



Établir l'origine professionnelle d'une maladie

Zoom sur les approches italienne et danoise

Cas des TMS, cancers et pathologies psychiques

Sommaire

Introduction2

1. Cadre général de prise en charge des MP dans les pays européens4

1.1 Le rôle variable de la liste dans la reconnaissance des MP 7

1.2 La place de l'expertise scientifique 12

1.3 Le degré de souplesse des systèmes de reconnaissance et
leur propension à accueillir de nouvelles pathologies/expositions 17

1.4 À la marge, impact du système d'indemnisation 21

2. Zoom sur l'Italie23

2.1 Système mixte de reconnaissance des maladies professionnelles 23

2.2 Processus d'instruction des demandes de reconnaissance 25

2.3 Typologie des cas de maladies reconnues comme professionnelles 29

3. Zoom sur le Danemark34

3.1 Système mixte de reconnaissance des maladies professionnelles 34

3.2 Processus d'instruction des demandes de reconnaissance 37

3.3 Typologie des cas de maladies reconnues comme professionnelles 42

Annexes

A 1 : Liens vers les listes de maladies professionnelles 51

A 2 : Sources et statistiques de MP 2018 par pays 52

A 3 : France : instruction des demandes de reconnaissance en MP
de pathologies psychiques au titre du système complémentaire 66

A 4 : Danemark : résumé des travaux de la Commission
des maladies professionnelles 2018 71

A 5 : Danemark - Extrait du guide "Orientations sur les MP", 13^e édition,
concernant le syndrome du canal carpien 80

Introduction

Comment expliquer que la **France** reconnaisse 258 maladies professionnelles (MP) pour 100 000 assurés tandis que l'**Allemagne** n'en compte que 81¹ ? Pourquoi une telle disparité entre pays sur la place des troubles musculosquelettiques au sein des MP (88% en **France** et 75% en **Italie**, 4% en **Allemagne** et 22% au **Danemark**) ? Y a-t-il vraiment davantage de cancers professionnels en **Allemagne** que partout ailleurs en Europe ?

Certes, les niveaux d'exposition passée et présente aux différents facteurs professionnels - et donc de risque de contracter une maladie sur les lieux de travail - ne sont pas identiques d'un pays à l'autre. Ils sont fonction de la réglementation en vigueur (ex : interdiction plus ou moins tardive de l'amiante), de la nature des activités économiques du pays (ex : importance de l'industrie chimique, pétrochimique et sidérurgique, place de l'agriculture et donc de l'usage de produits phytosanitaires), des efforts de prévention menés par les acteurs publics et des priorités mises en œuvre, ainsi que des pratiques et cultures nationales de prévention (ex : respect des consignes, acceptation du port d'équipement de protection individuelle).

Mais, grâce notamment à la réglementation européenne (ex : obligation d'évaluer les risques, existence de valeurs limites d'exposition...) et au droit souple européen (normalisation en santé-sécurité au travail), on peut parler d'une certaine homogénéité des conditions de travail sur notre continent. La relative hétérogénéité des niveaux d'exposition n'explique donc qu'en partie les écarts statistiques entre pays en matière de maladies professionnelles.

L'autre, et sans doute principale, explication est à rechercher dans les différences entre systèmes de prise en charge. Ainsi, les volumes de maladies professionnelles reconnues sont fonction de la performance des systèmes de déclaration², mais aussi des conditions juridiques de reconnaissance propres à chaque pays et du mode d'instruction des cas soumis à l'organisme public d'assurance des maladies professionnelles.

Et si ces paramètres divergent d'un pays à l'autre, c'est parce qu'une maladie n'est pas professionnelle par essence. La plupart sont multifactorielles, c'est-à-dire que leur apparition renvoie à divers facteurs. Leur étiologie associe en effet un terrain héréditaire, des expositions environnementales et professionnelles, des facteurs de vie quotidienne...

Sur une centaine d'années, les organismes de sécurité sociale ont construit et adapté des systèmes de prise en charge qui permettent d'accueillir les cas éligibles à la reconnaissance en maladie professionnelle. Certes, ces systèmes présentent, en Europe, de nombreux points communs. Mais, parce qu'ils traduisent des choix politiques nationaux, le concept juridique de "maladie professionnelle" ne recouvre pas la même chose partout.

1 Données 2018, cf. annexe 2

2 Le thème de la sous-déclaration des MP est abordé dans l'étude "Déclaration des MP : problématique et bonnes pratiques dans 5 pays européens", Eurogip-102/F, 2015 sur bit.ly/EUROGIP-2015_Declaration-MP

L'origine professionnelle de certaines associations pathologies/expositions fait consensus, comme mésothéliome/exposition aux poussières d'amiante ou hypoacousie/bruit. Dans ce cas, la mise en œuvre de paramètres assurantiels, même différents, n'aura que peu d'incidence sur l'"admissibilité" des cas déclarés auprès des assureurs des pays européens. Pour ces pathologies, si écarts statistiques il y a, ils sont essentiellement dus à des différences dans les niveaux d'exposition et dans le nombre de demandes de reconnaissance.

En revanche, en présence de pathologies dont l'origine professionnelle est plus difficile à objectiver, le filtre que représentent les paramètres juridiques joue à plein. Les choix nationaux en matière de contenu de la liste de MP, de critères de reconnaissance, de recours à une présomption légale, de pratiques d'instruction des cas individuels sont autant de variables qui vont réguler le nombre de reconnaissances. On constate ainsi que le nombre de troubles musculosquelettiques, de cancers, de pathologies psychiques reconnus comme d'origine professionnelle varie sensiblement d'un pays à l'autre.

Au-delà de l'intérêt que peut susciter une approche comparative des systèmes de reconnaissance pour expliquer les écarts statistiques entre pays, ce document vise à apporter des éléments de réflexion sur le degré de souplesse ou d'adaptabilité des systèmes de prise en charge européens, confrontés à davantage de pathologies multifactorielles (certains cancers, maladies neurodégénératives, voire virus...).

1. Cadre général de prise en charge des MP dans les pays européens

Si l'on compile les données de sinistralité en maladies professionnelles publiées par les organismes d'assurance (voir annexe 2), on ne peut que constater des différences importantes entre pays. Le calcul de ratios pour 100 000 assurés permet d'apprécier l'ampleur de ces écarts.

Déclarations, cas reconnus et indicateurs ⁽¹⁾ de reconnaissance en MP : ratios pour 100 000 assurés (2018)							
Pays	TOTAL 2018		Surdités	Dermatoses	TMS	Cancers	Troubles psy
ALL	Déclarations	165	29	45	23	37	-
	Cas reconnus + inf ⁽²⁾	42 +39	14	1 + 38	3 + <1	13	-
	Indicateur inf inclus	25,5% 49%	50%	2,5% + inf 87%	12,5% + inf 13,5%	37%	-
DK	Déclarations	561	89	73	184	21	132
	Cas reconnus	130	25	42	29	6	12
	Indicateur	23%	28%	58%	16%	29%	9%
ESP	Déclarations	nd	nd	nd	nd	nd	nd
	Cas reconnus mixte ⁽³⁾	127 158	2	6	99	<1	-
FR	Déclarations	557	nd	nd	nd	nd	10
	Cas reconnus	258	3	ND	227	10	5
	Indicateur	46%	nd	nd	nd	nd	51%
ITA	Déclarations	278	25	2	210	15	3
	Cas reconnus	106	10	1	84	6	<1
	Indicateur	38%	40%	52%	40%	39%	5%

Sources : traitement EUROGIP des statistiques en annexe 2

inf. : informels - nd : non disponible

- (1) Indicateur de reconnaissance ; il ne peut s'agir à proprement parler d'un taux de reconnaissance car pour une année donnée (ici 2018) les dossiers de cas déclarés d'une part et ceux instruits/reconnus d'autre part ne sont pas nécessairement les mêmes.
- (2) En **Allemagne**, les cas informels correspondent à des maladies pour lesquelles l'origine professionnelle a été reconnue mais qui n'ouvrent pas droit au versement de prestations en espèces car l'assuré n'a pas été contraint de cesser son activité professionnelle en raison de sa pathologie.
- (3) En **Espagne**, est désignée sous mixte dans ce tableau, l'addition des cas reconnus comme MP stricto sensu (système d'enregistrement Cepross) et des cas de "pathologies causées ou aggravées par le travail", instruits comme des MP mais reconnus en accidents du travail (système d'enregistrement Panotratss), sorte de système complémentaire de reconnaissance.

Les champs de maladies professionnelles peuvent différer. En **France**, les chiffres correspondent aux cas reconnus en premier règlement, c'est-à-dire ceux qui ont donné lieu au versement d'une première prestation en espèces ladite année. Les cas reconnus sans versement de prestation ou seulement avec une indemnisation en nature ne sont pas publiés. En 2018, 65 079 maladies professionnelles ont été reconnues, dont 49 538 avec arrêt et/ou incapacité permanente. Au **Danemark**, seules les maladies professionnelles ayant entraîné une incapacité permanente (préjudice permanent physiologique et/ou perte de capacité de gain) sont reconnues en MP ; en cas d'incapacité temporaire ou de soins, le régime de la maladie s'applique.

On retrouve partout les mêmes grandes catégories parmi les MP les plus fréquentes (surdités, dermatoses, TMS et cancers), pas toujours dans le même ordre ou dans les mêmes volumes. On note un certain équilibre entre pathologies en **Allemagne** et au **Danemark**, et une prépondérance des TMS en **Espagne, France et Italie**.

Si l'on considère la totalité des MP, les indicateurs de reconnaissance disponibles sont du même ordre de grandeur (entre 38% en **Italie** et 49% en **Allemagne**), à l'exception du **Danemark** (23%).

En revanche, ces indicateurs varient sensiblement, au sein d'un même pays et entre pays, selon le groupe de pathologies. Si, à l'exception de la **France**³, les taux sont proches pour les cancers (entre 29% au **Danemark** et 39% en **Italie**), l'indicateur est exceptionnellement élevé en **Allemagne** pour les dermatoses (87% si l'on tient compte des cas reconnus informellement). C'est sur les TMS que les pays divergent le plus : un indicateur de reconnaissance de 13,5% et 16% respectivement en **Allemagne** et au **Danemark**, contre un taux de 40% en **Italie**, même s'il n'est pas disponible dans le tableau, on sait qu'il se situait en 2013 autour de 70% en **France**⁴.

L'indicateur de reconnaissance résulte du rapprochement de deux données : le nombre de déclarations et le nombre de cas reconnus.

On constate un niveau identique de déclarations toutes pathologies confondues au **Danemark** et en **France** (ratios respectivement de 561 et 557), tandis qu'il est de moitié en **Italie** et plus de 3 fois moins élevé en **Allemagne**.

Si les systèmes de déclaration des maladies professionnelles ne sont pas l'objet de cette étude⁵, il est utile de citer les facteurs qui peuvent être à l'origine des forts écarts entre pays.

A priori, le caractère plus ou moins ouvert de la procédure de demande de reconnaissance pourrait expliquer ces écarts. Cela dit, que la demande de reconnaissance relève d'une seule personne (la victime, comme c'est le cas en **France**, ou principalement l'employeur en **Italie**) ou bien de nombreux protagonistes - de fait essentiellement assurée par les

-
- 3 La France ne publiant pas de données sur les déclarations, on ne peut pas calculer d'indicateur de reconnaissance pour l'année 2018. Toutefois, les données statistiques d'un rapport récent qui portait précisément sur les cancers professionnels mentionnaient pour ce pays, et pour l'année 2016, un indicateur de reconnaissance de 80%. Voir "Sinistralité et repérage des cancers professionnels dans neuf pays européens", Eurogip-141/F, 2018, page 13 sur bit.ly/EUROGIP-2018-cancers_pro
 - 4 Donnée issue du rapport "TMS : quelle reconnaissance en MP ? Étude sur 10 pays européens", Eurogip-120F, 2016, page 37 sur bit.ly/EUROGIP-2016_TMS
 - 5 Pour en savoir plus, voir "Déclaration des MP : problématique et bonnes pratiques dans 5 pays européens", Eurogip-102/F, 2015 sur bit.ly/EUROGIP-2015_Declaration-MP

personnels de santé - comme en **Allemagne**, au **Danemark** et en **Espagne**, il ne semble pas, au vu des ratios, exister de corrélation entre le type de procédure et le nombre de déclarations.

La performance du système de déclaration, qui dépend elle-même de sa publicité, impacte certainement le volume des déclarations : plus le système de prise en charge des maladies professionnelles est connu des médecins et du grand public, plus les demandes de reconnaissance sont susceptibles d'affluer. L'intérêt des pouvoirs publics pour la lutte contre la sous-déclaration est un élément de cette performance. Plusieurs dispositifs existent dans ce sens : un système croisé de signalements entre le Registre du cancer et l'assureur au **Danemark**, une expérimentation de recherche proactive de cas de cancer de la vessie d'origine professionnelle en **France**, un dispositif local de recherche systématique de la possible origine professionnelle de cancers pulmonaires en **Italie**...

Le nombre de déclarations est aussi fonction de l'attractivité de la reconnaissance pour la victime qui peut s'envisager de deux manières complémentaires. Cela peut correspondre à l'intérêt pour la victime de faire reconnaître l'origine professionnelle de sa pathologie, eu égard aux prestations offertes par l'assurance contre les maladies professionnelles, car l'on sait que partout en Europe, ces prestations sont dans leurs grandes lignes plus favorables que celles versées par les assurances maladie/invalidité. On peut supposer que selon que la victime est atteinte de telle ou telle pathologie, selon qu'elle subit de ce fait uniquement un préjudice physiologique ou également une perte de capacité de gain, et selon le degré d'incapacité permanente qu'elle pense se voir attribuer, son intérêt à obtenir réparation est variable selon les pays (les prestations en nature ainsi que les prestations pour incapacité temporaire étant moins génératrices de disparités entre pays que les prestations pour incapacité permanente).

L'attractivité peut aussi s'entendre comme la connaissance du déclarant des chances que sa maladie a d'être reconnue comme professionnelle. Dans ce cas, il est indéniable que la perception par le déclarant de la propension de l'organisme d'assurance à reconnaître la pathologie déclarée influe sur le nombre de déclarations.

Enfin, on ne peut pas exclure que, selon les pays, les travailleurs soient différemment exposés et donc susceptibles d'être diversement atteints d'une maladie professionnelle, comme cela a été évoqué en introduction.

Quant aux reconnaissances, à l'exception de la **France** (ratio de 258), leurs nombres sont relativement proches (entre 81 en **Allemagne**, maladies informelles comprises et 130 au **Danemark**).

Cette relative homogénéité cache en réalité des écarts sensibles entre pays selon le type de pathologies : les surdités sont reconnues en très faible nombre en **Espagne** et en **France**, comme les dermatoses en **Espagne**, en **France**⁶ et en **Italie**, tandis que dans ces mêmes pays, les TMS sont surreprésentés : 227 en **France**, 84 en **Italie**, 119 en **Espagne** si l'on tient compte des pathologies causées par le travail reconnues en AT. Seuls les cancers affichent des niveaux homogènes - 6 au **Danemark** et en **Italie**, 10 en **France**

6 Les statistiques publiques ne permettent pas d'isoler les dermatoses, mais ce ratio de reconnaissance (pour 100 000 assurés) était de 4 en 2011 - Rapport précité Déclaration des MP, page 17.

et 13 en **Allemagne** - sauf en **Espagne**, où moins d'un cas pour 100 000 assurés a été reconnu en 2018.

Il est impossible de corréliser chaque ratio à un paramètre particulier du système de prise en charge des maladies professionnelles. Un système de reconnaissance doit être apprécié dans sa globalité.

Sans les décrire pays par pays, on peut relever certaines caractéristiques présentes ou non dans la manière de reconnaître et d'instruire les cas de maladies professionnelles par les différents pays ; ces caractéristiques vont impacter les types de maladies éligibles à la reconnaissance, le quantum des MP reconnues à l'échelle nationale et la capacité du système à accueillir de nouvelles pathologies.

1.1 Le rôle variable de la liste dans la reconnaissance des MP

La plupart des pays européens ont choisi d'établir une liste de maladies professionnelles dont la physionomie, le contenu et le rôle peuvent varier. En théorie, cette liste conditionne amplement la recevabilité des demandes de reconnaissance, le système complémentaire de reconnaissance (quand il existe) étant résiduel. En pratique, ce sont les critères appliqués lors de la phase d'instruction - principalement ceux liés à l'exposition - qui expliquent les écarts entre pays.

- **Physionomie des listes de MP⁷**

En **France** et en **Italie**, les listes sont construites sur le même modèle : trois colonnes recensant les pathologies, les expositions et les délais de prise en charge. On note toutefois quelques nuances.

En **France**, la colonne dédiée à l'exposition est souvent plus précise qu'ailleurs en ce qu'elle consiste en une liste indicative ou limitative de travaux exposant à l'agent.

À plusieurs exceptions près⁸, la liste **italienne** mentionne dans la colonne portant sur l'exposition "travaux exposant à *tel ou tel agent causal*" sans énumérer précisément les travaux qui exposent à l'agent causal mentionné.

La liste **espagnole** est similaire aux listes française et italienne, mais elle ne contient pas de colonne dédiée à un délai de prise en charge. Et en **France**, la colonne contenant la condition administrative du délai de prise en charge contient parfois aussi un critère de durée minimum d'exposition, surtout pour les cancers.

7 Cf. annexe 1 : listes de MP en Allemagne, Autriche, Belgique, au Danemark, en France, Italie et Espagne

8 Maladies causées par l'oxyde de carbone (MP n°22), tumeurs causées par les hydrocarbures aromatiques polycycliques (MP n°33), asthme bronchique (MP n°51), alvéolite allergique extrinsèque (MP n°52), maladies causées par les métaux durs (MP n°64), BPCO (MP n°66), dermatites allergiques de contact (MP n°69), hypoacusies (MP n°75), hernies discales lombaires causées par des vibrations transmises au corps entier (MP n°77 A) et maladies causées par les radiations UV (MP n°84)

Les listes **allemande**, **autrichienne** et **belge** ont des intitulés très génériques : les pathologies n'y sont pas toujours désignées et, lorsqu'elles le sont, il n'y a la plupart du temps pas de diagnostic précis (ex : maladies des voies respiratoires, maladies de la peau). Le libellé de l'exposition est également succinct (pas de liste de travaux). À noter que dans la liste **allemande**, un critère relatif à une durée ou une intensité minimales d'exposition est parfois mentionné, ce qui constitue une tendance récente⁹.

La liste **danoise** est précise dans ses libellés de pathologie, mais peu dans la colonne exposition.

Concrètement, plus une liste est précise, plus elle "enferme" l'assureur dans un cadre de reconnaissance. Les listes succinctes leur laissent davantage de marge de manœuvre.

- **Contenu des listes**

Sur le fond, il est difficile de comparer strictement les maladies couvertes à cause des différences dans les libellés, notamment en termes de degré de précision.

Plusieurs études d'EUROGIP ont toutefois montré qu'il n'existe pas de différences importantes sur le volume des pathologies couvertes par les listes. Les quelques variations constatées correspondent au cancer du larynx causé par l'amiante non inscrit sur la liste **française**, au syndrome du canal carpien non reconnu en MP en **Autriche**, aux atteintes de la colonne vertébrale en **Autriche**, **Finlande** et **Suisse**, aux méniscopathies en **Belgique** (liste non exhaustive).

La liste **danoise** comprend quant à elle plusieurs pathologies non couvertes ailleurs, telles que le syndrome de stress post-traumatique après une exposition longue¹⁰ et le cancer du poumon causé par le tabagisme passif (qui sera inscrit sur la liste allemande lors de sa prochaine révision).

À noter qu'en **Allemagne**, un réel système complémentaire de reconnaissance n'existant pas, le contenu de la liste donne le cadre nécessaire, mais non suffisant, à la reconnaissance de maladies professionnelles.

9 BK 1320 : Leucémie myéloïde chronique ou lymphoïde chronique causée par le 1,3-butadiène lorsque l'exposition à une dose cumulée d'au moins 180 butadiène/années (ppm x années) est établie ; BK 1321 : Altérations des muqueuses, cancer ou autres néoplasies des voies urinaires causés par les hydrocarbures aromatiques polycycliques lorsque l'exposition à une dose cumulée d'au moins 80 benzopyrène/années ($\mu\text{g}/\text{m}^3 \times \text{années}$) est établie ; BK 2112 : Gonarthrose causée par des travaux effectués à genoux ou dans une posture sollicitant les genoux de manière comparable avec une exposition professionnelle cumulée d'au moins 13 000 heures et une durée d'exposition minimale d'une heure par poste ; BK 4104 : Cancer du poumon, cancer du larynx ou cancer de l'ovaire associé à une maladie pulmonaire due aux poussières d'amiante (asbestose) ou associé à une maladie de la plèvre due aux poussières d'amiante ou lorsqu'une exposition à une dose cumulée de poussières d'amiante sur le lieu de travail d'au moins 25 fibres/années est établie ; BK 4113 : Cancer du poumon ou du larynx causé par les hydrocarbures aromatiques polycycliques lorsqu'une exposition à une dose cumulée d'au moins 100 benzopyrène/années [$(\mu\text{g}/\text{m}^3) \times \text{années}$] est établie.

10 Le stress post-traumatique est pris en charge, y compris au Danemark, en accident du travail lorsque qu'il est possible d'isoler un événement accidentel à l'origine du SSPT (exposition courte, soudaine, imprévisible). C'est ainsi qu'en France, entre 10 000 et 12 000 cas sont reconnus chaque année en AT, environ 5000 en Allemagne, quelques centaines en Belgique, 2000 en Suède... (chiffres issus du rapport sur https://eurogip.fr/wp-content/uploads/2019/11/Eurogip_81FR_Reco_patho_psy_travail_Europe.pdf page 36).

Ainsi, depuis qu'en 2015 ce pays a inscrit sur sa liste les carcinomes spinocellulaires ou kératoses actiniques multiples de la peau causés par les rayons UV naturels (BK 5103), les demandes de reconnaissance et les cas reconnus ont littéralement explosé, faisant de ce pays celui qui reconnaît désormais le plus de cas de cancers professionnels.

Allemagne - BK 5103 Carcinomes			
	2015	2017	2018
Déclarations	5 531	6 375	7 467
Cas reconnus	1 485	3 887	4 255

En revanche, cet effet d'appel n'a pas été constaté lors de l'inscription sur la liste du syndrome du canal carpien (BK 2113), toujours en 2015, sans doute parce que les critères de reconnaissance appliqués lors de la phase d'instruction sont particulièrement exigeants et que les médecins (qui en Allemagne sont à l'origine des 2/3 des déclarations) en sont informés.

