pour créer une Europe du futur socialement juste.

Il compte aujourd'hui 21 organismes membres provenant de 18 pays : Allemagne, Autriche, Belgique, Danemark, Espagne, Finlande, France, Grèce, Italie, Lettonie, Luxembourg, Norvège, Pologne, Portugal, Roumanie, Russie, Suède, Suisse. La présidence du Forum européen tourne chaque année.

[www.europeanforum.org](http://www.europeanforum.org)

Bureau permanent à Bruxelles  
C/O Maison européenne de la protection sociale  
50, rue d'Arlon - B-1000 Brussels  
Tel. : +32 2 282 05 60  
Fax : +32 2 230 77 73

**EUROGIP** est le trait d'union entre la Sécurité sociale française et l'Europe dans le domaine des risques professionnels : il analyse les évolutions au niveau communautaire et dans les autres pays de l'Union et fait valoir le point de vue de la Sécurité sociale.

Depuis 1991, ce groupement d'intérêt public informe partenaires sociaux et personnel de la Sécurité sociale, réalise des enquêtes comparatives sur les risques professionnels en Europe, participe à des projets d'intérêt communautaire et se mobilise pour faire entendre la voix de la prévention tant dans les instances de normalisation qu'auprès des organismes notifiés.

[www.eurogip.fr](http://www.eurogip.fr)

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