Allemagne - BK 2113 syndrome du canal carpien			
	2015	2017	2018
Déclarations	1 391	981	1 033
Cas reconnus	102	276	304

- **Rôle des listes de MP**

Si la liste sert partout de cadre général pour la reconnaissance des MP, elle présente dans trois pays une caractéristique particulière : l'**Espagne**, la **France** et l'**Italie** confèrent aux maladies listées une présomption d'origine professionnelle. Si les conditions inscrites dans les colonnes sont remplies, la victime n'a pas à démontrer le lien entre son travail et la pathologie, ce lien étant présumé.

Cette présomption est simple, c'est-à-dire que l'assureur peut la renverser en apportant la preuve contraire, concrètement en démontrant que la pathologie trouve son origine dans une cause extra-professionnelle. Si cette possibilité légale existe, il semblerait qu'en **France** et en **Italie** elle soit rarement usitée (aucune information à ce propos en **Espagne**). Généralement, si l'exposition telle que décrite dans la liste et le cas échéant dans d'autres outils utilisés par l'assureur est caractérisée lors de la phase d'instruction, le cas est reconnu sans nécessité de rechercher des expositions extra-professionnelles.

Les statistiques montrent que l'existence d'une présomption d'origine professionnelle coïncide avec une plus large reconnaissance dans les pays concernés, du moins en matière de TMS. Sans doute que dans les pays en question, la présomption s'accompagne d'une appréciation plus souple de la réalité de l'exposition.

Les autres pays ne recourent pas à l'outil juridique qu'est la présomption. La liste énumère les pathologies recevables à la reconnaissance, mais ne lie l'assureur à aucune sorte d'automatisme de la reconnaissance.

Lors de l'instruction, la forte probabilité que l'activité professionnelle ait provoqué la pathologie doit être démontrée au cas par cas, elle n'est pas présumée. L'exposition au risque professionnel (sa réalité et son intensité) est évaluée concrètement et les antécédents médicaux de la victime sont examinés pour pouvoir apprécier l'éventuelle part d'une exposition non professionnelle.

Le résultat de l'instruction est ensuite confronté à des référentiels de nature scientifique ou technique qui servent d'outil de décision. Ceux-ci sont compilés dans des manuels (non publics) en **Allemagne**, tandis qu'au **Danemark** des critères ou indicateurs de reconnaissance en sont extraits et transcrits dans un guide des MP qui sert de référence à l'agent instructeur (voir chapitre 3 et annexe 5 pour un extrait).

Lors de l'instruction de la demande de reconnaissance, les assureurs vérifient si les conditions inscrites sur la liste sont remplies. C'est à ce stade que la manière dont les listes sont rédigées impacte la marge de manœuvre de l'assureur (degré de précision du diagnostic et surtout de l'exposition). Plus des critères relativement précis figurent sur la liste (liste limitative de travaux, critères quantitatifs d'exposition sur la durée et/ou l'intensité), moins l'assureur n'a à apprécier la vraisemblance de l'origine professionnelle de la pathologie.

Bien plus que le contenu des listes de maladies professionnelles, c'est le filtre que constitue l'étape de l'instruction qui différencie les pays. C'est là que se révèlent les degrés d'exigence nationaux qui cristallisent ce que chaque pays est prêt à prendre en charge au titre des maladies professionnelles.

S'il est possible de comparer entre pays les volumes de reconnaissances correspondant aux grandes familles de maladies, il s'avère excessivement difficile de le faire pathologie par pathologie, en raison de l'absence de nomenclature statistique commune.

Ci-dessous, deux exemples de pathologies pour lesquels une comparaison sur quelques pays est possible et qui illustrent la possibilité de forts écarts en reconnaissance bien que les pathologies soient listées dans les pays concernés.

Lombalgies			
Pays	Libellé de la liste ou statistique	Déclarations 2018	Reconnaisances 2018
Allemagne	Discopathies de la colonne lombaire provoquées par : - le port de charges lourdes pendant de nombreuses années ou par un travail effectué pendant de nombreuses années dans une posture impliquant une flexion extrême (BK 2108) - des vibrations essentiellement verticales transmises au corps entier dans une position assise pendant de nombreuses années (BK 2010)	5 222	363 + 102 informellement
Danemark	Maladies lombaires chroniques (B.1) 4 types d'exposition dans la liste (voir page 36)	986	147
France	Affections chroniques du rachis lombaire (diagnostic précis dans la liste) provoquées par : - des vibrations de basses et moyennes fréquences transmises au corps entier (MP97) - la manutention manuelle de charges lourdes (MP98) Listes limitatives de travaux et durée d'exposition de 5 ans précisées dans la liste	Non disponible	3 086
Italie	Hernie discale lombaire (MP 77) - par vibrations au corps entier Liste limitative de machines exposant aux vibrations transmises au corps entier dans la liste - manutention manuelle de charges	2 753 + très nombreux cas hors liste (estimation environ 25 000)	1 772 + très nombreux cas hors liste (estimation environ 6 500)

Syndrome du canal carpien			
Pays	Libellé de la liste ou statistique	Déclarations 2018	Reconnaisances 2018
Allemagne	Compression du nerf médian du canal carpien causée par des gestes répétitifs impliquant une flexion et une extension des poignets, une sollicitation accrue des mains ou des vibrations mains-bras (BK 2113)	1033	304
France	Syndrome du canal carpien Liste limitative de travaux : travaux comportant de façon habituelle, soit des mouvements répétés et 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	Non disponible	12 580
Italie	Maladies du système nerveux (CIM10 G00 à G99) La plupart correspondant à des syndromes de canal carpien	5 375	2 521

1.2 La place de l'expertise scientifique

- **dans la construction des listes**

L'expertise scientifique n'occupe pas la même place dans les processus d'adoption de nouvelles listes ou de mise à jour de ces listes.

En **Allemagne**, ce processus est exclusivement scientifique : à l'initiative du ministère fédéral du Travail et des Affaires sociales, la Commission indépendante médicale "Maladies professionnelles" (*Ärztlicher Sachverständigenbeirat Berufskrankheiten*), se réunit pour :

- rassembler la littérature scientifique disponible sur la révision envisagée afin de décider s'il y a lieu ou non de lancer formellement la procédure ;
- s'assurer que les prérequis d'une qualification en MP sont vérifiés (de nouvelles connaissances médicales/scientifiques doivent montrer que la pathologie est causée par une exposition spécifique et que certains groupes de personnes sont davantage exposés que le reste de la population) ;
- consigner dans un avis scientifique (*wissenschaftliche Begründung*) les résultats des recherches menées notamment sur la pathologie, les sources d'exposition et le lien de causalité entre les deux, les données épidémiologiques sur ce lien, la fréquence/occurrence, les valeurs limites d'exposition et les relations dose-effet, les diagnostics étiologiques et différentiels, les groupes professionnels touchés... Cet avis (généralement entre 10 et 30 pages) est un argumentaire scientifique détaillé en faveur de l'inscription de ladite pathologie/exposition sur la liste de MP allemande. Il est publié par le ministère¹¹.

Les experts de cette Commission sont essentiellement des médecins du travail :

- 8 représentants des spécialistes en médecine du travail et en épidémiologie ;
- 2 représentants des médecins inspecteurs du travail ;
- 2 représentants des médecins du travail en entreprise.

Participent également à cette Commission, mais sans droit de vote, un représentant de l'Institut fédéral de santé et de sécurité au travail (*Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin*) et deux représentants de l'assurance AT/MP (*Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung*).

Des experts scientifiques extérieurs à la Commission peuvent être consultés.

L'avis des partenaires sociaux n'est requis qu'une fois l'avis scientifique publié.

Au **Danemark**, la révision de la liste de MP est décidée par le Directeur général de l'organisme assureur des MP (*Arbejdsskadestyrelsen*), après négociation avec la Commission des MP qui lui est rattachée (voir partie 3). Cette négociation a lieu au minimum tous les deux ans.

¹¹ Exemple de l'avis scientifique publié à l'occasion de l'inscription du cancer de la peau causé par les UV naturels (en allemand) : https://www.baua.de/DE/Angebote/Rechtstexte-und-Technische-Regeln/Berufskrankheiten/pdf/Begrueendung-5103.pdf?__blob=publicationFile&v=4

Cette commission est un organe multipartite présidé par le DG de l'organisme assureur, ayant une double fonction :

- examiner les demandes de reconnaissance au titre du système complémentaire ;
- envisager les révisions de la liste de MP sur la base de l'expertise des membres en matière de reconnaissance de cas de pathologies/expositions non listées et d'études scientifiques commanditées à des experts externes.

Le prérequis pour l'examen d'une nouvelle pathologie/exposition est le suivant : la littérature scientifique doit montrer que la pathologie est causée par un agent spécifique auquel certains groupes de personnes, de par leur travail ou leurs conditions de travail, sont plus exposés que les personnes n'exerçant pas le travail en question.

En **Belgique**, l'Agence fédérale des risques professionnels, Fedris¹², dispose d'un Conseil scientifique composé d'un médecin et d'un suppléant pour chaque université belge qui organise une spécialisation en médecine du travail, spécialisés dans le domaine de la médecine du travail et/ou des MP, d'experts en MP, en toxicologie et en protection du travail, de deux médecins et deux suppléants travaillant chez Fedris, de deux experts et deux suppléants désignés par les organisations représentatives qui siègent au Comité de gestion de Fedris.

Ce Conseil élabore des recommandations pour l'inscription sur la liste de nouvelles pathologies/expositions qui contiennent les critères de reconnaissance qui devraient être appliqués (rapports non publics). Pour ce faire, il peut s'appuyer sur les avis des Commissions médicales spécialisées (affections respiratoires, cancers professionnels, appareil locomoteur, agents biologiques, agents chimiques et toxiques, agents physiques, dermatoses, nouvelles maladies) de Fedris.

Le conseil d'administration, composé de représentants d'employeurs et de salariés et de deux commissaires du gouvernement, est libre de prendre en compte ces avis ou pas ; dans les faits, un consensus est souvent trouvé.

La révision de la liste doit ensuite être approuvée par le ministère des Affaires sociales et de la Santé (c'est presque systématiquement le cas) et officialisée par un décret royal.

En **France**, la liste de maladies professionnelles est régulièrement révisée, soit qu'une pathologie y est ajoutée (insertion d'un nouveau tableau), soit que les critères correspondant à une pathologie déjà inscrite sont modifiés (modification d'une ou plusieurs colonnes du tableau existant).

La création et l'actualisation des tableaux résultent d'une concertation entre l'État et la Commission spécialisée des pathologies professionnelles (CPP), laquelle est une formation du Conseil d'orientation des conditions de travail (COCT)¹³. La CPP se compose de représentants des administrations concernées, des salariés et des employeurs, des

12 <https://fedris.be/fr/propos-de-fedris>

13 COCT : <https://travail-emploi.gouv.fr/ministere/instances-rattachees/article/coct-conseil-d-orientation-des-conditions-de-travail>

organismes nationaux d'expertise, de prévention et d'assurance des AT/MP ainsi que de personnes qualifiées nommées en raison de leur connaissance des maladies professionnelles.

Chaque année, le ministre du Travail établit le programme de création et révision des tableaux, après avis de la CPP. Il se base sur les propositions adressées au ministère par des personnes qualifiées, des partenaires sociaux, des médecins ou des spécialistes.

Chaque projet de création ou de révision donne lieu à la mise en place d'un groupe de travail spécifique avec un mandat de 3 ans renouvelable.

La révision des tableaux associe la discussion entre partenaires sociaux et l'expertise scientifique. Jusqu'en 2019, ces experts étaient désignés par les partenaires sociaux et l'État. Depuis, c'est l'Agence nationale de sécurité sanitaire (ANSES) qui réalise les travaux scientifiques préparatoires. Cette agence a été saisie en 2019 pour mener actuellement des travaux sur trois sujets : l'amiante, les pesticides comme le chlordécone et le formaldéhyde.

Les discussions au sein du groupe de travail doivent aboutir à une adhésion de part et d'autre, ce qui n'est pas toujours le cas, à l'issue des 2 ou 3 ans de travaux. Si consensus il y a, le projet de décret qui révisé ou crée un tableau est présenté à diverses instances qui doivent rendre un avis : à la CPP (organe consultatif, qui donne un avis ne liant pas l'administration), à la Commission générale du COCT (qui doit également rendre un avis) et à la Commission des accidents du travail et des maladies professionnelles de l'assureur AT/MP.

En **Espagne** et en **Italie**, les listes sont périodiquement mises à jour, mais à distance d'une ou plusieurs dizaines d'années, et elles font l'objet d'une révision globale.

Le processus d'adoption de la liste **espagnole** actuellement en vigueur (2006, la précédente version datait de 1978) a duré plusieurs années.

En 2001, un accord de principe sur la nécessité d'élaborer une nouvelle liste avait été trouvé entre le gouvernement et les parties prenantes sociales et économiques.

Un Comité technique regroupant des membres des ministères du Travail et de la Santé s'était réuni plusieurs fois en 2002 afin d'élaborer un premier projet de liste, qui a été modifié en 2004 après la parution de la liste européenne de MP en 2003. L'année 2005 avait été dédiée à la consultation des partenaires sociaux.

Le décret royal contenant la nouvelle liste de 2006 indique que le ministère du Travail est compétent pour mettre à jour cette liste, après avis positif du ministère de la Santé et de la Commission nationale de santé et sécurité au travail. Depuis, seules deux nouvelles inscriptions ont été décidées, en 2015 et 2018.

En **Italie**, le Décret législatif 38/2000 a réformé l'assurance AT/MP en profondeur. Il a instauré une Commission scientifique chargée de mettre à jour périodiquement la liste, ou plus exactement les deux listes de MP : l'une pour l'Industrie et les Services et l'autre pour l'Agriculture.

Cette Commission est composée de quinze membres maximum, émanant de l'État, de différents organismes publics de santé, de l'assureur AT/MP et des agences locales de santé (échelon local du système national de santé). Elle propose une révision de la liste

au ministre de l'Emploi, qui l'approuve dans un décret après consultation des partenaires sociaux.

La liste actuellement en vigueur a été adoptée en 2008, avec de nombreux changements sur la forme et sur le fond :

- les pathologies ont été recensées sous des libellés plus précis et codifiées en CIM-10¹⁴ ;
- de nombreux TMS ainsi que des expositions liées à la surdité, qui jusqu'alors étaient reconnus au titre du système complémentaire, ont été intégrés à la liste.

Avant la grande révision de 2008, la liste de MP, adoptée en 1965, avait été mise à jour en 1975 puis en 1994. Aucune révision n'est intervenue depuis 2008 mais une nouvelle version pourrait paraître en 2020.

Il existe bien deux logiques qui sous-tendent le processus de révision d'une liste, suivies totalement par certains pays, tandis que d'autres les mixent :

- celle qui fait de la maladie professionnelle le fruit d'un consensus social : les partenaires sociaux décident de ce qu'il est acceptable de prendre en charge au titre du risque professionnel, quel que soit le degré de preuve scientifique quant au lien entre la pathologie et l'exposition professionnelle.
- celle qui confère à la maladie professionnelle une dimension scientifique, en recourant aux risques relatifs pour ériger une pathologie au statut de MP, qui formalise ou se réfère aux études scientifiques et techniques pour ensuite mener l'instruction.

La référence à la science n'empêche pas chaque pays d'être plus ou moins sélectif lors de l'inscription d'une nouvelle pathologie dans sa liste. Sinon, comment expliquer que l'**Allemagne** n'ait intégré dans sa liste de MP le syndrome du canal carpien qu'en 2015 et que l'**Autriche** refuse de le considérer comme une MP alors que tous les autres pays - y compris le **Danemark** qui conditionne chaque ajout dans sa liste à la preuve scientifique que telle pathologie est plus fréquente pour telle exposition qu'en population générale - le reconnaissent en nombre depuis longtemps ?

- **dans la fixation de critères de reconnaissance**

Pendant la phase d'instruction des demandes de reconnaissance, et afin de vérifier les diagnostics et les expositions (lorsqu'il y a présomption) ou établir/dénier un lien de causalité, les assureurs AT/MP se réfèrent à des critères, souvent issus de la recherche scientifique.

Il n'est pas possible d'établir une liste de ces référentiels scientifiques ou techniques parce qu'il existe au moins autant de références que d'associations pathologie/exposition d'une

14 La classification CIM-10 (ou ICD-10 en anglais) est la classification internationale des maladies publiée par l'Organisation mondiale de la santé (OMS). <https://icd.who.int/browse10/2008/fr>

part, et car ils constituent des outils internes (donc pas toujours publics) d'autre part. Notons qu'il n'existe pas non plus de méthode commune aux assureurs nationaux pour les formaliser.

En **Allemagne**, on peut trouver, pour la plupart des pathologies professionnelles, des indications sur les critères de reconnaissance dans des fiches d'information (*Merkblätter*)¹⁵. Il s'agit uniquement de critères médicaux, et non d'exposition.

En **Belgique**, plusieurs référentiels auxquels l'assureur Fedris a recours pour instruire les cas de maladies professionnelles sont publics. On peut citer :

- les critères d'exposition aux fibres d'amiante applicables à la reconnaissance des cancers du poumon et du larynx ainsi que de l'asbestose, qui sont explicités dans l'unique annexe de la liste des maladies professionnelles ;
- la documentation médicale, disponible sur le site de Fedris¹⁶, qui porte sur les principales maladies professionnelles : tuberculose, MP provoquées par le plomb inorganique et ses composés, syndrome mono ou polyradiculaire, MP provoquées par l'amiante, syndrome psycho-organique dû aux solvants, hypoacousie par traumatisme sonore chronique, silicose et asthme professionnel.

Au **Danemark**, la plupart des critères de reconnaissance des MP se trouvent dans un guide des MP. Les références scientifiques ayant servi à les fixer y sont parfois mentionnées. Qu'il s'agisse des recherches du Centre international de recherche sur le cancer (CIRC) de l'OMS, mais aussi d'études internationales et nationales, elles sont en revanche toujours citées dans le rapport annuel de la Commission des maladies professionnelles qui décide des maladies à inclure sur la liste et des critères notamment liés à l'exposition qui seront applicables.

En **Italie**, il n'est pas rare que des documents techniques initialement consacrés à la prévention de certains risques servent de guide ou de critère. C'est surtout vrai pour les pathologies causées par des agents physiques. Ainsi, la vérification de l'exposition aux vibrations pour les pathologies vasculaires du système main-bras s'appuie-t-elle sur un ensemble de données issues de normes techniques (ex : UNI EN ISO 5349-1). Celles-ci sont elles-mêmes reprises dans la réglementation nationale portant sur la prévention des risques professionnels (ex : article 201 du décret législatif 81/2008 pour les valeurs limites d'exposition aux vibrations sur périodes brèves), dans des documents opérationnels à destination des préventeurs, sur des portails dédiés de l'assureur (ex : portail agents physiques de l'INAIL : www.portaleagentifisici.it).

On peut également trouver des valeurs limites dans des instructions ministérielles sur des concentrations de fibres dans l'environnement de travail qui, si elles s'avèrent dépassées à l'occasion de l'instruction d'un cas, constituent un élément en faveur d'une reconnaissance en MP.

15 <https://www.baua.de/DE/Angebote/Rechtstexte-und-Technische-Regeln/Berufskrankheiten/Merkblaetter.html>

16 <https://fedris.be/fr/professionnel/publications-scientifiques>

En **France**, il existe un outil d'aide à la décision¹⁷ des Comités régionaux de reconnaissance des MP qui couvre les pathologies les plus fréquemment examinées au titre du système complémentaire : certains TMS, les lombalgies, les hypoacusies, l'asthme, la BPCO, les cancers en général et les cancers broncho-pulmonaires et de la vessie en particulier, la maladie de Parkinson (pesticides) et les affections d'origine psychique. Une version mise à jour de ce guide devrait prochainement être publiée.

1.3 Le degré de souplesse des systèmes de reconnaissance et leur propension à accueillir de nouvelles pathologies/expositions

En fonction de la nature et du fonctionnement de leur système complémentaire (hors liste) de reconnaissance des MP et du dynamisme dont ils font preuve lorsqu'il s'agit de faire évoluer la liste de MP, certains systèmes de reconnaissance peuvent être plus accueillants que d'autres lorsqu'ils sont confrontés à de nouvelles pathologies/expositions.

- **Dynamisme de l'évolution des listes de MP**

Si l'on examine les modifications de listes intervenues ces dernières années, on constate qu'elles concernent majoritairement les TMS et les cancers.

Dernières modifications de listes

Allemagne	
Août 2017 4^e ordonnance d'actualisation	<ul style="list-style-type: none"> - leucémie causée par le butadiène (BK 1320) - cancer de la vessie causé par les hydrocarbures aromatiques polycycliques (BK 1321) - dystonie focale chez les musiciens instrumentistes (BK 2115)- - cancer des ovaires causé par l'amiante (modification de BK 4104) - cancer de la gorge causé par les hydrocarbures aromatiques polycycliques (modification de BK 4113)-
Novembre 2014 (entrée en vigueur 1^{er} janvier 2015) 3^e ordonnance d'actualisation	<ul style="list-style-type: none"> - carcinome épidermoïde et kératoses actiniques multiples causées par une exposition aux rayons du soleil † - syndrome du marteau hypothénar et syndrome du marteau thénarien † - cancer du larynx causé par les vapeurs d'acide sulfurique † - syndrome du canal carpien-
11 juin 2009 (entrée en vigueur 1^{er} juillet 2009) 2^e ordonnance d'actualisation	<ul style="list-style-type: none"> - gonarthrose ou usure prématurée du cartilage de l'articulation du genou (nouvelle BK 2112) † - fibrose pulmonaire liée aux effets extrêmes et prolongés de fumées et de gaz de soudage (nouvelle BK 4115) † - hémopathies et affections du système hématopoïétique et du système lymphatique provoquées par le benzène (modification de BK 1318) † - cancer du poumon provoqué par les hydrocarbures aromatiques polycycliques (nouvelle BK 4113) † - cancer du poumon provoqué par les effets combinés des fibres d'amiante et des hydrocarbures aromatiques polycycliques (nouvelle BK 4114)-

¹⁷ <http://www.inrs.fr/media.html?refINRS=TM%2031> (dernière version consolidée de 2013)

Danemark	
2016	- dépression après participation à la guerre
2014	- cancer de la peau, cancer du rein après exposition au trichloréthylène
2012	- ajout du syndrome d'accrochage de l'épaule (<i>impingement</i>) à la rubrique du syndrome de la coiffe des rotateurs
2010	- pneumopathies après exposition au vanadium et pneumopathies de type obstructif après exposition aux isocyanates
2008	- tendinopathie du tendon rotulien (Jumper's knee)
2007	- syndrome du défilé cervico-brachial
2006	- arthrose de la hanche
2005	- réorganisation de l'ancienne liste et ajout de nombreuses pathologies / expositions, essentiellement des cancers ou substances cancérogènes et inscription du trouble de stress post-traumatique

Belgique	
2019	- uniformisation des critères de reconnaissance des cancers du poumon et du larynx et de l'asbestose causés par l'amiante
2013	- tuberculose chez les personnes travaillant dans des institutions de soins, le secteur des soins de santé, l'assistance à domicile, la recherche scientifique, les services de police, les ports aériens et maritimes, les prisons, les centres d'asile et d'accueil pour illégaux et sans-abri et chez les travailleurs sociaux (modification) - thrombose ou anévrisme de l'artère ulnaire au niveau de l'éminence hypothénar
2012	- maladies atteignant les tendons, les gaines tendineuses et les insertions musculaires et tendineuses des membres supérieurs
2005	- syndrome mono ou polyradiculaire objectivé de type sciatique (modification)

France (régime général)	
2017	- hémopathies (leucémie myéloïde chronique) provoquées par le 1.3 butadiène (création du tableau 99) - carcinome hépatocellulaire provoqué par l'exposition au chlorure de vinyle monomère (création du tableau 52 bis) - affections périarticulaires provoquées par certains gestes et postures de travail (modification de la rubrique "genou") - lésions chroniques du ménisque à caractère dégénératif (modification du tableau 79)
2014	- maladies dues aux bacilles tuberculeux et à certaines mycobactéries atypiques (modification du tableau 40)
2012	- affections périarticulaires provoquées par certains gestes et postures de travail (modification de la rubrique "coude") - lésions prolifératives de la vessie provoquées par des amines aromatiques et leurs sels (modification du tableau 15 ter)

Italie

La liste en vigueur depuis 2008 a intégré de nombreux TMS ainsi que des types d'exposition liés à la surdité qui jusqu'alors étaient reconnus au titre du système complémentaire.

Espagne

2018 (décret royal 257/2018)	- cancer du poumon causé par les poussières de silice libre
2015 (décret royal 1150/2015)	- cancer du larynx lié aux poussières d'amiante

• Rôle du système complémentaire

La liste dessine les contours de la reconnaissance des maladies dont l'origine professionnelle fait consensus et/ou est démontrée. Pour les pathologies non inscrites sur cette liste, une majorité de pays possède un système complémentaire. Mais ces systèmes sont loin de répondre à des règles communes de fonctionnement.

En **Espagne**, il n'existe pas de système complémentaire en tant que tel. Les pathologies non listées peuvent être instruites au titre des pathologies causées ou aggravées par le travail (système Panotratss) et reconnues comme accident du travail.

Il existe 16 catégories de pathologies dans ce système :

- maladies infectieuses et parasitaires,
- néoplasies (cancers),
- maladies du sang et du système immunologique,
- maladies endocriniennes,
- troubles mentaux,
- maladies du système nerveux central et périphérique,
- maladies affectant les sens (vision et ouïe),
- maladies du système cardiovasculaire,
- maladies du système respiratoire,
- maladies du système digestif,
- maladies de la peau,
- maladies de l'appareil locomoteur,
- maladies de l'appareil génital,
- lésions,
- symptômes et observations cliniques ou de laboratoire anormales non classifiés ailleurs,
- intoxications et autres facteurs externes et facteurs qui affectent l'état de santé.

Ainsi en 2018, ajoutés aux 24 082 cas reconnus en maladies professionnelles, 5 843 l'ont été en pathologies causées par le travail (voir annexe 2).

En **Allemagne**, le système complémentaire est fermé, c'est-à-dire qu'y sont admises les seules pathologies/expositions qui ont été approuvées par la Commission médicale "Maladies professionnelles" et qui sont, à ce titre, destinées à être inscrites dans la liste lors de sa prochaine révision. Elles sont donc très peu nombreuses et gérées comme une maladie listée

puisque les justifications scientifiques ayant déjà été publiées, les contours de leur reconnaissance sont déjà définis. En 2018, on dénombre 12 cas reconnus à ce titre.

Actuellement, deux pathologies attendent d'être inscrites sur la liste de MP et sont à ce titre susceptibles d'être reconnues au titre du système complémentaire : le cancer du poumon causé par le tabagisme passif et l'arthrose de la hanche causée par la manipulation de charges.

En **France** et en **Italie**, les systèmes complémentaires sont similaires : ils accueillent les cas pour lesquels l'une des conditions de la liste n'est pas remplie d'une part et les cas totalement étrangers à la liste d'autre part.

Ce 2^e type de cas permet de reconnaître des pathologies dont le lien avec une exposition professionnelle ne fait pas (encore) consensus scientifiquement ou socialement. Il en est ainsi des pathologies psychiques après exposition longue et de certains cancers.

Les cas qui sont instruits au titre du système complémentaire ne bénéficient pas de la présomption d'origine professionnelle attachée à la liste. Théoriquement, c'est à la victime de démontrer le lien entre sa pathologie et son travail. En pratique, le travailleur participe davantage au processus d'instruction en apportant des éléments probatoires mais ce n'est pas lui qui réunit la littérature scientifique relative au lien de causalité. En **France**, seuls les cas d'une certaine gravité peuvent être examinés puisque la victime doit être atteinte d'une incapacité permanente d'au moins 25% ou être décédée.

À noter une différence substantielle entre la France et l'Italie. En **France**, c'est un Comité régional de reconnaissance des MP qui statue (composé d'un médecin-conseil régional de l'assureur, d'un médecin inspecteur régional du travail et d'un professeur des universités ou praticien hospitalier particulièrement qualifié en matière de pathologie professionnelle). En **Italie**, c'est la même personne qui traite les cas de pathologies listées ou hors liste : un médecin du travail de l'organisme assureur INAIL (voir 2).

En volume, ce système n'est pas résiduel. En **Italie**, en 2018, l'INAIL a reconnu 6 169 cas hors liste (sur un total de 16 641 MP), qu'il s'agisse de cas pour lesquels un critère de la liste faisait défaut ou de cas hors liste stricto sensu. Et en **France**, 7 354 cas de pathologies listées mais dont un critère de la liste n'était pas rempli (une majorité de TMS) et 1 211 cas strictement hors liste ont été reconnus.

Au **Danemark**, le système complémentaire joue un véritable rôle d'antichambre de la liste (voir point 3 et annexe 4). Comme en France et en Italie, il permet d'examiner les cas ne correspondant pas exactement aux critères de la liste, mais de manière plus discriminatoire : seules certaines expositions correspondant à une pathologie listée peuvent être discutées au sein de la Commission des MP, lorsqu'il y a un faisceau d'éléments scientifiques qui établissent un lien. La commission statue sur ces cas, veille activement ces sujets, voire commande des études à des instances de recherche nationales. Si un degré de probabilité suffisant (du lien entre pathologie et exposition) est montré sur la base de ces études, la commission décide de modifier les critères contenus dans le guide des MP qui sert d'outil d'instruction, voire ceux de la liste de MP.

Peu de pays publient des statistiques détaillées sur les cas reconnus en système hors liste (le **Danemark** et la **France**). On constate que, dans ces deux pays, le système complémentaire est le système privilégié d'accueil des pathologies psychiques (principal pour le Danemark, exclusif pour la France). Sachant qu'il l'est également en **Italie**, même si c'est dans un volume beaucoup plus restreint. En **Espagne**, le système de reconnaissance en accidents du travail des pathologies causées ou aggravées par le travail accueille également des maladies mentales (106 cas en 2018).

Ces quatre pays sont, avec la **Suède** qui n'est pas couverte par cette étude, les seuls qui en Europe reconnaissent actuellement les pathologies psychiques¹⁸ comme maladies professionnelles, après une exposition longue. Par opposition à la reconnaissance en accident du travail, qui est pratiquée partout à condition qu'un événement soudain et traumatique puisse être identifié.

- **Propension des systèmes à accueillir de nouvelles pathologies/expositions**

Finalement, la capacité d'un système de reconnaissance à évoluer résulte des paramètres évoqués ci-dessus : la manière dont la liste est libellée, la procédure de révision de cette liste et le rôle du système complémentaire.

Là où les termes de la liste sont génériques, donc souples, où son évolution dépend principalement des avancées dans les connaissances scientifiques et où il existe un système hors liste ouvert, de nouvelles pathologies/expositions peuvent être envisagées et reconnues (**Danemark**).

Là où le libellé de la liste fige davantage la pratique de reconnaissance, où l'évolution de la liste dépend plus du consensus social que des données scientifiques, c'est le système complémentaire qui permet de traiter des pathologies/expositions émergentes (**France**, et dans une moindre mesure **Italie**).

Et dans l'hypothèse où ce système complémentaire est fermé, il est très difficile de les prendre en compte, sauf à discriminer des pathologies/expositions émergentes prioritaires (**Allemagne**).

1.4 À la marge, impact du système d'indemnisation

On ne peut pas complètement décorrélérer les systèmes d'indemnisation des victimes de MP des mécanismes de reconnaissance. Car si une pathologie est érigée au statut de maladie professionnelle, c'est pour *in fine* permettre aux travailleurs qui en sont atteints d'accéder à une réparation de leurs préjudices.

¹⁸ EUROGIP a consacré une étude (2013) à la prise en charge de ces pathologies au titre des risques professionnels. Pour davantage d'informations sur la manière d'instruire spécifiquement les déclarations de pathologies psychiques, voir ci-après pour l'Italie (page 32) et le Danemark (page 48) et le Guide pour les C2RMP pour la France (annexe 3, y compris des statistiques).

Or, même si ce n'est pas l'objet de cette étude¹⁹, il convient de citer quelques paramètres des systèmes d'indemnisation qui limitent l'intérêt de la reconnaissance en MP puisqu'ils aboutissent à ce que, bien que reconnus, certains cas de MP ne sont pas ou seulement partiellement pris en charge :

- l'existence d'un taux minimum d'incapacité permanente : en présence de séquelles permanentes, plusieurs pays exigent un degré de gravité minimum - concrètement un taux minimum d'incapacité ou de perte de capacité de gain, selon le pays - pour l'attribution d'une rente (ou d'un capital) : 6% en **Italie** et au **Danemark**, jusque 20% en **Allemagne**.
- en **Allemagne**, la reconnaissance de certaines pathologies (essentiellement des TMS et des maladies de la peau) n'est possible qu'à condition que la gravité de 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. Si cette condition fait défaut, on parle alors de reconnaissance "informelle" qui ouvre droit à des prestations de type préventif et à des prestations financières, à l'exception d'une rente.

Ainsi, sur les 457 cas de lombalgies causées par des charges lourdes reconnus en 2018, seuls 358 étaient éligibles au versement d'une rente pour incapacité permanente (sous condition d'un taux de perte de capacité de gain de 20%) et 99 n'ont été reconnus qu'informellement. Cette condition de l'abandon de l'activité devrait disparaître au 1^{er} janvier 2021²⁰.

Chaque système de reconnaissance s'est construit progressivement, sans volonté de se rapprocher, ni de créer de modèle commun au niveau européen. On ne peut pas, au regard des systèmes de prise en charge des MP, classer les pays par catégories, de la plus stricte à la plus ouverte.

Par manque d'information d'abord : si l'instruction des demandes de reconnaissance est le moment où les différences entre pays apparaissent les plus grandes, c'est aussi l'étape la plus "intime" du rôle de l'assureur.

Mais aussi parce que catégoriser aboutirait à stigmatiser, or les systèmes en question peuvent se révéler dynamiques pour telle ou telle pathologie en dépit de leurs caractéristiques générales.

Il est proposé ici d'approfondir le cas de deux pays : l'**Italie**, parce que son système de reconnaissance est le plus proche du système français, et le **Danemark**, parce qu'il en est, au contraire, très éloigné.

19 "AT/MP : réparation forfaitaire ou intégrale ?", Eurogip-21/F, 2005, <https://eurogip.fr/wp-content/uploads/2019/11/Eurogip-21F.pdf>

"Réparation du préjudice permanent subi par les victimes d'AT/MP en Europe", Eurogip-59/F, 2010, https://eurogip.fr/wp-content/uploads/2019/11/Eurogip_NoteRPP_59F.pdf

20 Communiqué de presse de la DGUV du 8 mai 2020 (en allemand), https://dguv.de/de/mediencenter/pm/pressemitteilung_391619.jsp

2. Zoom sur l'Italie

Le système italien de reconnaissance des MP a des points communs avec le système français : une liste de MP relativement détaillée et présentée sous forme de tableaux, une présomption d'origine pour les pathologies qui y figurent, un système complémentaire ouvert, de forts taux de reconnaissances.

2.1 Système mixte de reconnaissance des maladies professionnelles

En Italie, pour qu'une victime fasse reconnaître le caractère professionnel de sa pathologie, il existe deux procédures selon que celle-ci est inscrite sur la liste de MP ou non. Nous verrons que cette distinction est plus théorique que pratique.

Une trentaine d'années après la naissance d'une assurance contre les accidents du travail (1898), quelques premières maladies professionnelles ont à leur tour été listées et, à ce titre, indemnisables : intoxications par le plomb, le mercure, le phosphore, le sulfure de carbone, le benzol ainsi que l'ankylostomose. Cette liste a été élargie en 1952 à 40 maladies professionnelles et en 1958 à l'agriculture. Des nouvelles versions annulant et remplaçant les précédentes²¹ ont à nouveau été publiées en 1975, 1994 et 2008. Une nouvelle liste est actuellement en attente d'approbation et de publication.

Actuellement, c'est la liste²² de 2008 qui est en vigueur²³. Les innovations apportées par cette version par rapport à la précédente sont les suivantes : sur le fond, le nombre de familles de pathologies inscrites est passé de 58 à 85 (de 27 à 24 pour l'agriculture). Les nouvelles venues sont essentiellement des TMS, plus exactement des membres supérieurs, du genou et de la colonne vertébrale dus à des contraintes biomécaniques²⁴, mais aussi les plaques pleurales et de nombreux risques/travaux associés à l'hypoacousie. Sur la forme, les pathologies sont désormais désignées nominativement sous un intitulé de type "maladies causées par un agent causal"²⁵ et codifiées selon la CIM-10²⁶.

C'est une commission scientifique²⁷ qui met à jour périodiquement la liste de maladies professionnelles en fonction des nouvelles connaissances scientifiques acquises. Cette commission est composée de quinze membres maximum, représentant le ministère du Travail, le ministère de la Santé, le ministère des Finances, l'Institut national de la santé (*Istituto superiore della sanità*), le Conseil national de la recherche (*Consiglio nazionale delle ricerche*), l'organisme assureur AT/MP (*Istituto Nazionale Assicurazione contro gli Infortuni sul Lavoro*, INAIL), l'Institut national de la Sécurité sociale (*Istituto nazionale*

21 Contrairement à la liste française de MP qui évolue par suppression, ajout et modification de tableaux.

22 Il serait plus exact de parler de listes, car il en existe une pour l'industrie et une pour l'agriculture.

23 Liste de MP en vigueur en 2019 : http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_normativa_1688_allegato.pdf

24 Ces TMS étaient auparavant massivement reconnus en système hors liste.

25 On retrouve ce type d'intitulés génériques dans la liste européenne de MP ainsi que dans plusieurs listes nationales de pays européens.

26 La CIM-10 est la classification des maladies de l'OMS, consultable sur <https://icd.who.int/browse10/2016/en>

27 Instaurée en 2000 par le Décret législatif 38/2000 qui a réformé l'assurance AT/MP en profondeur.

della previdenza sociale) et les agences locales de santé (*Aziende sanitarie locali*) en tant que représentantes des Régions.

La proposition de nouvelle liste est transmise au ministre du Travail qui, à ce stade, s'assure qu'elle fait consensus auprès des partenaires sociaux. Le Président de la République prend ensuite un décret sur proposition du ministre du Travail.

La liste de MP consiste en réalité en un tableau (*tabella*) comprenant trois colonnes :

- la 1^{re} désigne, par rubrique "maladies causées par *tel ou tel agent causal*", des pathologies précises codées CIM-10 ;
- la 2^e recense des travaux (voir note de bas de page 8) ou le plus souvent reprend "travaux qui exposent à un agent causal cité dans la 1^{re} colonne" ;
- la 3^e fixe la durée du délai entre la cessation du travail, donc de l'exposition au risque, et la demande de reconnaissance.

Maladies (CIM-10)	Travaux	Période maximum d'indemnisation à partir de la cessation de l'exposition
Tableau 57 Maladies causées par l'amiante (hors asbestose) Plaques et épaissements pleuraux avec ou sans atelectasie (J92) Mésothéliome de la plèvre (C45.0) Mésothéliome du péricarde (C45.2) Mésothéliome du péritoine (C45.1) Mésothéliome de la tunique vaginale et du testicule (C45.7) Carcinome pulmonaire (C34)	Travaux qui exposent aux fibres d'amiante	Illimitée

À la différence de certains tableaux français, les tableaux italiens ne contiennent jamais de référence à une durée d'exposition. Par ailleurs, la description de la pathologie (1^{re} colonne) consistant en un diagnostic et celle des travaux (2^e colonne) y sont plus succinctes.

La présence sur la liste italienne d'une pathologie, associée à une exposition, lui confère une présomption d'origine professionnelle. Cela signifie que le travailleur est dispensé de la charge de la preuve du lien entre sa maladie et son activité professionnelle. Cette présomption légale peut être renversée si l'assureur apporte la preuve que la maladie est due à des causes extraprofessionnelles.

En pratique, l'INAIL ne semble pas tirer les mêmes conséquences de cette présomption d'origine que l'assureur français lorsqu'il instruit les demandes de reconnaissance. En effet, parce que la colonne exposition est moins précise en Italie (liste de travaux seulement pour certaines pathologies, jamais de durée d'exposition), l'instructeur doit vérifier la réalité de l'exposition.

Il existe par ailleurs un système de reconnaissance hors liste depuis 1988 qui, comme en France, ouvre la possibilité de reconnaissance d'une part aux pathologies listées mais ne correspondant pas à l'exposition ou ne remplissant pas la condition administrative et d'autre part aux pathologies non listées. À noter qu'il n'y a pas de condition préalable d'entrée dans le système complémentaire (comme un taux d'incapacité permanente minimum par exemple).

De fait, ce système sert à la fois d'antichambre de la liste (avant l'adoption de la nouvelle liste de 2008, les TMS et de nombreux cas de surdités étaient reconnus à ce titre) et de système de reconnaissance de pathologies dont le lien avec le travail n'est pas suffisamment documenté scientifiquement, notamment les pathologies psychiques. En 2018, les cas reconnus hors liste représentaient 34% du total des maladies professionnelles reconnues.

2.2 Processus d'instruction des demandes de reconnaissance

Les demandes de reconnaissance sont envoyées par voie électronique par l'employeur, accompagnées d'un premier certificat médical. Elles sont instruites par les unités locales de l'assureur INAIL, que la pathologie soit inscrite sur la liste de MP ou non.

Au sein de ces unités locales, c'est un médecin (de formation médecine du travail) qui instruit les demandes ; il est, le cas échéant, aidé par des agents de profil administratif ou technique, mais c'est lui qui dirige la procédure d'instruction et qui prend la décision finale de reconnaissance ou de rejet.

Le médecin du travail INAIL est régulièrement formé et informé par la Surintendance sanitaire centrale de l'INAIL, notamment à l'occasion de colloques nationaux à destination de tous les médecins "instructeurs" ou par des circulaires internes portant sur l'instruction des dossiers de maladies professionnelles.

Que la maladie soit listée ou pas, le médecin recueille pour chaque demande les documents nécessaires à :

- la vérification du diagnostic : certificat médical initial, visite médicale (à domicile si l'état de santé du malade le justifie), autres examens cliniques si nécessaire, période de latence...
- la vérification de l'exposition au risque : identification de l'agent pathogène et appréciation de la réalité de l'exposition (évaluation de son intensité et de sa durée), grâce notamment :
 - au document d'évaluation des risques fourni par l'employeur,
 - à la fiche sanitaire du Service de santé au travail fournie par l'employeur,
 - au livret de travail pour les expositions les plus anciennes²⁸,

28 Le livret de travail (*libretto di lavoro*) est un document individuel qui recensait les emplois et niveaux de responsabilité occupés et les entreprises fréquentées par un travailleur, ainsi que des informations sur ses aptitudes (diplôme, vaccinations...). Il a été aboli en 2003 mais il peut encore servir d'élément de preuve dans le cadre d'une instruction de pathologies à effet différé.

- aux informations détenues par les Services Prévention et Sécurité dans les lieux de travail²⁹,
- aux enquêtes et expertises menées par le ConTARP régional³⁰,
- aux données des registres du mésothéliome, des cancers, à l'échelle locale,
- et, si nécessaire, grâce aux informations issues d'organismes tels que l'Institut national de protection sociale (INPS), par exemple pour des expositions dans des emplois successifs.

Ces informations relatives au travailleur sont ensuite appréciées au regard de la documentation scientifique et technique existante sur l'association pathologie/exposition en cause.

- **Pour les pathologies listées**

Il n'est pas besoin de prouver le lien entre la maladie et l'activité professionnelle du demandeur. L'instruction de la demande de reconnaissance porte donc sur la vérification du diagnostic d'une part, sur la réalité de l'exposition d'autre part.

Il n'existe pas de recueil compilant des critères qualitatifs et/ou quantitatifs de reconnaissance pour chaque pathologie. Le médecin recourt à plusieurs documents de référence, issus de la littérature scientifique ou technique, nationale et internationale. Il s'appuie également sur des documents internes portant sur la prévention de telle ou telle affection et comportant des seuils d'exposition.

Il existe au moins autant de documents de référence que d'associations pathologie/exposition. En voici quelques exemples :

- pour les cancers : l'INAIL se réfère principalement aux monographies du CIRC³¹ si le facteur de risque appartient au groupe 1 (*cancérogène pour l'homme*, 120 agents à ce jour) et pour certains au groupe 2A (*probablement cancérogène pour l'homme*, 83 agents à ce jour). La vérification de la période de latence s'effectue aussi sur la base de la littérature scientifique. Certaines fiches par risque rédigées par le ConTARP explicitent les secteurs d'activité concernés et l'état des connaissances scientifiques et techniques sur la cancérogénicité de l'agent causal³².

²⁹ Les *Servizi Prevenzione e sicurezza degli ambienti di lavoro* sont les départements, au sein des Agences sanitaires locales, qui connaissent bien le tissu économique local, les entreprises et les risques qu'on y rencontre.

³⁰ Le ConTARP (*Consulenza tecnica accertamento rischi e prevenzione*) est la structure technique de l'assureur INAIL qui se décline au niveau régional. Son domaine d'action s'étend de l'évaluation des risques à l'accompagnement des entreprises en matière de prévention des risques professionnels. Lorsqu'un ConTARP régional est sollicité dans une procédure d'instruction d'un cas de MP, il est tenu de fournir des données techniques requises à l'unité locale, mais aussi de les transmettre au ConTARP national pour une diffusion des connaissances plus large et une plus grande homogénéité des pratiques d'instruction.

³¹ Centre International de Recherche sur le Cancer (CIRC) : organe scientifique de l'OMS, qui publie une classification des substances et travaux par groupe de cancérogénicité. Exemple de la récente monographie sur le benzène : <http://publications.iarc.fr/576>

³² Exemple sur les tumeurs causées par l'exposition aux poussières de cuir : https://www.inail.it/cs/internet/docs/alg-rischi-professionali-polveri-cuoio_6443118077716.pdf?section=attivita

- pour les pathologies provoquées par les agents physiques : références regroupées dans un portail dédié³³.
- pour les TMS causés par les vibrations : le Texte unique sur la sécurité au travail (Décret législatif 81/2008³⁴) prévoit dans son article 201 des valeurs limites d'exposition aux vibrations. Même si ces seuils ont été déterminés à des fins de prévention, l'INAIL s'appuie sur ces valeurs pour présumer qu'une exposition qui les dépasserait est à même de causer une maladie.
- pour les pathologies psychiques : circulaire INAIL, voir infra.

L'exposition subie par le travailleur s'évalue en tenant compte des mesures de protection prises dans son environnement de travail (éventuel port d'EPI, cabines confinées de peinture...).

Lorsque l'exposition à certains facteurs nocifs ne peut être documentée avec certitude, comme cela est souvent le cas pour les expositions très anciennes, le doute bénéficie au travailleur et la vraisemblance suffit : l'exposition peut être déduite avec une forte probabilité de l'origine professionnelle, "par assimilation" avec des travaux/tâches analogues, à partir d'enquêtes d'hygiène industrielle et de la littérature scientifique.

Si les critères de reconnaissance (diagnostic, travaux cités dans la liste de MP, critères d'exposition issus de la documentation scientifique) sont remplis de manière certaine, il n'est pas procédé à une recherche de facteurs extra-professionnels.

Mais dans les cas où il y a un doute sur l'origine professionnelle de la maladie, le médecin instruit "à charge et à décharge". C'est particulièrement vrai pour les pathologies du dos.

En cas d'"équivalence des causes" (exposition professionnelle et exposition extra-professionnelle), le doute bénéficie au travailleur sans que l'on essaie de mesurer quelle est la cause prépondérante. Il faut que l'exposition professionnelle ait suffi à provoquer la maladie.

L'assureur peut ainsi écarter la présomption d'origine professionnelle seulement s'il démontre :

- que le travailleur a été occupé de manière sporadique ou occasionnelle aux travaux visés dans le tableau de MP (dans les tableaux de TMS, la colonne exposition mentionne toujours "travaux effectués de manière non occasionnelle") ;
- que le travailleur a bien été exposé à l'agent pathogène, mais de manière insuffisante pour causer la maladie ;
- ou que la maladie a été due à une cause extra-professionnelle qui a pu à elle seule la provoquer.

³³ PAF: https://www.portaleagentifisici.it/fo_hav_documentazione.php?lg=IT

³⁴ <https://www.lavoro.gov.it/documenti-e-norme/studi-e-statistiche/Documents/Testo%20Unico%20sulla%20Salute%20e%20Sicurezza%20sul%20Lavoro/Testo-Unico-81-08-Edizione-Giugno%202016.pdf> (en italien)

- **Pour les pathologies hors liste ou inscrites sur la liste mais dont les conditions associées (travaux, période d'indemnisation) ne sont pas remplies**

La présomption d'origine professionnelle ne s'applique pas et c'est théoriquement le demandeur qui doit prouver l'origine professionnelle de sa maladie.

En réalité, le processus d'instruction est supporté par le même acteur que pour les pathologies listées (c'est-à-dire un médecin spécialisé en médecine du travail de l'INAIL), avec les mêmes moyens probatoires. Concrètement, l'unique différence consiste dans la nécessité de rechercher et de documenter la preuve du lien de causalité entre la pathologie et l'exposition professionnelle. Ce qui rend l'instruction plus longue, plus difficile et la reconnaissance moins probable.

Là encore, le médecin instructeur se réfère à la littérature scientifique : monographies du CIRC, études épidémiologiques, littérature scientifique portant sur la fraction étiologique professionnelle. Les recherches sont évidemment facilitées s'il existe des précédents. L'assureur attend généralement du demandeur une plus grande proactivité dans la fourniture des éléments relatifs à l'exposition subie.

Exemple d'une demande de reconnaissance d'un conducteur de bus pour sa lombalgie

La colonne de travaux pour la pathologie n°77 (hernie discale lombaire) indique "les travaux effectués de manière non occasionnelle avec des machines qui exposent à des vibrations transmises au corps entier : machines de transport de matériaux, tracteurs, grues de quai, chariots élévateurs, embarcations de pêche professionnelle côtière et en haute mer". La liste de travaux étant limitative et ne couvrant pas les moyens de transport public, le cas doit être instruit en système complémentaire.

L'instruction sera plus exigeante que pour un conducteur de chariot élévateur puisque le lien de causalité n'est pas présumé. Il sera en pratique nécessaire de prouver que le siège du véhicule utilisé ne respecte pas le corpus normatif correspondant au risque "vibrations" (par exemple vieux bus dont les amortisseurs ne sont plus conformes) et que les voies de circulation empruntées sont en mauvais état.

Une décision de reconnaissance ou de rejet doit intervenir dans les 120 jours à compter de la demande pour les pathologies listées, dans les 180 jours pour les pathologies non listées. Il semble que dans les faits, ces délais soient difficilement respectés.

2.3 Typologie des cas de maladies reconnues comme professionnelles

La liste italienne de maladies professionnelles est similaire à la liste française dans son contenu et dans sa forme. On y trouve en effet sensiblement les mêmes pathologies et la même structure de présentation (85 rubriques de MP sur 3 colonnes).

Pourtant, le nombre de maladies professionnelles reconnues est moindre, même à volume de demandes de reconnaissance comparable. Le taux moyen de reconnaissance (pour l'ensemble des MP) est en effet de 38% en Italie contre 46% en France.

- **Troubles musculosquelettiques**

Statistiques 2018 (gestion industrie & services)		
N° et intitulé du tableau Pathologies visées et code CIM-10	Déclarations	Cas reconnus
Tableau 76 : Maladies causées par des vibrations mécaniques transmises au système main-bras - Syndrome de Raynaud secondaire doigt main (I73.01) - Ostéo-arthropathies pouce coude épaule (M19.2) - Neuropathies périphériques (nerf médian et nerf ulnaire) (G56.0)	197	180
Tableau 77 : Hernie discale lombaire (M51.2)	2 753	1 772
Tableau 78 : Maladies de surcharge biomécanique du membre supérieur - Tendinite du sus-épineux (M75.1) - Tendinite du chef long du biceps (M75.2) - Tendinite calcifiante (maladie de Duplay M75.3) - Bursite (M75.5) - Epicondylite (M77.0) - Epitrochléite (M77.1) - Bursite olécranienne (M70.2) - Tendinite et péri-tendinite des fléchisseurs/extenseurs pouce-doigt (M65.8) - Syndrome de De Quervain (M65.4) - Syndrome du canal carpien (G56.0)	7 327	5 366
Tableau 79 : Maladies de surcharge biomécanique du genou - Bursite (M70.4) - Tendinite du quadriceps fémoral (M76.8) - Méniscopathie dégénérative (M23.3)	547	402
Total TMS liste	10 824	7 720
Estimation TMS hors liste (par recoupement avec statistiques codées CIM-10) sachant qu'environ 80% des cas reconnus hors liste correspondent à des lombalgies	24 800	6 500
Estimation Total TMS	35 500	14 100
Total MP	47 335	16 641

Les TMS représentent, comme en France, la majorité des maladies professionnelles : les 3/4 des déclarations et les 4/5 des reconnaissances en 2018. Le nombre de déclarations augmente lentement (+ 9% en 4 ans) tandis que le nombre de reconnaissances a baissé de 6% sur cette même période. Les TMS ont surtout augmenté entre 2008 et 2011, l'année 2008 correspondant à la date de leur inscription sur la liste de MP.

Le taux de reconnaissance des TMS se situait en 2018 autour de 35%, égal à celui de l'ensemble des maladies professionnelles. Ce taux cache toutefois une réalité différente selon que le cas a été instruit dans le cadre des tableaux de MP (71%) ou qu'il a été examiné hors tableaux (21%).

Au regard du nombre de lombalgies reconnues hors liste (la plupart parce que le travail de la victime n'entre pas dans la liste limitative de travaux), on peut supposer, mais ce n'est qu'une hypothèse, que la liste de MP qui doit être publiée sous peu intégrera de nouveaux types d'exposition dans le tableau consacré aux hernies discales lombaires.

Qui dit reconnaissance ne dit pas nécessairement indemnisation pour incapacité permanente. Ainsi, sur les :

- 10 731 cas de maladies du système ostéoarticulaire reconnus en 2018, seule la moitié a atteint le seuil de 6% de dommage biologique et donné lieu à indemnisation (pour la quasi-totalité en capital) ;
- 2 343 cas de maladies du système nerveux (essentiellement canal carpien) reconnus en 2018, moins de 20% des victimes ont obtenu une indemnisation en capital.

• **Cancers**

Les cancers ne font pas toujours l'objet d'un tableau spécifique dans la liste de MP, ce qui permettrait d'isoler des statistiques par type de cancer/agent causal : c'est le cas seulement des tumeurs causées par une exposition lors de la production d'alcool isopropylique (tableau 46), des cancers causés par les poussières de bois dur (tableau 67) et des cancers causés par les poussières de cuir (tableau 68). Les autres tumeurs sont bien énumérées (avec leur code CIM-10), mais au sein de tableaux spécifiques à un agent causal et couvrant plusieurs types de pathologies :

- **Cancer du poumon** (C34) causé par l'arsenic (tableau 2), le béryllium (tableau 3), le cadmium (tableau 4), le chrome (tableau 5), le nickel (tableau 8), les hydrocarbures aromatiques polycycliques (tableau 33 – liste de travaux), les éthers (tableau 47), l'amiante (tableau 57) ;
- **Mésotéliome** pleural (C45.0), péricardique (C45.2), péritonéal (C45.1), de la tunique vaginale et du testicule (C45.7) causé par l'amiante (tableau 57), par l'ériionite (seulement pour le mésotéliome pleural et péritonéal, tableau 58) ;
- **Cancer des fosses nasales** (C30) causé par le chrome (tableau 5), le nickel (tableau 8) ;
- **Cancer des sinus de la face** (C31) causé par le chrome (tableau 5), le nickel (tableau 8) ;
- **Cancers du système hémolymphopoïétique** (C82-C96) causés par les hydrocarbures aliphatiques linéaires et cycliques (tableau 29), les éthers (tableau 47), les radiations ionisantes (tableau 81) ;
- **Leucémies myéloïdes** (C92) causées par les hydrocarbures aromatiques mononucléaires (tableau 32) ;

- **Epithéliome cutané** (C44) causé par les hydrocarbures aromatiques polycycliques (tableau 33 – liste de travaux) et par les rayons UV, y compris les radiations solaires (tableau 84) ;
- **Cancer de la vessie** (C67) causé par les hydrocarbures aromatiques polycycliques (tableau 33 avec liste de travaux) et les amines aromatiques (tableau 39) ;
- **Angiosarcome du foie** (C22.3) causé par le chlorure de vinyle (tableau 34) ;
- **Tumeur du rhinopharynx** (C11) causé par les aldéhydes (tableau 43) ;
- **Tumeurs solides** (C97) causées par les radiations ionisantes (tableau 81).

Dans la colonne "exposition" de la liste figure souvent le libellé "travaux qui exposent à tel ou tel agent causal", plus rarement une liste indicative de travaux.

En pratique, l'INAIL peut faire tomber la présomption d'origine professionnelle pour les cancers en montrant que la période de latence est trop courte ou trop longue, ou que l'exposition n'est pas assez documentée.

Il est à noter qu'une décision judiciaire peut imposer une reconnaissance. En 2012, la Cour de cassation a ainsi reconnu une "invalidité" professionnelle à un travailleur de 60 ans atteint d'une tumeur du nerf trijumeau (cerveau) en raison d'une exposition prolongée aux ondes électromagnétiques générées par un téléphone portable.

Italie - Cancers					
	2014	2015	2016	2017	2018
Déclarations	3 024	2 800	2 788	2 693	2 643
Cas reconnus	1 357	1 242	1 188	1 100	989

Source : Rapport annuel INAIL 2018 - Statistiques - toutes gestions (tableau M1-4)

Le nombre de déclarations et de reconnaissances semble diminuer lentement depuis quelques années ; ce déclin semble coïncider avec les données correspondant au tableau 57 consacré aux maladies causées par l'amiante, hors asbestose (mais plaques pleurales comprises, ce qui ne permet pas d'isoler statistiquement le nombre précis de cancers causés par l'amiante).

Les cancers représentent environ 5% des demandes de reconnaissance et des cas reconnus de maladies professionnelles. La plupart des cas sont instruits au titre des tableaux.

Une étude d'EUROGIP portant sur les cancers professionnels³⁵ a montré qu'en 2008, 80% des cancers reconnus étaient des cancers broncho-pulmonaires et des mésothéliomes. Venaient ensuite les cancers de la vessie (10%) et des sinus (5%). Quant aux agents causaux, l'amiante était à l'origine de 71% des cas reconnus, les amines aliphatiques de 4,6% des cas, les poussières de bois de 3,9% des cas, le reste des expositions étant

35 https://eurogip.fr/wp-content/uploads/2019/11/EUROGIP_RapportRecoCancerspro_49F.pdf

réparti dans un large éventail d'autres agents causaux. En outre, entre 2001 et 2008, 15% des cancers professionnels étaient reconnus hors liste.

- **Pathologies psychiques**

L'Italie fait partie des rares pays européens, à l'instar du Danemark, de la France et de la Suède, à reconnaître des pathologies psychiques comme maladies professionnelles, c'est-à-dire après une exposition longue³⁶. L'INAIL a initié une pratique de reconnaissance dès le milieu des années 1990. Le Conseil d'administration a entériné celle-ci en 2001. Il a par ailleurs confié à un comité scientifique la mission de définir des méthodes de diagnostic étiologique des *pathologies d'ordre psychique et psychosomatique engendrées par le stress subi sur le lieu de travail, incluant le mobbing*³⁷. Ce comité a rendu ses conclusions en 2003, lesquelles ont été formalisées dans une circulaire INAIL n°71/2003. Même si ce document a été ensuite annulé par un Tribunal administratif régional et le Conseil d'État sur demande d'associations d'employeurs³⁸, son contenu sert toujours d'outil d'aide à l'instruction.

Les cas de pathologies psychiques ne peuvent être reconnus que si le travailleur a été exposé à des incohérences dans le processus d'organisation du travail ("*costrittività organizzativa*").

Concrètement, les situations pathogènes prises en compte sont les suivantes :

- marginalisation de l'activité professionnelle,
- fonctions vidées de leur contenu,
- non-attribution d'instruments de travail,
- transferts injustifiés et répétitifs,
- affectation prolongée de tâches impliquant une réduction de la qualification par rapport au profil professionnel de l'intéressé,
- affectation prolongée de tâches trop lourdes ou excessives, y compris par rapport à un éventuel handicap psychique ou physique,
- interdiction systématique ou structurelle de l'accès à l'information,
- inadaptation structurelle ou systématique des informations inhérentes à l'activité professionnelle normale,
- exclusion répétée du salarié des initiatives de formation, de requalification ou de mise à jour professionnelles,
- exercice exagéré ou excessif de différentes formes de contrôle.

Sont en revanche exclus du risque couvert les facteurs d'organisation liés au déroulement normal du rapport de travail (licenciement, réaffectation, etc.) ainsi que les situations

36 En cas d'exposition courte (un événement soudain, inattendu, de courte durée), de nombreux pays prennent en charge de telles pathologies au titre des accidents du travail.

37 Harcèlement psychologique

38 Les demandeurs craignaient que cette circulaire n'érige les pathologies psychiques en véritables maladies listées.

induites par les dynamiques psychologiques et relationnelles communes au milieu professionnel et au cercle de la vie sociale et familiale.

Enfin, les comportements purement subjectifs adoptés par des personnes sur leur lieu de travail ne sont pas considérés, à moins que réitérés, ils ne se traduisent et ne se concrétisent par des incohérences pouvant être documentées et démontrées dans le processus d'organisation.

Le fait d'avoir circonscrit les facteurs d'exposition à une organisation du travail défaillante explique le faible nombre de cas reconnus chaque année, en dépit de plusieurs centaines de demandes de reconnaissance. En 2018, on dénombre pour la gestion "industrie & services" 459 demandes de reconnaissance pour 24 cas reconnus. Ces deux volumes sont stables depuis 2004, même si on est habituellement plutôt sur une quarantaine de cas reconnus annuellement (la statistique de 2018 n'est pas encore consolidée).

À noter qu'en Italie, l'examen d'un cas hors liste ne requiert pas de taux d'incapacité permanente minimum.

En 2018, sur les 24 cas de pathologies psychiques reconnus dans l'industrie & services :

- 4 l'ont été sans incapacité permanente ("dommage biologique" en italien),
- 8 avec un taux compris entre 1 et 5% ne donnant lieu à aucune réparation pour préjudice permanent,
- 10 avec un taux compris entre 6 et 15% donnant lieu à une prestation en capital,
- 2 avec un taux compris entre 16 et 25% donnant lieu au versement d'une rente.

En synthèse

Le système italien de reconnaissance des MP est basé sur le même compromis social qu'en France : l'employeur est exonéré de sa responsabilité civile, le travailleur blessé ou malade bénéficie d'une réparation forfaitaire, mais une présomption d'origine est mise en place pour faciliter la reconnaissance.

Présomption ne veut pas dire automaticité de la reconnaissance. La liste de maladies professionnelles est rédigée de telle manière qu'elle n'enferme pas l'assureur dans une pratique de reconnaissance qui ne lui laisserait aucune marge de manœuvre. La vérification de la réalité de l'exposition, qui doit être suffisante pour avoir causé la pathologie, est la marque d'une instruction souple et équitable.

Les statistiques montrent que c'est toutefois l'un des systèmes européens les plus favorables au travailleur. Les demandes de reconnaissance sont nombreuses et le taux de reconnaissance est le deuxième plus élevé après la France. Et il semble faire consensus.

L'expertise de l'instructeur (médecin du travail) et la formation continue dont il bénéficie assurent un bon niveau de cohérence des décisions (sur le territoire national, mais aussi entre pathologies listées et système complémentaire) et de maîtrise du système ; la référence constante à la littérature scientifique ou technique permet à l'assureur de s'adapter aux nouvelles réalités dans le domaine des risques professionnels.

Si la mise à jour de la liste de MP n'intervient que rarement (par l'adoption d'une nouvelle liste), le système complémentaire - ouvert aussi bien aux maladies listées ne correspondant pas aux critères qu'aux maladies non listées - autorise l'accueil de nouvelles associations pathologie/agent causal, comme les pathologies psychiques.

3. Zoom sur le Danemark

3.1 Système mixte de reconnaissance des maladies professionnelles

Comme l'Italie, la France et la plupart des pays européens, le Danemark possède un système de reconnaissance pour les MP inscrites sur la liste et un système complémentaire pour les MP (ou les associations avec un agent causal) hors liste.

Reconnaissance au titre de la liste de MP

Le Danemark a la particularité de mettre à jour la liste de MP environ tous les deux ans. Celle en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2020³⁹ a intégré une seule modification par rapport à la précédente, en l'espèce le cancer du poumon causé par les fumées de soudage de métaux.

La révision de la liste de MP est décidée par le Directeur général de l'organisme d'assurance contre les MP (*Arbejdsmarkedets Erhvervssikring - AES*, anciennement *Arbejdsskadestyrelsen*), après négociation avec la Commission des maladies professionnelles qui lui est rattachée et soumise au ministère de l'Emploi. Cette négociation a lieu au minimum tous les deux ans.

Les huit membres de la Commission des MP, nommés par le ministre de l'Emploi pour trois ans, sont des représentants des partenaires sociaux, de la Direction de la santé et de l'Inspection du travail, des experts en médecine du travail et autres spécialités médicales. Le DG de AES préside la Commission qui a une double fonction :

- examiner les demandes de reconnaissance au titre du système complémentaire (voir infra) ;
- envisager les révisions de la liste de MP, sur la base de l'expertise des membres en matière de reconnaissance de cas de pathologies/expositions non listées et d'études scientifiques commanditées à des experts externes.

La Commission se réunit une fois par mois pour remplir la première fonction et 3 à 4 fois par an pour la seconde. Depuis 2003, elle remet un rapport annuel au ministre de l'Emploi qui le transmet à une commission parlementaire pour y présenter les évolutions observées

³⁹ Acte administratif N° 898 du 27 août 2019, consultable en anglais sur <https://www.aes.dk/-/media/DFE28E84EF864EB0B05F455B6C1C29E5.ashx>

dans le domaine des maladies professionnelles et ses propres travaux (cf. annexe 4, extraits du rapport de 2018⁴⁰).

Le prérequis pour l'examen d'une nouvelle pathologie/exposition à inscrire dans la liste est le suivant : la littérature scientifique doit montrer que la pathologie est causée par un agent spécifique auquel certains groupes de personnes, de par leur travail ou leurs conditions de travail, sont plus exposés que les personnes n'exerçant pas le travail en question.

Depuis la dernière réforme des AT-/MP en 2005, les travaux de la Commission ont entraîné l'inscription de 17 maladies sur la liste : le stress post-traumatique en 2005, plusieurs cancers et TMS (voir infra), la pneumonie après exposition au vanadium et la pneumopathie de type obstructif après exposition aux isocyanates en 2010 ainsi que la dépression après participation à la guerre en 2016.

Ces travaux ont également permis l'assouplissement des exigences relatives aux facteurs de risque ou nouveaux facteurs de risque pour 38 maladies déjà inscrites : essentiellement pour les cancers, quelques TMS (voir infra), l'hypoacousie (en 2005), le trouble de stress post-traumatique différé (en 2013), la BPCO (les réserves quant au tabagisme ont été supprimées) et l'eczéma dû au nickel.

Enfin, ils ont abouti à trois retraits de liste ou exigences accrues : pour des cancers (voir ci-après) et retrait de la liste des troubles du développement prénatal.

Dans la liste danoise, les pathologies sont regroupées essentiellement selon le site de la pathologie (à l'exception des cancers qui constituent une catégorie propre, elle-même organisée selon le site de la tumeur) : tête, dos/cou/hanche, bras/épaule, jambe, poumons et voies respiratoires, maladies mentales, peau, maladies infectieuses et parasitaires, maladies causées par des agents chimiques, autres maladies, cancers et maladies congénitales. Ces catégories sont subdivisées en pathologies (avec codification interne).

La liste est organisée sur deux colonnes : pathologie et exposition (le plus souvent des substances ; des postures pour les TMS et également des procédés pour les cancers). Cette seconde colonne ne contient pas de critères quantitatifs relatifs à l'exposition (durée, intensité), à l'exception de vagues indications de type "longtemps", "plusieurs années" ou "plusieurs tonnes" pour certains TMS.

Exemple extrait de la liste danoise portant sur les lombalgies	
Maladie B.1	Exposition
Lombalgies chroniques accompagnées de douleur (lombalgie/sciatique, prolapsus d'un disque lombaire, lombalgie dégénérative)	a) Port de charges sollicitant le dos impliquant de soulever/tirer vers le haut des objets lourds à raison de nombreuses tonnes par jour pendant de nombreuses années b) Port de charges sollicitant le dos, les charges étant généralement extrêmement lourdes et les opérations de levage difficiles, à raison de plusieurs tonnes par jour pendant de nombreuses années

⁴⁰ Årsredogørelse om udviklingen på erhvervssygdomsområdet i 2018 sur <https://www.aes.dk/da/Udgivelser/Redegorelser-til-Folketinget.aspx>

	<p>c) Travail sollicitant le dos dans le secteur des soins impliquant quotidiennement de nombreuses manutentions d'adultes ou d'adolescents handicapés pendant de nombreuses années</p> <p>d) Sollicitation du dos, exposition quotidienne à des vibrations transmises au corps entier par des véhicules fortement vibratiles pendant de nombreuses années</p>
--	--

Si la liste danoise est succincte quant aux critères de reconnaissance des MP, c'est parce que ces derniers sont répertoriés de manière plus exhaustive dans un autre document, une sorte de guide appelé "Orientations sur les maladies professionnelles". Ce guide est mis à jour régulièrement sur la base des décisions prises en principe lors des réunions de la Commission des maladies professionnelles : la 13^e édition applicable au 1^{er} janvier 2020⁴¹ remplace celle de juillet 2018.

Ce guide, conçu par l'assureur AT/MP et sa Commission des maladies professionnelles, a pour objet de décrire les exigences relatives à la reconnaissance des maladies professionnelles. Sur presque 500 pages, il contient toutes les informations nécessaires à l'instruction des demandes de reconnaissance au titre de la liste.

Le 1^{er} chapitre contient les conditions générales de reconnaissance des MP. Il est suivi de 9 chapitres qui décrivent pour la plupart des grandes familles de pathologies (hypoacousie, pathologies du dos et de la hanche, du genou, maladies dues aux vibrations, autres troubles musculosquelettiques, maladies pulmonaires, maladies mentales, cancers et maladies de la peau)⁴², les conditions détaillées de reconnaissance, c'est-à-dire les exigences spécifiques en matière de diagnostic et d'exposition. Ce guide contient enfin un dernier chapitre de "documentation médicale" ayant servi de référence pour fixer les pratiques d'instruction de 40 maladies ou familles de maladies.

Il existe par ailleurs un guide spécifique aux maladies causées par les vibrations⁴³.

Systeme de reconnaissance hors liste

Les demandes de reconnaissance qui ne correspondent pas aux associations pathologie/exposition de la liste ou qui ne correspondent pas au cadre défini dans le guide attaché à la liste (notamment en termes de métiers ou postures) peuvent être examinées par la Commission des maladies professionnelles.

Toutefois, toutes les demandes hors liste ne lui sont pas soumises. AES détermine quels cas doivent l'être, lesquels par principe seront ceux :

- considérés comme devant être reconnus étant donné la pratique administrative de la Commission dans des dossiers équivalents (ex : cancer du sein causé par le travail de nuit) ;
- considérés comme proches d'une reconnaissance compte tenu de la pratique administrative de la Commission ;

⁴¹ Consultable en danois sur <https://www.retsinformation.dk/pdfPrint.aspx?id=210971>

⁴² Les maladies non couvertes dans le guide en vigueur peuvent être couvertes par un guide antérieur.

⁴³ "Guide to Recognition of Vibration-induced Disorders" sur <https://www.aes.dk/da/English/Publications/Guides.aspx>

- qui concernent une maladie ou un facteur de risque pour lesquels l’instruction au titre de la liste par AES n’a pas précédemment déterminé si les conditions décrites dans le dossier suffisent pour satisfaire aux critères de reconnaissance du fait de la nature particulière du travail ;
- qui relèvent d’un domaine intéressant particulièrement la Commission des MP, à sa demande ; il s’agit généralement des pathologies/expositions qui font l’objet de recherches scientifiques et pour lesquelles la Commission exerce une fonction de veille, ce qui lui permet d’ajuster en continu le contenu de la liste de MP, les critères de reconnaissance et les associations pathologie/exposition ;
- renvoyés expressément à la Commission des MP par la Commission des recours en matière sociale.

En 2018, la Commission des MP s'est réunie chaque mois pour étudier 463 demandes de reconnaissance transmises par AES et a pris 431 décisions. Ce n'est pas elle qui prononce la décision de reconnaissance ou de rejet, mais elle fait des recommandations dans un sens ou dans l'autre à l'assureur, qui les suit généralement.

3.2 Processus d’instruction des demandes de reconnaissance

Au titre de la liste de MP

Rappelons que pour qu’une pathologie/exposition soit inscrite sur la liste danoise de MP, il faut au préalable qu’une documentation médicale suffisante ait été recueillie et examinée par la Commission des MP. Cette documentation scientifique doit démontrer notamment un excès significatif de la pathologie chez les travailleurs exposés à un agent causal par rapport aux travailleurs non exposés. Il peut s’agir d’études de prévalence, nationales ou internationales, de fiches du CIRC pour les cancers, etc.

Les données scientifiques issues de ces documents servent à fixer et à mettre à jour les critères qualitatifs et quantitatifs formalisés dans le guide “Orientations sur les maladies professionnelles”. Celui-ci constitue l’outil d’aide à l’instruction pour les agents de l’organisme assureur.

Une fois AES saisi d’une déclaration de maladie professionnelle - le plus souvent par un médecin, mais aussi directement par la victime -, un agent de profil administratif rassemble les informations nécessaires à l’instruction du cas. La victime participe à cette phase en répondant aux questions et en se présentant le cas échéant à une visite médicale. Si cela est jugé nécessaire, un médecin spécialisé (en médecine du travail ou dans le domaine dont relève la pathologie, par exemple un psychiatre) intervient pour décrire l’apparition et l’évolution de la maladie ainsi que les éventuelles pathologies préexistantes ou concurrentes dont souffre la victime. Ce spécialiste est également apte à évaluer les conditions de travail concrètes et leur lien avec la pathologie. L’agent interroge également l’employeur s’il a besoin d’informations complémentaires sur l’exposition.

Au Danemark, contrairement aux pays latins, il n’existe pas, légalement parlant, de présomption d’imputabilité quant au caractère professionnel d’une maladie qui remplit les

Les cas transmis par l'assureur à la Commission des MP font au préalable l'objet d'une évaluation et d'un projet d'avis.

Formellement, la charge de la preuve entre la pathologie et l'exposition professionnelle incombe à la victime. En pratique, c'est l'assureur qui doit réunir les informations nécessaires à l'examen du cas.

La documentation du cas porte sur :

- la pathologie : diagnostic, apparition de la maladie, évolution, traitement, éventuelles maladies préexistantes, symptômes actuels, examen clinique, radiographie, scanner, échographie. En plus du 1^{er} certificat médical, du compte-rendu hospitalier, de l'avis d'un spécialiste – le plus souvent pneumologue, radiologue, chirurgien orthopédique, ou expert de la Société danoise du cancer -, un médecin consultant de l'assureur est également appelé à évaluer le cas.
- l'historique des expositions subies par le travailleur, renseignées le mieux possible en fonction des connaissances disponibles sur le secteur spécifique. Les informations détenues par les médecins du travail sont demandées. D'autres sont obtenues auprès de la victime, des derniers employeurs (jusqu'aux trois derniers), parfois d'anciens collègues et de représentants syndicaux. L'organisme social ATP (régime de retraite) peut également fournir des informations sur les emplois successivement occupés (si post 1964). En outre, l'assureur peut demander à l'Autorité danoise de l'environnement de travail de procéder à une enquête sur le lieu de travail, ou y dépêcher un inspecteur pendant un ± mois afin de mieux connaître les conditions de travail. Cette dernière option est généralement utilisée quand il existe un fort désaccord entre la victime et son employeur quant aux expositions. Si des décisions judiciaires ont condamné l'employeur pour négligence dans le passé, elles sont jointes au dossier. Enfin, l'avis (déjà existant ou ad hoc) du Conseil médical suédois peut être demandé.

La loi prévoit deux cas de figure dans lesquels la Commission peut recommander la reconnaissance de dossiers :

- s'il existe une documentation médicale/scientifique établissant une corrélation entre une exposition professionnelle et une pathologie. Cette possibilité est plutôt rare ; il s'agit généralement de maladies qui devraient être éminemment inscrites sur la liste de MP ;
- s'il est jugé que le travail a exclusivement ou dans une large mesure provoqué la maladie. La majorité des cas dont la conclusion est la reconnaissance correspond à cette hypothèse.

L'examen de ces cas consiste en une évaluation très concrète en deux étapes : vérifier que le travail et les conditions dans lesquelles il a été effectué impliquent une exposition qui peut constituer un risque particulier pour le travailleur de développer la pathologie d'une part, évaluer si ce travail a probablement causé la maladie d'autre part.

Le motif le plus fréquent de rejet est lié à cette seconde étape : il est souvent jugé que la maladie n'est pas uniquement ni principalement causée par l'exposition professionnelle.

critères figurant sur la liste de MP. Toutefois, de fait, la situation d'un travailleur est bien plus favorable si la pathologie dont il est atteint et l'exposition à laquelle il a été soumise sont inscrites sur la liste. Si tel est le cas, les données de littérature scientifique qui ont conduit à l'inscription sur la liste ont permis de poser les jalons de l'établissement du lien causal, le tout formalisé dans les "Orientations sur les maladies professionnelles".

Cependant, le respect des indications (liées au diagnostic et à l'exposition) de ce guide n'empêche pas l'instructeur du cas d'examiner si une cause extra-professionnelle peut avoir causé la pathologie. Les expositions extra-professionnelles à prendre en considération le cas échéant (très souvent le tabagisme pour les cancers, des pathologies préexistantes pour les TMS) sont indiquées dans le guide pour chaque pathologie concernée.

L'existence d'une (ou de plusieurs) cause(s) extra-professionnelle(s) peut empêcher la reconnaissance du cas si elle est vraisemblablement la cause unique ou prédominante de la maladie.

La loi prévoit que si des maladies/influences préexistantes ou concurrentes ont contribué au développement de la pathologie, sans toutefois être prédominantes, l'assureur peut diminuer l'indemnisation. Il est impossible de savoir dans quelle mesure cette disposition est appliquée.

Le guide "Orientations sur les maladies professionnelles" présente, pour chaque pathologie :

- l'extrait de la liste de MP concernant la pathologie en question ;
- les conditions relatives au diagnostic : description vulgarisée de la maladie, symptômes, examens cliniques et autres ;
- la liste des agents causaux ou expositions de type postures/métiers à prendre en compte ;
- les critères qualitatifs et quantitatifs liés à ces expositions ;
- des indications sur la période de latence ;
- les pathologies et états préexistants et concurrents à prendre en considération ;
- les hypothèses (hors liste) où le cas doit être examiné par la Commission des MP ;
- de nombreux exemples de synthèses de cas reconnus et rejetés, au titre de la liste et hors liste.

Dans l'annexe 1 du document (environ 120 pages) sont également résumées de manière synthétique les études scientifiques qui justifient les critères de reconnaissance pour chaque pathologie.

Les consignes d'instruction applicables au syndrome du canal carpien (voir chapitre 6.2 du guide, annexe 4) sont très éclairantes sur le degré d'exigence de l'assureur lors de la vérification du diagnostic et surtout du lien de causalité.

En système hors liste

La Commission n'a toutefois pas l'obligation de préciser quels autres facteurs (extra-professionnels) ont joué un rôle⁴⁴. L'existence de maladies préexistantes ou concurrentes, même si celles-ci contribuent à l'état de santé de la victime ou l'aggravent, n'empêche pas la reconnaissance (à condition que la cause professionnelle reste la cause prédominante).

Quelques exemples de cas soumis à la Commission des MP et reconnus comme MP (hors pathologies psychiques et cancers, voir infra) :

- lésions cérébrales causées par une exposition au manganèse et à des solvants (homme qui a travaillé plus de 20 ans dans une aciérie) ayant entraîné une déficience intellectuelle modérée ;
- cardiopathie ischémique d'un chauffeur de bus ayant travaillé dans des conditions difficiles (durée de travail, quasi absence de pauses, dysfonctionnements organisationnels) et très stressantes (violence des passagers) ;
- conjonctivite purulente toxique causée par une exposition à des détergents chimiques ;
- cécité après exposition à des conditions d'hygiène médiocres pour un consultant travaillant en Éthiopie ;
- hépatite C d'une auxiliaire de puériculture (le cas n'ayant pas pu être reconnu comme MP listée ou comme AT en l'absence de détermination de l'épisode contaminant).

La Commission met régulièrement en ligne, de façon résumée et anonyme, des exemples de cas reconnus et rejetés, par année et par catégorie de pathologie (essentiellement pathologies psychiques, cancers - en particulier cancer du sein -, TMS).

La majorité des demandes de reconnaissance examinées par la Commission des MP correspond à des pathologies psychiques. En 2018, ces dernières ont représenté 77% des cas instruits par cette commission. La centaine de cas restant portait sur des maladies de l'appareil locomoteur, des maladies des poumons et des cancers.

⁴⁴ Précisons que plus des 3/4 des cas examinés par la Commission sont des pathologies psychiques.

Danemark : nombre de dossiers examinés et reconnus ou rejetés par an lors des réunions de la Commission des MP										
Dossiers soumis	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018 ⁽¹⁾	
Total⁽²⁾	Reco. 116	Reco. 85	Reco. 93	Reco. 114	Reco. 155	Reco. 90	Reco. 117	Reco. 154	Reco. 300	
affections psy	Rejets 35	Rejets 35	Rejets 25	Rejets 34	Rejets 60	Rejets 77	Rejets 82	Rejets 35	Rejets 39	
dont violences et menaces principalement	Reco. 106 Rejets 29	Recon 79 Rejets 28	Reco. 85 Rejets 14	Reco. 84 Rejets 15	Reco. 104 Rejets 33	Reco. 54 Rejets 40	Reco. 64 Rejets 39	Reco. 109 Rejets 17	Reco. 243 Rejets 16	
dont stress et dépression	Reco. 10 Rejets 6	Reco. 6 Rejets 7	Reco. 8 Rejets 11	Reco. 25 Rejets 19	Reco. 8 Rejets 12	Reco. 7 Rejets 19	Reco. 8 Rejets 31	Reco. 5 Rejets 12	Reco. 6 Rejets 15	
dont dossiers d'anciens combattants	(3)	(3)	(3)	Reco. 5 Rejets 0	Reco. 33 Rejets 12	Reco. 20 Rejets 3	Reco. 32 Rejets 9	Reco. 18 Rejets 1	Reco. 8 Rejets 2	
dont harcèlement	(3)	(3)	(3)	(3)	Reco. 10 Rejets 3	Reco. 9 Rejets 15	Reco. 13 Rejets 3	Reco. 22 Rejets 5	Reco. 43 Rejets 6	
Cancer du sein	Reco. 33 Rejets 69	Reco. 10 Rejets 34	Reco. 7 Rejets 24	Reco. 4 Rejets 2	Reco. 3 Rejets 3	Reco. 11 Rejets 13	Reco.1 Rejets 2 2	Reco. 3 Rejets 2	Reco. 6 Rejets 2	
Autres affections physiques⁽⁴⁾	Reco. 56 Rejets 59	Reco. 42 Rejets 39	Reco. 50 Rejets 38	Reco. 31 Rejets 50	Reco. 33 Rejets 51	Reco. 21 Rejets 42	Reco. 14 Rejets 12	Reco. 28 Rejets 19	Reco. 43 Rejets 41	
Total	Reco. 205 Rejets 163	Reco. 137 Rejets 108	Reco. 150 Rejets 87	Reco. 149 Rejets 86	Reco. 191 Rejets 114	Reco. 122 Rejets 132	Reco. 132 Rejets 96	Reco. 185 Rejets 56	Reco. 349 Rejets 82	

- (1) En 2018, AES a mené une action visant spécifiquement à réduire le nombre de dossiers en attente de traitement par la Commission des MP. C'est pourquoi le nombre de dossiers soumis (et reconnus) a été exceptionnellement élevé cette année-là.
- (2) Attention : ce nombre correspondant au total de pathologies psychiques reconnues par la Commission des MP ne doit pas être confondu avec le nombre total de pathologies psychiques reconnues figurant dans les statistiques en annexe 1 : le premier nombre correspond uniquement aux cas hors liste classés selon l'année de déclaration du cas, le second au total des cas de pathologies psychiques reconnus une année donnée, cas reconnus au titre de la liste compris.
- (3) C'est lors de réunions ultérieures que les affections psychiques ont été ventilées entre stress et dépression, anciens combattants, harcèlement.
- (4) Il s'agit en l'espèce de pathologies de l'appareil locomoteur, d'affections des poumons et de tumeurs.

3.3 Typologie des cas de maladies reconnues comme professionnelles

Des études précédentes d'EUROGIP, notamment celle sur la déclaration des MP, ont montré que le Danemark était le pays qui affiche le plus fort ratio de déclarations de MP.

Depuis 1976, les médecins (libéraux et hospitaliers) et dentistes ont en effet l'obligation, sanctionnée par une amende ou une peine d'emprisonnement allant jusqu'à deux ans, de signaler à l'assureur tous les cas de pathologies dont ils soupçonnent une origine professionnelle. Les médecins sont également intéressés financièrement à cette procédure : ils reçoivent une gratification d'environ 27€ pour chaque déclaration, qu'elle aboutisse ou non à une reconnaissance.

En conséquence, même si tout le monde peut déclarer un cas de MP, une majorité des déclarations est issue du corps médical, en particulier des médecins généralistes. Et ce système est jugé particulièrement performant par les autorités danoises.

- **TMS**

Depuis une quinzaine d'années, les troubles musculosquelettiques sont, après les cancers, les pathologies qui ont fait l'objet du plus grand dynamisme en termes d'inscription et d'assouplissement de conditions relatives à l'exposition.

On peut citer, pour les inscriptions sur la liste de MP : l'arthrose du genou, la tendinite du biceps, le golf-elbow (en 2005), l'arthrose de la hanche (en 2006) et la tendinopathie rotulienne (en 2008), le syndrome du défilé cervico-brachial en 2007 et l'ajout du syndrome d'accrochage de l'épaule (*impingement*) dans la rubrique du syndrome de la coiffe des rotateurs (en 2012).

Quant aux assouplissements des exigences relatives aux facteurs de risque ou nouveaux facteurs de risque pour des maladies déjà inscrites sur la liste, ils ont concerné en 2005 les affections de la main et de l'avant-bras (C.1), le syndrome du canal carpien (C.2), l'affection du coude (C.4), l'affection de l'épaule (C.5), les douleurs de la nuque et de l'épaule (B.2) ainsi que les douleurs lombaires (soins aux personnes) et en 2016 l'arthrose du genou.

Le spectre des TMS aujourd'hui inscrits sur la liste danoise de MP est large. Ils y sont ventilés selon leur localisation.

Groupe B : dos, cou/épaule, hanche	
B.1	<p>Lombalgies chroniques accompagnées de douleur (lombalgie/sciatique, prolapsus d'un disque lombaire, lombalgie dégénérative)</p> <p>a) Port de charges sollicitant le dos impliquant de soulever/tirer vers le haut des objets lourds à raison de nombreuses tonnes par jour pendant de nombreuses années</p> <p>b) Port de charges sollicitant le dos, les charges étant généralement extrêmement lourdes et les opérations de levage difficiles, à raison de plusieurs tonnes par jour pendant de nombreuses années</p> <p>c) Travail sollicitant le dos dans le secteur des soins impliquant quotidiennement de nombreuses manutentions d'adultes ou d'adolescents handicapés pendant de nombreuses années-</p> <p>d) Sollicitation du dos, exposition quotidienne à des vibrations transmises au corps entier par des véhicules fortement vibratiles pendant de nombreuses années</p>
B.2	<p>Douleur chronique du cou et de l'épaule (syndrome du défilé cervico-brachial)</p> <p>Mouvements répétés rapidement de l'épaule/arrière bras, éventuellement combinés à une flexion du cou et/ou un port de charges lourdes sur le cou et l'épaule pendant de nombreuses années</p>
B.3	<p>Arthrite dégénérative des articulations des hanches</p> <p>Opérations de levage sollicitant la hanche et impliquant de porter de nombreuses charges lourdes à raison de plusieurs tonnes par jour pendant de nombreuses années</p>

Groupe C : bras, épaule	
C.1	<p>Tendovaginite (inflammation de la gaine synoviale) et dégénérescence inflammatoire du tendon ou du tissu entourant le tendon (tendinite et péri-tendinite)</p> <p>Mouvements pénibles et répétitifs effectués dans le cadre du travail avec évaluation de la posture de travail de la main par rapport à la charge</p>
C.2	<p>Syndrome du canal carpien</p> <p>a) Travaux effectués pendant longtemps avec des outils à main fortement vibratiles (vibrations transmises au système main-bras)</p> <p>b) Travaux impliquant pendant longtemps une combinaison de mouvements répétés rapidement, pénibles et/ou difficiles sollicitant le poignet</p> <p>c) Travaux effectués pendant longtemps avec des objets entraînant une pression directe et persistante du nerf médian du canal carpien</p> <p>d) Comme complication d'une tendovaginite sur la partie fléchisseuse du poignet pouvant faire l'objet d'une reconnaissance sur la base de cette liste</p>
C.3.1	<p>Syndrome du doigt mort dû aux vibrations (syndrome de Raynaud, maladie de Raynaud) provoqué par des travaux effectués avec des outils à main fortement vibratiles (vibrations main-bras)</p>
C.3.2	<p>Neuropathie périphérique des mains/doigts (morbus alius nervorum periphericorum)</p>
C.3.3	<p>Arthrite dégénérative du coude ou du poignet (arthrose primaire/ou autres formes spécifiques d'arthrose)</p>
C.4.1 C.4.2	<p>Tennis elbow (épicondylite latérale) Golfer's elbow (épicondylite médiale)</p> <p>a) Mouvements pénibles et répétitifs effectués dans le cadre du travail</p> <p>b) Mouvements pénibles en postures inconfortables effectués dans le cadre du travail</p> <p>c) Travail statique pénible</p>
C.5.1 C.5.2	<p>Syndrome d'accrochage de l'épaule / Syndrome de la coiffe des rotateurs Symptômes affectant le tendon du long biceps ou dégénérescence de ce tendon (tendinite du biceps, tendinite du chef long du muscle biceps brachial)</p> <p>a) Mouvements répétitifs et pénibles de l'épaule avec évaluation de la position du bras par rapport à la charge</p> <p>b) Lever le bras en position statique avec un angle d'environ 60° ou plus</p>

Groupe D : jambe	
D.1	Arthrite dégénérative de l'articulation du genou Travaux effectués en position agenouillée ou accroupie pendant de nombreuses années
D.2	Dégénérescence inflammatoire de la bourse séreuse du genou (bursite) Pression extérieure persistante pendant plusieurs jours ou davantage
D.3	Lésion méniscale de l'articulation du genou Travaux effectués en position accroupie dans un lieu exigu pendant plusieurs jours ou davantage
D.4	Jumper's knee (tendinite/tendinose patellaire) Sauter/courir avec des départs et arrêts fréquents (accélération/décélération) en fléchissant et étendant le genou

Groupe J : autre	
J.1	Dégénérescence inflammatoire de la bourse séreuse autre que celle du genou (bursite) Pression extérieure persistante pendant plusieurs jours ou davantage

La moitié du guide des MP est consacré aux TMS. Il décrit, pour chaque pathologie, le processus d'instruction à mener qui se décline comme décrit en 3.2.

L'extrait du guide consacré à la reconnaissance du canal carpien est produit en annexe 5. Il illustre le degré d'exigence de l'instruction, surtout concernant l'exposition. Chacun des 4 types d'exposition listés y est repris et explicité :

- travaux effectués avec des outils générant de fortes vibrations : une valeur seuil d'accélération de la vibration pondérée en fréquence est fixée à 2,5 m/s ou 128 décibels. Une durée d'exposition d'au moins 1 - 2 ans est exigée. Pour permettre à l'agent instructeur de cas d'évaluer le niveau d'exposition aux vibrations, plusieurs tableaux répertoriant de nombreux types d'outils précisent leurs valeurs d'accélération ;
- mouvements de travail rapides, répétitifs, puissants et/ou inconfortables ;
- travaux avec des objets qui exercent une pression directe et continue ;
- syndrome du canal carpien comme complication de la tendinite.

En hors liste, citons plusieurs syndromes reconnus chez des sportifs :

- syndrome du muscle pyramidal d'un footballeur professionnel ;
- syndrome de congestion dans les conduits et les ligaments de flexion de la cheville chez un danseur classique ;
- arthrose du gros orteil chez un danseur classique.

Déclarations de TMS de 2012 à 2018 (données 2018 non définitives)							
TMS	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Épaule et cou	2 777	2 868	2 508	2 513	2 317	2 160	1 818
Bras	1 926	1 961	1 776	1 728	1 516	1 472	1 010
Autres	1 435	1 401	1 487	1 563	1 663	1 688	1 526
Affections du dos	1 678	1 430	1 423	1 255	1 255	1 170	986
Total	7 816	7 660	7 194	7 059	6 751	6 490	5 340

Source : Rapport statistique 2018 tableau III.3

Le nombre de demandes de reconnaissance de TMS est en baisse régulière grâce à la diminution du nombre de pathologies du dos.

Cas reconnus de TMS de 2012 à 2018 (données 2018 non définitives)							
TMS	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Maladies des nerfs	146	145	108	117	122	205	145
TMS autres	651	634	463	620	655	889	545
Affections du dos	251	234	125	141	186	218	147
Total	1 048	1 013	696	878	963	1 312	837

Source : Rapport statistique 2018 tableau III.4

L'indicateur de reconnaissance pour l'année 2018 est de 16 %, stable sur la période considérée. Les TMS représentent 22% des maladies professionnelles reconnues.

• **Cancers**

En 2005, le Danemark a profondément modifié ses pratiques de reconnaissance des cancers professionnels en intégrant dans sa liste de MP-:

- **de nouvelles expositions professionnelles associées à de nouveaux cancers** : cancer de la thyroïde causé par les rayonnements ionisants, cancer du sein causé par les rayonnements ionisants, cancer du nasopharynx (ou cancer du rhinopharynx) causé par le formaldéhyde ;
- **de nouvelles expositions professionnelles associées à des cancers déjà inscrits** : aflatoxines (cancer du foie et cancer des voies biliaires), radium-226 (cancer des os, cancer des muqueuses des sinus et tumeur épithéliale), radium-226 (cancer des os, cancer des muqueuses des sinus et tumeur épithéliale), radium-228 (cancer des os), ortho-toluidine (cancer de la vessie), particules de cobalt métallique en présence de carbure de tungstène (cancer du poumon), composés inorganiques du plomb (cancer de l'estomac) et cancer du poumon lié au tabagisme passif ;

- **de nouveaux cancers associés à des expositions déjà inscrites sur la liste :** travail dans l'industrie du caoutchouc (leucémie), fabrication de chaussures et de bottes (leucémie et cancer de la vessie), talc contenant des fibres asbestiformes (mésotéliome de la plèvre et mésotéliome du péritoine), cokéfaction (cancer de la peau et cancer du rein), gazéification du charbon (cancer de la peau), produits à base de chrome (cancer des fosses nasales et cancer des sinus), gaz moutarde/moutarde au soufre (cancer du larynx), fabrication de l'isopropanol (cancer du larynx), goudron de houille et brai de houille (cancer de la vessie), fabrication d'aluminium (cancer de la vessie), peinture (cancer de la vessie), dioxine (cancer du poumon, cancer des tissus conjonctifs et lymphome non hodgkinien).

Depuis 2005, plusieurs changements touchant la reconnaissance des cancers professionnels sont intervenus. Ils ont consisté soit à assouplir des exigences relatives aux facteurs de risque, soit à inscrire de nouveaux facteurs de risque pour des maladies déjà incluses dans la liste :

- 2012 : cancer du poumon après exposition aux bitumes lors des travaux de toiture, leucémie myéloïde après exposition au formaldéhyde ;
- 2013 : cancer des cellules glandulaires des fosses nasales et des sinus ;
- 2014 : cancer de la peau, cancer du rein après exposition au trichloréthylène, cancer de la vessie après exposition au perchloroéthylène.

On dénombre aussi trois retraites de liste ou exigences accrues :

- 2012 : cancer de la vessie après un travail de coiffure (octobre 2012) : de nouvelles recherches ont montré que seuls les coiffeurs de sexe masculin ont un risque accru de développer un cancer de la vessie du fait de leur activité professionnelle. Auparavant, le cancer de la vessie après un travail de coiffure pouvait également être reconnu chez les femmes.
- 2013 : retrait des cancers du foie et des voies biliaires développés après une exposition aux PCB (polychlorobiphényles) ;
- 2014 : retrait du lymphome non hodgkinien après exposition au perchloroéthylène.

Sur la liste danoise, les cancers sont regroupés dans une seule section, par siège de la tumeur. En plus du code (interne) de la maladie, deux colonnes mentionnent respectivement l'organe atteint et l'exposition (substances ou process). La liste ne contient aucune indication quant à la durée ou l'intensité de l'exposition.

Pour les cancers professionnels les plus courants, les critères quant au diagnostic, à la durée de latence, à la prise en compte du tabagisme et aux expositions figurent dans le guide des maladies professionnelles, soit dans les conditions préalables soit dans les exemples concrets de décisions.

Les cancers soumis à la Commission des maladies professionnelles (c'est-à-dire hors liste) font eux aussi l'objet d'évolutions quant à leur admissibilité et à leurs critères de reconnaissance. L'assureur communique chaque fois amplement sur ces changements et appelle, le cas échéant, des victimes à redéposer leur dossier de demande de reconnaissance.

Exemple du cancer du sein causé par le travail de nuit

Dès 2008, à la suite d'études danoises et internationales, la Commission des MP a reconnu 37 des 75 cas soumis (essentiellement des travailleuses du secteur de la santé, quelques hôtesses de l'air). Il avait même été envisagé d'inscrire les effets du travail de nuit sur la liste des maladies professionnelles, à condition que celui-ci se soit déroulé au moins une fois par semaine au cours de 20 à 30 ans d'emploi.

En 2013, suite à la parution d'une étude scientifique, cette durée d'exposition a été portée à 25 ans minimum, sauf en cas de garde de nuit plus d'une fois par semaine. Les arrêts de travail, les temps de latence, les facteurs liés au mode de vie et les facteurs biologiques ou génétiques sont examinés durant l'instruction de ces cas. Aujourd'hui, on dénombre toujours quelques cas reconnus par an (cf. tableau page 43).

Plus récemment, la Commission des MP a décidé de reconnaître à partir du 1^{er} janvier 2020 des cas de cancer cutané causé par des rayons UV artificiels (les cancers cutanés causés par les radiations UV naturels étant déjà inscrits sur la liste de MP), plus exactement les mélanomes cutanés causés par une exposition aux rayons UV lors du soudage de métaux. La victime doit avoir été exposée à des rayons UV plusieurs heures par jour et pendant de nombreuses années (15 à 20 ans) sans protection appropriée. La maladie doit obligatoirement se manifester plus de 20 ans après le début de l'exposition.

D'autres cancers/expositions étaient, en 2019, en passe d'être admissibles à la reconnaissance par la Commission des MP, mais le rapport annuel de cette dernière n'ayant pas été publié au moment de la rédaction du présent rapport, il n'est pas possible de le confirmer. Précisons que ces ouvertures à la reconnaissance sont fréquentes concernant les cancers (presque annuelles), et qu'elles ne concernent souvent qu'un faible nombre de cas.

Quant à la procédure d'instruction, le guide des MP donne des indications accompagnées d'exemples concrets pour les cas de cancers professionnels listés les plus fréquents ou ceux dont la reconnaissance hors liste est sensible.

S'agissant des cancers/expositions listés, à partir du moment où le diagnostic est confirmé, la période de latence cohérente, la réalité et la durée de l'exposition vérifiées, seul le tabagisme peut venir en concurrence de facteurs d'exposition professionnelle, du moins pour certains d'entre eux (poumon, certains types de cancer du nez/sinus, vessie). Si les critères d'exposition sont remplis mais que le tabagisme de la victime est avéré, son indemnisation peut théoriquement être diminuée.

Cancer du poumon, quelques exemples de critères de reconnaissance en fonction de l'exposition

Exposition à l'amiante (critères alternatifs)

- Au moins 1 an d'exposition massive (par exemple, travaux de démolition avec exposition certaine à l'amiante ou autre manipulation directe d'amiante comme l'entretien des chaudières/pompes/tuyaux dans une centrale électrique)
- 5 à 10 ans d'exposition modérée à l'amiante (par exemple, travaux de jardinage dans des espaces clos, travaux spécialisés avec utilisation d'outils de coupe électriques pour les toitures amiantées (par exemple, couvreurs et charpentiers),

travaux de plomberie ou d'isolation avec exposition régulière à l'amiante, mécaniciens de camions avec de nombreux changements de plaquettes de frein contenant de l'amiante)

- Exposition calculée à au moins 25 fibres / cm³ année (soit au moins une exposition correspondant à 1 fibre/cm³ pendant 25 ans, ou 2 fibres/cm³ pendant 12,5 ans, etc.).

Exposition au tabagisme passif (critères cumulatifs)

- Exposition quotidienne massive au tabagisme passif au travail pendant un certain nombre d'années (environ 20 ans ou plus) ;
- Secteur de la restauration, mais d'autres secteurs peuvent être envisagés ;
- La victime doit être elle-même non-fumeuse (en pratique : au maximum 300 cigarettes = 300 g de tabac dans sa vie) ;
- La victime ne doit avoir été exposée dans sa sphère privée au tabagisme passif que de manière limitée ;
- Il doit y avoir une période de latence minimum de 10 ans ;
- Conditions de ventilation médiocres sur le lieu de travail.

S'agissant des cancers/expositions hors liste, toutes les expositions extraprofessionnelles sont envisagées. Exemples : tabagisme et consommation d'alcool pour le cancer des amygdales après exposition à des fumées de soudage, facteurs hormonaux et héréditaires pour le cancer du sein.

Danemark - Cancers							
	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Déclarations	628	681	708	768	669	621	595
Cas reconnus	162	203	183	232	194	203	175

Le taux de reconnaissance pour l'année 2018 est de 30%. Il reste stable sur la période 2012-2018, comme le nombre de déclarations et de reconnaissances de cancers. Les cancers représentent presque 5% du total des maladies professionnelles reconnues.

• **Pathologies psychiques**

Le Danemark est le seul pays européen à avoir inscrit des pathologies psychiques dans sa liste de MP⁴⁵ :

- la dépression (F32 dans la classification CIM-10) causée par la participation à la guerre ayant impliqué des événements traumatisants et/ou des situations d'une nature exceptionnellement menaçante ou catastrophique ;

⁴⁵ "Quelle reconnaissance des pathologies psychiques liées au travail – Une étude sur 10 pays européens", EUROGIP, 81/F, février 2013.

- le syndrome de stress post-traumatique (SSPT) (F43.1 dans la classification CIM-10) après une exposition longue à des situations ou événements traumatisants et exceptionnellement menaçants (en cas d'exposition courte le cas est reconnu comme un accident du travail).

Les symptômes de SSPT doivent apparaître dans les 6 mois suivant la fin de l'exposition et perdurer pendant quelques années. Les expositions généralement prises en compte sont les menaces violentes avec une situation de danger telles que des actes de guerre, des bombardements ou des déplacements dans des zones minées, les missions de sauvetage dans des zones dangereuses et encore les situations où la victime a été en danger de mort à cause de violences ou de menaces de violence.

Lors du processus d'instruction, l'existence de pathologies mentales préexistantes ou concurrentes telles que la dépression, l'anxiété ou la psychose est prise en compte.

Les cas reconnus dans ce cadre correspondent essentiellement à des situations ayant exposé des forces de maintien de la paix, des surveillants pénitentiaires, des agents de police, des aidants à domicile, des salariés auprès d'institutions pour handicapés mentaux, des enseignants auprès d'élèves difficiles, ou encore des employés en contact avec le public (ex : agents en gare). On compte une cinquantaine de pathologies psychiques reconnues au titre de la liste en 2018.

Tous les cas impliquant une autre pathologie mentale (réaction de stress, trouble de l'adaptation, dépression hors situation de guerre, phobie, TOC, psychoses...) ou un autre type d'exposition sont examinés par la Commission des maladies professionnelles. C'est ainsi que 300 cas ont été reconnus en 2018 (voir tableau page 41 pour la ventilation entre type de pathologies psychiques). Il s'agit souvent là aussi de surveillants pénitentiaires, d'enseignants et d'aidants (à domicile, infirmiers, assistantes sociales) mais aussi d'employés de bureau.

En 2018, on dénombrait 3 854 demandes de reconnaissance de pathologies psychiques (24% des demandes toutes pathologies confondues) pour 354 cas reconnus, soit un taux de reconnaissance de 9%.

Si le nombre de demandes de reconnaissance a connu un pic en 2015 (avec 5 538 déclarations) système de liste et système complémentaire confondus, il a connu depuis une décroissance pour atteindre, en 2018, 3 854 déclarations. Quant au nombre de cas reconnus, il a été stable jusqu'en 2017. Difficile de dire si le chiffre élevé de 2018 (354 reconnaissances) est seulement dû à la volonté de l'assureur de réduire le nombre de dossiers en attente de traitement par la Commission des MP (en hors liste).

En synthèse

Le système danois de reconnaissance des maladies professionnelles est basé sur le consensus social, les partenaires sociaux étant membres de la Commission multipartite qui modifie la liste de MP et qui examine les cas hors liste. Cette double fonction fait de ladite Commission le lieu de la capitalisation des connaissances et des savoir-faire.

Cela étant dit, ce système s'établit sur la preuve scientifique, aussi bien pour faire évoluer la liste que pour instruire les demandes de reconnaissance. Cela se traduit par une pratique d'instruction plus exigeante qu'en France et, à nombre de déclarations comparable, par des volumes de reconnaissances moindres, du moins en matière de troubles musculosquelettiques.

Cette approche scientifique du concept de maladie professionnelle fait aussi du Danemark un pays à l'avant-garde en matière d'accueil de nouvelles pathologies/expositions. La manière dont la liste de MP est construite, l'existence d'une commission experte et une veille scientifique continue permettent au système danois d'être souple, réactif et sans concession.

Ce pays se caractérise enfin, par rapport aux autres pays européens, par une extrême transparence dans ses décisions et pratiques : tout un chacun a accès au travail de la Commission des MP, aux références des études scientifiques qui ont fondé la reconnaissance ou le refus de reconnaissance d'une nouvelle MP, aux prises de positions des membres et aux décisions prises. Mais également, via le guide des MP, aux critères qui s'appliquent durant l'instruction.

Annexes

Annexe 1

Liens vers les listes de maladies professionnelles

Allemagne

<https://www.baua.de/DE/Angebote/Rechtstexte-und-Technische-Regeln/Berufskrankheiten/Merkblaetter.html>

Autriche

<https://www.auva.at/cdscontent/load?contentid=10008.541831&version=1587108317>

Belgique

<https://fedris.be/fr/professionnel/listes-des-maladies>

Danemark

<https://at.dk/regler/bekendtgoerelser/fortegnelse-erhvervssygdomme-898/bilag-1/>

France

<http://www.inrs.fr/publications/bdd/mp.html>

Italie

https://www.inail.it/cs/internet/docs/ucm_150169.pdf

Espagne

<https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2006-22169>

Annexe 2

Sources et statistiques de MP 2018 par pays

Les statistiques présentées ici sont toutes publiques (cf. sources citées). Elles ont été retraitées pour obtenir les ratios pour 100 000 assurés présentés page 5.

Allemagne

Sources statistiques

Résultats comptables 2018 des associations d'assurance des employeurs privés et des institutions d'assurance accident du secteur public - *Geschäfts- und Rechnungsergebnisse 2018 der gewerblichen Berufsgenossenschaften und Unfallversicherungsträger der öffentlichen Hand*

<https://publikationen.dguv.de/detail/index/sArticle/3681>

Statistiques 2018 -

Nombre de travailleurs assurés (secteur privé + public, hors élèves) = 47 266 870

BK	Maladie ou agent causal	Déclarations	Cas reconnus
1	Agents chimiques	4 742	660 + 15 inf.
11	Métaux et métalloïdes	339	40
1101	Plomb	45	2
1102	Mercurie	30	0
1103	Chrome	161	27
1104	Cadmium	25	4
1105	Manganèse	9	0
1106	Thallium	1	0
1107	Vanadium	0	0
1108	Arsenic	27	3
1109	Phosphore (inorganique)	5	0
1110	Béryllium	36	4
12	Gaz asphyxiants	59	4
1201	Monoxyde de carbone	54	4
1202	Sulfure d'hydrogène	5	0
13	Solvants, pesticides et autres substances chimiques	4 344	616
1301	Cancer de la vessie causé par les amines aromatiques	1 484	174
1302	Hydrocarbures halogénés	297	8
1303	Benzène	67	1
1304	Composés nitrés ou aminés du benzène	6	0
1305	Disulfure de carbone	2	0
1306	Alcool méthylique	7	0

1307	Phosphore (organique)	5	0
1308	Fluor	7	2
1309	Acide nitrique	3	0
1310	Oxydes d'alkyle, d'aryle ou d'alkylaryle	17	1
1311	Sulfures d'alkyle, d'aryle ou d'alkylaryle	2	0
1312	Dents (acides)	53	3
1313	Oeil (benzoquinone)	2	0
1314	Para-tert-butylphénol	2	0
1315*	Isocyanates	108	35 + 15 inf.
1316	Diméthylformamide	15	0
1317	Polyneuropathie ou encéphalopathie, solvants organiques	139	7
1318	Benzène, sang et système lymphatique	1 654	349
1319	Cancer du larynx, acide sulfurique	40	4
1320	Leucémie causée par le butadiène	32	0
1321	Cancer de la vessie causé par les HAP	402	32
2	Agents physiques	24 597	8 090 + 124 inf.
21	Actions mécaniques	10 744	1 354 + 124 inf.
2101*	Gaines tendineuses	672	17 + 11 inf.
2102	Lésions du ménisque	887	262
2103	Vibrations causées par des outils à air comprimé	390	84
2104*	Troubles circulatoires mains dus aux vibrations*	102	24 + 9 inf.
2105	Bourses séreuses, pression constante	293	34
2106	Lésion des nerfs par compression	72	11
2107	Apophyse épineuse	4	0
2108*	Discopathies colonne lombaire, levage et port de charges	5 073	358 + 99 inf.
2109*	Discopathies colonne cervicale, port de charge*	595	5 + 2 inf.
2110*	Discopathies colonne lombaire, vibrations transmises au corps entier*	149	5 + 3 inf.
2111	Usure dentaire	9	3
2112	Gonarthrose	1 395	215
2113	Syndrome du canal carpien	1 033	304
2114	Syndrome du marteau hypothénar et syndrome du marteau thénarien	48	23
2115	Dystonie focale des instrumentistes	22	9
22	Air comprimé	3	0
2201	Travaux effectués dans l'air comprimé	3	0
23	Bruit	13 497	6 714
2301	Surdité due au bruit	13 497	3 714
24	Rayonnements	353	22
2401	Cataracte	11	0

2402	Rayonnements ionisants	342	22
3	Agents infectieux ou parasites et maladies tropicales	2 726	1 500
3101	Maladies infectieuses	1982	1123
3102	Maladies transmissibles de l'animal à l'homme	431	214
3103	Maladie parasitaire des mineurs	0	0
3104	Maladies tropicales, typhus	313	163
4	Maladies des voies respiratoires et des poumons, de la plèvre et du péritoine et des ovaires	15 830	4 669 + 248 inf.
41	Maladies causées par les poussières inorganiques	12 617	4 099
4101	Silicose	1 116	495
4102	Silico-tuberculose	18	5
4103	Asbestose	3 505	1713
4104	Cancer du poumon, cancer du larynx ou cancer de l'ovaire (amiante)	4 938	767
4105	Mésothéliome (amiante)	1 262	882
4106	Maladies des voies respiratoires inférieures & poumons par aluminium	55	2
4107	Fibrose pulmonaire	87	0
4108	Scories Thomas	2	0
4109	Tumeurs voies respiratoires & poumons (nickel)	72	3
4110	Tumeurs voies respiratoires & poumons (gaz bruts de four à coke)	29	6
4111	Bronchite obstructive chronique/ emphysème	369	107
4112	Cancer du poumon (poussières de quartz)	465	59
4113	Cancer du poumon ou du larynx (HAP)	414	19
4114	Cancer du poumon (amiante et HAP)	186	39
4115	Fibrose pulmonaire (fumées et gaz de soudage)	99	2
42	Maladies causées par les poussières organiques	262	91
4201	Alvéolite allergique extrinsèque	143	25
4202	Byssinose	14	0
4203	Adénocarcinomes fosses nasales sinus par poussières de bois	105	66
43	Maladies respiratoires obstructives	2 951	479
4301*	Maladies respiratoires (allergiques)	1 418	289 + 135 inf.
4302*	Maladies respiratoires obstructives par des substances chimiques irritantes ou toxiques*	1 533	190 + 110 inf.
5	Maladies de la peau*	28 935	4 811 + 17 870 inf.
5101*	Maladies de la peau graves et récidivantes	21 101	505 + 17 870 inf.
5102	Cancer de la peau par suie, la paraffine brute, le goudron, l'antracène, le brai	367	51
5103	Carcinomes et kératoses par rayons UV	7 467	4 255
6	Maladies ayant une autre cause	3	0

6101	Nystagmus des mineurs	3	0
Autres		1 044	18
TOTAL		77 877	19 748 + 18 257 inf. = 38 005

inf : informelles, cf note (2) page 5

**Pour être reconnues en maladies professionnelles, ces pathologies doivent avoir contraint la personne à cesser toute activité qui a causé ou pourrait causer l'apparition, l'aggravation ou la récurrence de la maladie. A défaut de cette condition, le cas peut être reconnu informellement et dans ce cas seules des prestations préventives (ex : équipements de protection) peuvent être versées.*

Ces chiffres comprennent les cas déclarés et reconnus auprès de la catégorie des élèves et étudiants (=117 déclarations, 36 MP reconnues + 43 informelles).

Danemark

Sources statistiques

Statistiques danoises AES 2018 - *Arbejdsskadestatistik 2018*

<https://www.aes.dk/-/media/C7DB40DD86BE4A3E812889A42A67D502.ashx>

Statistiques 2018 (Arbejdsskadestatistik 2018)

Nombre de travailleurs assurés : 2 850 000

Maladies	Déclarations	Cas reconnus
Maladies de peau	2 105	1 223
Affections auditives	2 571	728
Affections des poumons et des voies respiratoires	556	307
Affections cancéreuses	595	175
Affections du dos	986	147
TMS hors dos	4 354	690
Maladies psychiques	3 854	354
Autres affections	1 262	154
Total	16 283	3 778

Espagne

Sources statistiques

Rapport annuel 2018 de l'Observatoire des maladies professionnelles (Cepross) et des maladies causées ou aggravées par le travail (Panotrass) - *Observatorio de enfermedades profesionales y de enfermedades causadas o agravadas por el trabajo - informe anual 2018*
<http://www.seg-social.es>

Statistiques 2018

Nombre de travailleurs assurés : 18 934 000

Cas reconnus de maladies professionnelles (Cepross)

Groupe 1	Agents chimiques	693
A	Métaux	157
B	Metalloïdes	3
C	Halogènes	42
D	Acides inorganiques	14
E	Acides organiques	32
F	Alcools et phénols	61
G	Aldéhydes	56
H	Amines aliphatiques	19
I	Hydrazines	23
J	Ammoniaque	13
K	Amines aromatiques	29
L	Cétones	46
M	Époxydes	92
N	Esters	32
O	Esters	7
P	Glycols	11
Q	Isocyanates	24
R	Dérivés nitrés	2
S	Organochlorés et organophosphorés	19
T	Toxines	4
U	Sulfures	7
Groupe 2	Agents physiques	19 836
A	Perte d'audition ou surdité causée par le bruit	448
B	Maladies ostéo-articulaires ou angioneurotiques causées par des vibrations mécaniques	199
C	Maladies des bourses séreuses dues à la pression, cellulite sous-cutanée	178
D	Maladies dues à la fatigue et à l'inflammation des gaines tendineuses, des tissus péri-tendineux et des insertions musculaires et tendineuses	11 756
E	Arrachement par surmenage des apophyses épineuses	16
F	Paralysie des nerfs due à la pression	6 445

G	Lésions du ménisque dues aux mécanismes de traction et de compression associés, entraînant des fissures ou une rupture complète	80
H	Maladies causées par la compression ou la décompression atmosphérique	3
I	Maladies causées par les radiations ionisantes	3
J	Maladies ophtalmologiques résultant d'une exposition au rayonnement ultraviolet	6
K	Maladies causées par les rayonnements thermiques	2
L	Nodules des cordes vocales dus à des efforts vocaux pour des raisons professionnelles	700
M	Nystagmus des mineurs	0
Groupe 3	Agents biologiques	1 425
A	Maladies infectieuses causées par le travail des personnes exerçant des activités de prévention, de soins médicaux et des activités pour lesquelles un risque d'infection a été prouvé	1 217
B	Maladies infectieuses ou parasitaires transmises à l'homme par les animaux ou leurs produits et les carcasses	167
C	Paludisme, amibiase, trypanosomiase, dengue, fièvre jaune, fièvre papataci, fièvre récurrente, peste, leishmaniose, pian, typhus exanthématique, borréliose et autres rachitisme	18
D	Paludisme, amibiase, trypanosomiase, dengue, fièvre jaune, fièvre papataci, fièvre récurrente, peste, leishmaniose, pian, typhus exanthématique, borréliose et autres rachitisme	23
Groupe 4	Inhalation d'agents non compris ailleurs	966
A	Poussières de silice libre	367
B	Poussières de charbon	7
C	Poussières d'amiante	53
D	Autres poudres minérales (talc, kaolin, terre à foulon, bentonite, sépiolite, mica, autres silicates naturels)	22
E	Métaux frittés composés de carbures métalliques à haut point de fusion et de métaux liants à bas point de fusion	10
F	Scories Thomas	0
G	Pneumoconioses causées par les poussières d'aluminium	4
H	Substances de haut poids moléculaire (substances d'origine végétale, animaux, micro-organismes et substances enzymatiques d'origine végétale, animale et/ou micro-organique)	281
I	Substances de faible poids moléculaire (métaux et leurs sels, poudres de bois, produits pharmaceutiques, produits chimiques pour plastiques, additifs, etc.)	221
J	Antimoine et ses dérivés	1
K	Béryll (glycine) et ses composés	0
Groupe 5	Maladies de la peau	1 135
A	Substances de faible poids moléculaire inférieures à 1000 daltons (métaux et leurs sels, poudres de bois, produits pharmaceutiques, produits chimiques pour plastiques, additifs, solvants, conservateurs, catalyseurs, parfums, adhésifs, acrylates, résines de faible poids moléculaire, formaldéhydes et dérivés, etc.)	784
B	Agents et substances de haut poids moléculaire, supérieur à 1000 daltons, (substances d'origine végétale, animale, micro-organismes et substances enzymatiques d'origine végétale, animale et/ou micro-organismes)	283
C	Substances photo sensibilisantes exogènes	28
D	Agents infectieux	40

Groupe 6	Agents cancérogènes	27
A	Amiante	17
B	Amines aromatiques	1
C	Arsenic et ses composés	2
D	Benzène	1
E	Béryllium	0
F	Éther de Bis-(chlorométhyle)	0
G	Cadmium	0
H	Chlorure de vinyle monomère	0
I	Chrome VI	2
J	Hydrocarbures aromatiques polycycliques (HAP), produits de la distillation du carbone : suie, goudron, bitume, poix, anthracène, huiles minérales, paraffine brute	0
K	Nickel et composés	0
L	Poussières de bois dur	2
M	Radon	0
N	Radiations ionisantes	0
O	Amines (primaire, hydrazines secondaires, tertiaires, hétérocycliques) et aromatiques et leurs dérivés halogénés, phénoliques, nitrés, nitrés et sulfonés	0
P	Nitrobenzène	0
Q	Acide cyanhydrique, cyanures, composés cyanogéniques et acrylonitrile	0
R	Poussières de silice libre	1
TOTAL		24 082

Pathologies causées ou aggravées par le travail, instruites comme une MP mais reconnues légalement en accidents du travail (Panotratss)

Code Panotratss	Pathologies	Causées par le travail	Aggravées par le travail	TOTAL
1	Maladies infectieuses et parasitaires	39	0	39
2	Néoplasies	1	0	1
3	Maladies du sang et du système immunologique	1	2	3
4	Maladies endocriniennes	46	2	48
5	Troubles mentaux	87	19	106
6	Maladies du système nerveux central et périphérique	206	36	242
7	Maladies affectant les sens (vision et ouïe)	428	23	451
9	Maladies du système cardiovasculaire	134	51	185
10	Maladies du système respiratoire	92	2	94
11	Maladies du système digestif	47	7	54
12	Maladies de la peau	414	53	467
13	Maladies de l'appareil locomoteur	3 222	594	3 816
14	Maladies de l'appareil génital	2	0	2
18	Symptômes et observations cliniques ou de laboratoire anormales non classifiés ailleurs	16	2	18
19	Lésions, intoxications et autres facteurs externes	228	1	229
23	Facteurs qui affectent l'état de santé	82	6	88
TOTAL		5 045	798	5 843

France

Sources statistiques

Rapport annuel 2018 de l'Assurance Maladie-Risques professionnels : https://assurance-maladie.ameli.fr/sites/default/files/rapport_annuel_2018_assurance_maladie_risques_pro.pdf

Statistiques de sinistralité 2018 tous CTN et par CTN :

[http://www.risquesprofessionnels.ameli.fr/fileadmin/user_upload/document_PDF_a_telecharger/etudes_statistiques/MP_2018/AT-TR-MP%202018%20tous%20CTN%20et%20par%20CTN%20\(n-2020-037\).pdf](http://www.risquesprofessionnels.ameli.fr/fileadmin/user_upload/document_PDF_a_telecharger/etudes_statistiques/MP_2018/AT-TR-MP%202018%20tous%20CTN%20et%20par%20CTN%20(n-2020-037).pdf)

Statistiques 2018

Nombre de travailleurs assurés : 19 172 462

N° tableau	Pathologie	Cas reconnus en 1 ^{er} règlement*
001A	Plomb	4
002A	Mercurie	0
003A	Intoxication par tétrachloréthane	0
004A	Hémopathies / benzène	22
004B	Affections gastro-intestinales/benzène toluène xylènes	0
005A	Phosphore	0
006A	Rayonnements ionisants	21
007A	Tétanos	1
008A	Ciments	32
009A	Dérivés des hydrocarbures	0
010A	Dermites par acide chromique	3
010B	Affections respiratoires / acide chromique	2
010T	Cancer/acide chromique	6
011A	Intoxication / tétrachlorure de carbone	0
012A	Dérivés hydrocarbures aliphatiques	1
013A	Hydrocarbures benzéniques	0
014A	Dérivés phénol/pentachlorophénol	1
015A	Affections/amines aromatiques	0
015B	Affections de mécanisme allergique/amines hydroxylés	10
015T	Tumeur vessie / amines aromatiques	151
016A	Affections cutanées / goudrons houille	0
016B	Cancers/ goudrons, huile de houille	92
018A	Charbon	0
019A	Spirochétoses	8
020A	Arsenic	0
020B	Cancer/arsenic	0
020T	Cancers/pyrites	0
021A	Intoxication / hydrogène arsénié	0
022A	Sulfocarbonisme	0

023A	Nystagmus	0
024A	Brucelloses	0
025A	Pneumoconioses/silice	228
026A	Intoxication / bromure de méthyle	1
027A	Intoxication / chlorure de méthyle	0
028A	Ankylostomose	0
029A	Lésions/travaux où pression>pression atmosphérique	0
030A	Affections/amiante	2 023
030B	Cancer broncho-pulmonaire/ amiante	866
031A	MP/aminoglycosides	0
032A	Fluor, acide fluorhydrique	0
033A	Béryllium	1
034A	Phosphates, pyrophosphates, etc.	0
036A	Huiles et graisse animale ou de synthèse	42
036B	Cancers de la peau/dérivé du pétrole	3
037A	Affections cutanées/oxydes et nickel	16
037B	Affections respiratoires/oxydes et nickel	1
037T	Affections cancéreuses/oxydes et nickel	0
038A	Chlorpromazine	0
039A	Bioxyde de manganèse	0
040A	Bacille tuberculeux	33
041A	Pénicillines et céphalosporines	1
042A	Surdité	558
043A	Affections/aldéhyde et ses polymères	7
043B	Cancer /aldéhyde formique	1
044A	Affections/ inhalation d'oxyde de fer	7
044B	Cancer/inhalation d'oxyde de fer	1
045A	Hépatites virales	7
046A	Mycoses cutanées	4
047A	Affections/poussières de bois	77
049A	Dermites/amines aliphatiques et alicycliques	3
049B	Affections respiratoires/amines aliphatiques	8
050A	Phénylhydrazine	0
051A	Résines époxydiques	16
052A	Chlorure de vinyle monomère	1
053A	Affections dues aux rickettsies	1
054A	Poliomyélites	0
055A	Amibes	0
056A	Rage	0
057A	Affections périarticulaires	39 742
058A	Affections/ travail à haute température	0
059A	Intoxications/hexane	2
061A	Cadmium et ses composés	0
061B	Cancer broncho-pulmonaire/ cadmium	1

062A	Isocyanates organiques	14
063A	Affections par enzymes	2
064A	Intoxication par l'hexane	0
065A	Eczéma allergique	228
066A	Rhinites et asthmes	190
066B	Pneumopathies d'hypersensibilité	2
067A	Lésions / Chlorure de potassium	0
068A	Tularémie	0
069A	Vibrations et chocs/machine	119
070A	Cobalt	1
070B	Affections respiratoires /carbures métalliques	1
070T	Affections cancéreuses / carbures métalliques	1
071A	Affection oculaire/rayonnement thermique	6
071B	Ptérygion / rayonnement thermique	0
072A	Dérivés du nitrol et du glycérol	0
073A	Antimoine et ses dérivés	0
074A	Furfural et l'alcool furfurylique	1
075A	Sélénium et dérivés	0
076A	Maladies nosocomiales	51
077A	Périonyxis et onyxis	4
078A	Chlorure de sodium dans les mines de sel	0
079A	Lésions chroniques du ménisque	559
080A	Kératoconjunctivites virales	2
081A	Cancer/bis(chlorométhyle)éther	0
082A	Affections/ méthacrylate de méthyle	7
083A	Lésions/travaux où pression<pression atmosphérique	1
084A	Affections/solvants organiques liquides	28
085A	Affections par nitrosoguanidine ou nitrosourée	0
086A	Pasteurelloses	0
087A	Ornithose-Psittacose	1
088A	Rouget du porc	1
089A	Halothane	0
090A	Affections respiratoires /inhalation textile végétal	0
091A	BPCO du mineur de charbon	3
092A	Streptococcus suis	0
093A	Lésion de l'œil par particules dans les puits de mine	0
094A	BPCO du mineur de fer	0
095A	Affections de mécanisme allergique/latex	4
096A	Hantavirus	0
097A	Affections rachis lombaire/vibrations	421
098A	Affections rachis lombaire/manutention charges lourdes	2 665
099A	Hémopathies / 1,3 butadiène	0
Alinéa 7	Hors liste (1 491 cas favorables)	1 221
TOTAL		49538

**ayant donné lieu au versement d'une première prestation en espèces (pour incapacité temporaire ou permanente ou décès). Sans distinction de versement ou non de prestation et sans distinction de type de prestation (en nature, en espèces), le nombre de maladies professionnelles reconnues en 2018 a été de 65 079.*

Nombre de déclarations complètes : 106 768.

Italie

Sources statistiques

Extractions issues de la base de données en ligne Banca Dati de l'INAIL

<https://bancadaticsa.inail.it/bancadaticsa/login.asp>

Statistiques INAIL 2018

Population assurée dans le régime industrie et services (2017) : 17 000 000

Type ou siège de la maladie (code ICD-10)	Déclarations	Cas reconnus
Infections et parasites (A00-B99)	17	2
Tumeurs	2 495	974
Sang et système immunitaire (D50-D89)	15	0
Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques (E00-E90)	7	0
Troubles psychiques et comportementaux (F00-F99)	459	24
Système nerveux (G00-G99)	5 375	2 521
Œil (H00-H59)	71	11
Oreille (H60-H95)	4 196	1 690
Système circulatoire (I00-I99)	250	34
Système respiratoire (J00-J99)	2 556	894
Système digestif (K00-K93)	77	3
Peau (L00-L99)	381	198
Système ostéo-musculaire (M00-M99)	30 021	11 733
Appareil génito-urinaire (N00-N99)	13	0
Traumatismes, empoisonnements (S00-T98)	10	1
Non déterminé	1 392	11
TOTAL	47 335	18 096

Le ratio italien correspondant aux TMS présenté dans le tableau page 4 est légèrement surévalué car il regroupe toutes pathologies du système nerveux (code G), du système circulatoire (code I) et du système ostéo-musculaire (code M).

Annexe 3 :

France : instruction des demandes de reconnaissance en MP de pathologies psychiques au titre du système complémentaire

Extrait du Guide pour les Comités régionaux de reconnaissance des maladies professionnelles institués par la loi n°93-121 du 27 janvier 1993 - version consolidée 2013 (pages 117 à 119)

7.9. Affections d'origine psychique

Les comités peuvent être interrogés pour établir un lien direct et essentiel entre des affections d'origine psychique et le travail habituel au titre des maladies hors tableau.

L'établissement d'un lien direct et essentiel constitue le principal enjeu dans la reconnaissance de ces maladies. En effet, toutes les professions peuvent être concernées. Les facteurs le plus souvent invoqués relèvent plutôt des conditions de travail dans un environnement professionnel délétère : comportements agressifs avec violences verbales, humiliations, brimades, sanctions injustifiées de la part de la hiérarchie, de collègues de travail ou de personnes côtoyées par le patient. La discordance manifeste entre des objectifs assignés à un salarié et les moyens dont il dispose effectivement pour les atteindre constitue également une situation pathogène qui a été très souvent soulignée.

L'évaluation du lien de causalité doit être réalisée par le CRRMP au besoin avec le concours d'avis sages. La qualité des différents éléments du dossier, en particulier les rapports des agents enquêteurs et des médecins du travail, est essentielle. En effet, la physiopathologie des troubles dépressifs et anxieux est complexe et multifactorielle. Ainsi, les seuls éléments déclaratifs semblent le plus souvent insuffisants et il est souhaitable de pouvoir disposer d'éléments complémentaires.

Par ailleurs, la prise en compte de l'état antérieur constitue une importante difficulté. Comme évoqué précédemment, la chronologie des faits plaide dans certains cas en faveur d'une relation causale directe et essentielle. A l'inverse, il est difficile d'imputer au travail, des ruptures liées à des événements mineurs, alors même que les salariés atteints de troubles psychiques, parfois graves, ont été maintenus en activité grâce à l'action de leur environnement de travail (collègues, médecins, infirmières du travail, assistantes sociales, encadrement, direction). Pour autant, des antécédents lointains, par exemple un épisode dépressif antérieur, ne permettent pas d'éliminer une étiologie professionnelle.

Les recommandations qui suivent s'appuient sur les travaux du groupe de travail sur les pathologies professionnelles d'origine psychique de la commission des pathologies professionnelles du Conseil d'orientation sur les conditions de travail (COCT) validés en 2012 pour le régime général de sécurité sociale. En ce qui concerne les nuisances et le recueil des informations techniques, le groupe poursuit ses travaux. Pour le régime de sécurité sociale agricole, un groupe de travail sur les maladies d'origine psychiques de la commission supérieure des maladies professionnelles en agriculture est installé en 2013.

7.9.1. Les troubles psychiques graves susceptibles d'être liés au travail : dépression, anxiété généralisée, états de stress post traumatique

Les études épidémiologiques montrent que la prévalence de ces trois troubles est élevée dans les situations de violence psychologique au travail.

Le groupe de travail du COCT a exclu de ses recommandations : "le "burn out" qui n'a pas de définition médicale consensuelle ainsi que le "mobbing" et le harcèlement qui n'ont qu'une définition juridique."

Les troubles addictifs ne sont pas retenus en tant que tels, mais peuvent être considérés comme des complications des troubles retenus.

Les tentatives de suicide peuvent être des complications des troubles retenus ou être prises en compte au titre des accidents du travail.

Les troubles de l'adaptation sont fréquents dans le contexte professionnel. Toutefois, compte tenu de leur faible gravité, de telles demandes sont peu susceptibles d'être transmises pour avis aux CRRMP.

Enfin, ne doivent pas être prises en compte au titre des maladies professionnelles les pathologies qui résultent d'un événement clairement identifié. Dans ce cas en effet, ces pathologies relèvent de la réglementation applicable aux accidents du travail.

7.9.2 Évaluation du lien de causalité par les CRRMP

Le dossier doit contenir des pièces permettant au comité de statuer : rapport du médecin conseil, avis du médecin du travail, avis de l'employeur, fiches d'entreprise, rapport annuel du médecin du travail, faits établis et éléments recueillis par les agents des organismes de sécurité sociale chargés des enquêtes, avec leurs conclusions. Le comité devra également tenir compte de toutes autres données disponibles telles que notamment les données fournies par les parties ainsi que les enquêtes et observations des institutions représentatives du personnel.

Le caractère nuisible du travail pour la santé mentale peut éventuellement avoir été préalablement qualifié de harcèlement par des tribunaux (tribunal des prud'hommes, tribunal correctionnel). Ces qualifications constituent, le cas échéant, un élément à prendre en compte mais elles ne doivent ni être l'unique argument positif ou négatif à retenir par les comités, ni être systématiquement attendues pour rendre leur avis.

L'existence de procédures judiciaires souvent prud'homales concernant des litiges d'ordre varié (motif de licenciement, indemnités, par exemple) est un élément parmi d'autres d'information des comités sur les conditions de travail.

Pour apprécier l'origine professionnelle de la pathologie, il est nécessaire de prendre en compte un éventuel état antérieur (notamment les antécédents de dépression et les troubles de la personnalité) ainsi que les facteurs extraprofessionnels. Il doit exister un lien direct et essentiel avec les conditions de l'exercice professionnel, ce qui ne signifie pas que ce lien est exclusif.

Le facteur déterminant à prendre en compte pour établir l'origine professionnelle de l'ESPT est la survenue d'un, voire de plusieurs événements traumatiques caractérisés, dans le cadre professionnel. Par ailleurs, le manque de soutien social (notamment l'absence de

reconnaissance du traumatisme par l'employeur ou les collègues) à la suite de l'évènement traumatique constitue un facteur de risque.

Les principaux facteurs de risques professionnels à prendre en compte pour la dépression sévère et le trouble anxieux généralisé (TAG):

- Les violences sous toutes leurs formes (agressions verbales, humiliations, brimades, sanctions manifestement injustifiées).
- Une demande élevée (charge de travail excessive, pression du temps, demande psychologique élevée, demande contradictoire), médiée par une faible latitude décisionnelle ou un faible support social.

A la lumière des données de la littérature relative aux maladies listées précédemment et des liens significatifs avec les facteurs professionnels, quatre dimensions au moins doivent donc être considérées et renseignées dans le dossier soumis au CRRMP :

La charge de travail

Dans le rapport d'enquête, la charge de travail peut être appréhendée dans le descriptif de l'activité et du poste de travail, la nature de la tâche et ses contraintes physiques et/ou psychologiques potentielles abordées par exemple en termes de descriptif des objectifs (production, cibles, ...) au regard des moyens alloués, de l'ambiguïté éventuelle des tâches, de l'existence de demandes contradictoires, de pressions temporelles, ou d'interruptions des tâches.

La latitude décisionnelle

Elle peut être appréhendée dans le descriptif du cadre hiérarchique, des modalités de reporting, de l'autonomie dans la prise de décision, dans l'utilisation adéquate des qualifications exigées et la notion de travail varié avec une certaine créativité ou une certaine influence sur son propre travail.

Le soutien social

Au-delà des aspects relationnels avec les collègues ou les supérieurs, souvent rapportés dans le dossier soumis au CRRMP, le soutien de l'encadrement (en termes d'apport de confiance en soi, de conseils ou d'aide) ainsi que le soutien des collègues (en termes d'apport de conseil, d'aide, d'appartenance à une équipe) sont des informations précises à recueillir.

Par ailleurs, l'information relative à une situation de "détresse morale au travail" voire les sollicitations du CHSCT à ce titre ainsi que les préconisations de ce dernier, suivies ou non d'effets, sont des éléments importants à considérer.

Dans le même esprit, l'information et/ou les sollicitations de l'encadrement ou de l'employeur sont à rapporter ainsi que leur position et/ou leur intervention sont des éléments à préciser.

Enfin, le recueil de l'avis éclairé du médecin du travail, y compris en termes de conseil auprès de l'employeur voire d'action entreprise auprès des équipes, de l'encadrement ou de l'employeur apparaît essentiel et complémentaire de l'instruction contradictoire du dossier.

Diverses formes de violence et menaces physiques ou psychologiques
 Les notions de répétition de comportements intentionnels offensifs, persistance d'agissements abusifs ou insultants, intimidation, calomnies, humiliation par un supérieur ou un collègue seront précisées.

Enfin d'autres facteurs peuvent être pris en compte bien qu'ils soient plus difficiles à objectiver, notamment :

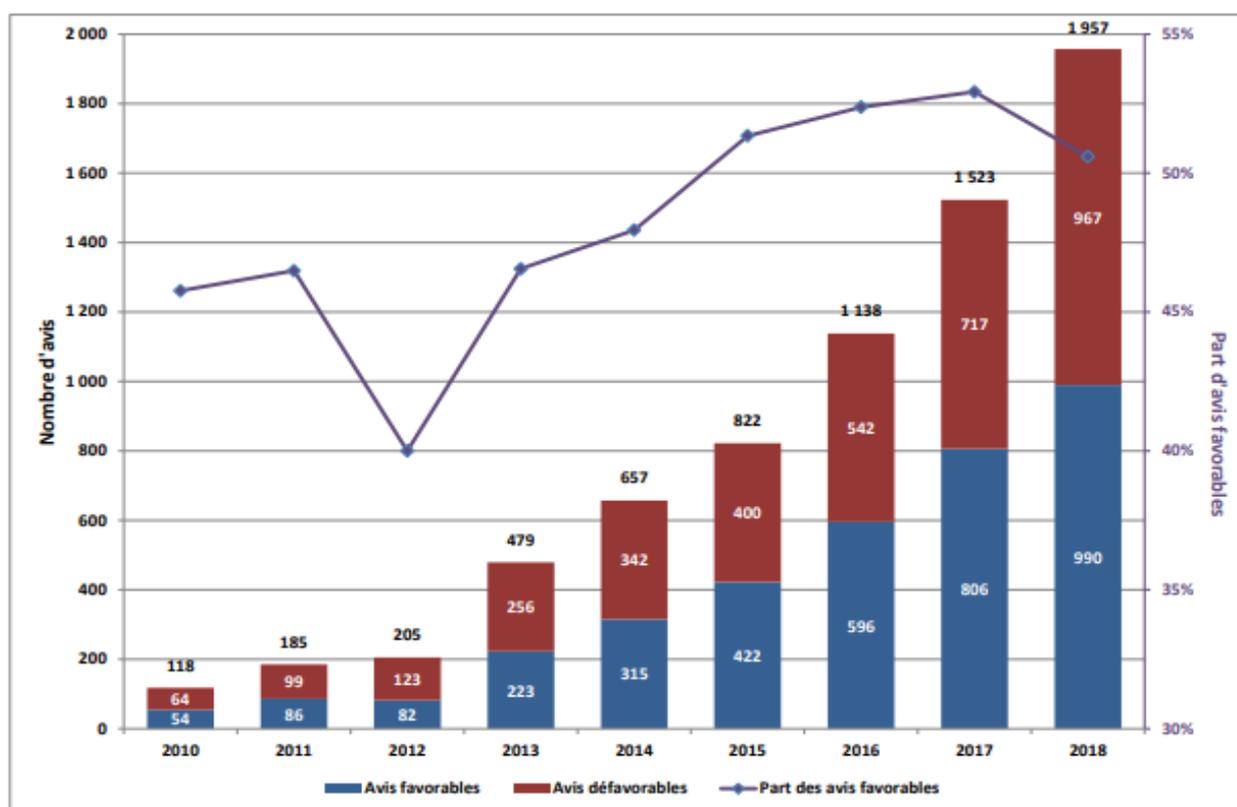
- les conflits éthiques ;
- la faible reconnaissance professionnelle ;
- la qualité empêchée (manque de moyens ou de temps pour faire un travail de qualité).

Sinistralité de 2010 à 2018

Données issues du rapport annuel 2018 de l'Assurance maladie-Risques professionnels (pages 123 et 124)

https://assurance-maladie.ameli.fr/sites/default/files/rapport_annuel_2018_assurance_maladie_risques_pro.pdf

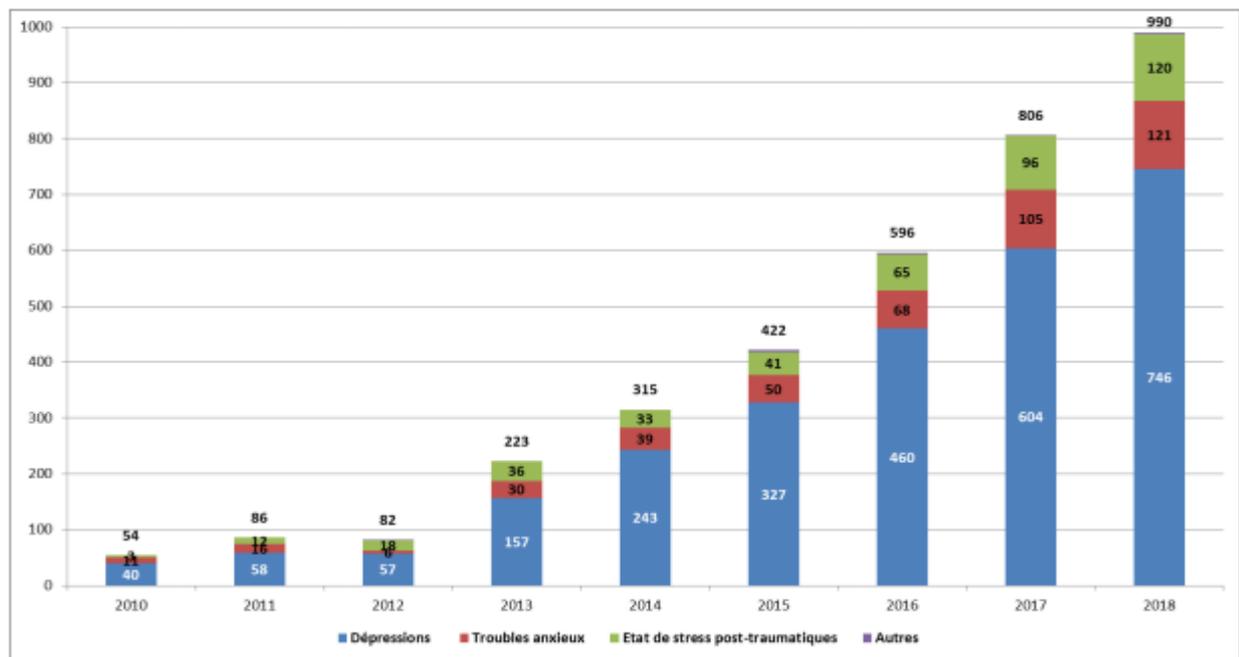
Figure 89
 Focus sur le chapitre V de la CIM 10 : nombre d'avis favorables et défavorables des CRRMP relatifs à des affections psychiques de 2010 à 2018 (chapitre V de la CIM 10)



(Les nombres d'avis se lisent sur l'échelle de gauche, la part d'avis favorables sur l'échelle de droite.)

Figure 90

Focus sur le chapitre V de la CIM 10 : nombres d'avis favorables des CRRMP relatifs à des affections psychiques de 2010 à 2018 selon les familles de syndromes



Annexe 4

Danemark : résumé des travaux de la Commission des maladies professionnelles 2018

En 2018, la Commission des MP a tenu trois réunions dites "de principe". Ces réunions n'ont donné lieu à aucune décision entraînant des modifications de la liste actuelle des MP. Comme on le verra plus loin, les discussions du mois de mai ont entraîné un assouplissement des critères de reconnaissance des affections de l'épaule déclarées avant le 1^{er} janvier 2005.

Les discussions de principe les plus importantes menées par AES et la Commission des MP en 2018 sont rassemblées dans le rapport sous trois thématiques : affections de l'épaule, affections cancéreuses, asbestose.

En 2018, l'attention s'est en outre portée notamment sur les risques de maladies professionnelles des pompiers (mélanome et maladies cardiaques), les maladies cancéreuses après exposition au styrène et les altérations dues à l'arthrose.

En mars 2018, la Commission a examiné le rapport de recherche sur les risques de maladies professionnelles des pompiers. Pour en savoir plus, voir le thème 2 relatif aux affections cancéreuses.

En mai 2018, la Commission a examiné un nouveau rapport faisant le point sur les affections de l'épaule. En outre, la Commission a étudié un rapport sur l'arthrose d'origine professionnelle émanant de l'institut suédois SBU (*Statens beredning för medicinsk och social utvärdering*). Pour en savoir plus, voir le thème 1 relatif aux affections de l'épaule. Enfin, la 12^e édition du Guide des maladies professionnelles (*Vejledningen om erhvervssygdomme, 12. udgave*) a été soumis pour approbation et transmission à l'Inspection du travail.

En décembre 2018, la Commission a examiné le rapport sur les effets à long terme de l'exposition au styrène ainsi que la monographie 118 du CIRC sur le risque de cancer du poumon chez les soudeurs. Pour en savoir plus, voir le thème 2 relatif aux **affections cancéreuses**. Enfin, la Commission a examiné en décembre un article de la revue médicale *Ugeskrift for læger* relatif aux exigences d'exposition à l'amiante pour développer une asbestose, cf. thème 3 sur l'**asbestose**.

Thème 1 : affections de l'épaule

En 2015, la Commission des MP avait proposé un projet de recherche visant à mettre en évidence d'éventuels liens nouveaux entre les facteurs de risques professionnels et le développement de pathologies de l'épaule. La commission avait précédemment examiné un rapport d'étude de 2008 sur ce même thème et souhaitait donc voir s'il y avait eu, depuis lors, de nouvelles études et recherches susceptibles de modifier les critères de

reconnaissance des affections de l'épaule. Ce thème était apparu à l'occasion du traitement de dossiers concrets par la commission.

En même temps, on souhaitait que le nouveau rapport d'étude s'appuie sur les nouvelles recherches pour mettre en évidence les facteurs susceptibles d'avoir une importance dans l'évaluation du lien temporel entre l'exposition aux facteurs de risques professionnels et le développement d'une atteinte de l'épaule. L'objectif était, dans la mesure du possible, de pouvoir préciser les éventuels critères en la matière. Par ailleurs, on souhaitait également déterminer si plusieurs facteurs de risques professionnels pouvaient se cumuler et s'il fallait adapter la durée d'exposition en conséquence.

L'examen de la recherche existante en la matière n'a toutefois pas permis d'établir ni de préciser de tels critères car la recherche ne décrit pas de telles corrélations de façon suffisamment univoque. La commission effectue une veille concernant les nouvelles recherches en la matière.

1.1 Les connaissances actualisées sur les affections de l'épaule confirment la pratique administrative en vigueur jusqu'ici

En mai 2018, AES et la Commission des MP ont examiné le rapport d'étude des connaissances les plus récentes sur le lien entre le développement d'affections de l'épaule et l'exposition à des facteurs de risques professionnels.

En moyenne, on dénombre près de 1 100 déclarations d'affections de l'épaule chaque année depuis 2005.

Selon le rapport d'étude "*Association between occupational mechanical exposures and subacromial impingement syndrome: A reference document*", des éléments corroborent fortement la corrélation entre un travail comportant des mouvements forcés associé à un travail soit répétitif, soit effectué avec les bras levés, d'une part, et le développement d'affections de l'épaule, d'autre part.

Globalement, AES et la Commission des MP ont estimé que ce rapport d'étude ne pouvait pas mener à modifier la liste actuelle.

AES et la Commission des MP ont en outre considéré que ce rapport venait à l'appui de la documentation recueillie (expérience médicale et technique), suffisante pour permettre à la commission de modifier les critères de reconnaissance d'affections de l'épaule selon le groupe E, point 6.c, de l'ancienne liste. Suite à cette modification, les critères de reconnaissance selon les deux listes sont à présent identiques.

En effet, on a considéré qu'il était satisfait aux exigences en matière d'expérience médicale et technique du fait que des éléments du rapport corroborent fortement (++++) la corrélation entre, d'une part, un travail comportant des mouvements forcés associé à des mouvements soit répétitifs, soit effectués avec les bras levés et, d'autre part, le développement d'affections de l'épaule.

Le libellé de l'ancienne liste relative aux affections de l'épaule a donc été formulé comme celui de la liste actuelle, et le guide des maladies professionnelles inclura donc également

les critères applicables aux affections de l'épaule visées par l'ancienne liste. Cette modification est entrée en vigueur immédiatement après la réunion de la commission du fait que cette dernière a habilité AES à prendre ces décisions sur le plan administratif jusqu'à l'entrée en vigueur du nouveau texte publiant la liste⁴⁶. La nouvelle publication de l'ancienne liste est intervenue avec effet au 1^{er} janvier 2019.

1.2 Pratique administrative concernant la reconnaissance des affections de l'épaule

Les affections de l'épaule figurent sous les points C.5.1 Syndrome de la coiffe des rotateurs/syndrome de l'*impingement* et C.5.2 Symptômes ou altérations du tendon du long biceps (*bicepstitis, tendinitis caput longum musculus bicipitis brachii*). Le facteur de risque doit ici être constitué de mouvements de l'épaule répétitifs et forcés, en association à une évaluation de la position du bras lors de l'exposition au facteur de risque ou de l'élévation statique du bras dans un angle d'environ 60 degrés ou davantage.

La reconnaissance d'atteintes de l'épaule comme maladies professionnelles présuppose que le diagnostic ait été posé suite à un examen médical avec plaintes subjectives et examen clinique. L'examen doit faire apparaître des douleurs directes à la palpation de l'articulation de l'épaule et au moins un résultat objectif évoquant un syndrome de la coiffe des rotateurs ou de l'*impingement*. En cas de symptômes ou d'altérations au niveau du tendon du biceps long, il doit y avoir une douleur directe ou indirecte correspondant au tendon du biceps.

L'exposition à ce facteur doit se faire sur une longue période (plusieurs mois) et au moins pendant la moitié du temps de travail journalier (3 à 4 heures). Le facteur de risque doit être constitué de mouvements répétitifs et forcés de l'épaule, étant entendu qu'une évaluation de la position du bras doit également être prise en compte.

1.3 Examen de dossiers concrets

AES et la Commission des MP continuent de discuter régulièrement de la mesure dans laquelle une affection de l'épaule qui, dans un dossier concret, ne remplit pas les critères de reconnaissance figurant sur la liste, peut néanmoins être reconnue comme un sinistre professionnel du fait de l'exposition aux facteurs de risque professionnels spécifiques.

En 2018, AES a examiné au total 48 dossiers d'atteintes de l'épaule. La Commission des MP a examiné au total 13 dossiers d'atteintes de l'épaule, et notamment de tendinite du biceps.

⁴⁶ Voir l'ancienne loi sur les accidents du travail et maladies professionnelles, article 10, paragraphe 1, point 1, et arrêté publiant le règlement intérieur de la Commission des maladies professionnelles, article 11, paragraphe 3.

Thème 2 : Cancers

Les cancers étaient au cœur des préoccupations au moment où les responsables politiques ont négocié la réforme du système des AT/MP en 2003. L'assouplissement des exigences relatives à l'inscription de nouvelles maladies sur la liste a eu pour effet, au cours des années suivant la réforme, que de nouvelles affections cancéreuses, notamment, ont été inscrites sur la liste et que les critères de reconnaissance de plusieurs affections cancéreuses ont été assouplis, par exemple pour ce qui concerne le cancer des fosses nasales et des sinus ainsi que le cancer de la peau.

AES et la Commission des MP suivent régulièrement les nouvelles recherches en cancérologie.

Le projet de recherche BIOBRAND visait à déterminer si la lutte contre les incendies avec les équipements de protection actuels entraîne une exposition à des substances nocives par inhalation et contact avec la peau, et est corrélée à un risque accru de cancer et de pathologies cardiaques.

Le projet de recherche EPIBRAND visait à déterminer si le risque de cancers et maladies cardiovasculaires spécifiques auquel les pompiers danois sont exposés peut être corrélé à la durée d'emploi - et d'exposition à titre professionnel - en tant que pompier.

Ces projets viennent en prolongement d'un précédent projet sur les risques de cancer des pompiers, examiné par la Commission des MP en 2013.

Dans leur ensemble, les conclusions de ces rapports examinés par la Commission en mars 2018 n'ont pas donné lieu à des modifications de la liste.

2.1.1 Pratique administrative concernant l'exposition professionnelle aux particules et autres substances

En matière de facteurs de risque auxquels les pompiers sont exposés dans leur travail de lutte contre les incendies, les affections cancéreuses consécutives à une exposition importante à l'amiante (cancer du poumon) ou à une exposition d'importance moindre à l'amiante (cancer de la plèvre) sont reconnues en application des listes en vigueur. En outre, les cancers peuvent être reconnus comme maladies professionnelles après exposition à la suie (cancer du poumon et cancer de la peau) et aux produits goudronnés (cancer de la peau) du fait qu'ils figurent sur la liste des MP dans les rubriques K.3 et K.4.1 respectivement. AES et la Commission des MP ont également été particulièrement attentives à ce que les dossiers spécifiques de cancer chez les pompiers leur soient soumis.

2.1.2. Présentation de dossiers à la Commission des MP

En 2014, AES et la Commission des MP ont convenu qu'une sélection pertinente de dossiers de cancer du poumon, du système lymphatique (en particulier les lymphomes non hodgkiniens), de la vessie, de la prostate et des testicules dans lesquels le facteur de risque ou la maladie ne satisfont pas aux critères définis sur la liste, devait être présentée à la Commission des MP afin d'établir au cas par cas si la maladie était provoquée exclusivement ou à un degré élevé par la nature particulière du travail exercé.

Depuis mai 2014, aucun dossier relatif à ce type de maladies cancéreuses chez les pompiers n'a été soumis à la Commission des MP.

2.1.3. Examen de dossiers concrets

Lors de l'examen des rapports finaux sur le risque des pompiers de développer un cancer, on n'a pas estimé justifié de rouvrir des dossiers précédemment rejetés et de les transmettre à la commission en vue d'un réexamen à la lumière des conclusions des recherches présentées.

Selon AES, il n'était pas vraisemblable que l'examen d'autres dossiers de cancer chez des pompiers puisse conduire à une recommandation de reconnaissance.

2.2. Nouveaux éléments sur l'exposition au styrène et le risque de cancer

En décembre 2018, la Commission a étudié un rapport de Henrik Kolstad sur la corrélation entre l'exposition au styrène et le risque de développement de cancer suite à l'apparition de nouveaux éléments sur ce lien.

Le rapport a été commandé par l'Inspection du travail. La commission avait déjà examiné ce sujet en 2011.

Ce projet de recherche, portant le nom de projet STRIKT, est une étude danoise subventionnée par le Fonds danois pour la recherche sur l'environnement du travail. Couvrant la période du 1^{er} janvier 2012 au 3 août 2018, il visait à déterminer si l'exposition au styrène implique un risque accru de cancer.

Le rapport conclut à un risque croissant de cancer du sang ou du système lymphatique (leucémie myéloïde aiguë) après une exposition au styrène estimée à plus de 46 mg/m³-année. De même, il existe un risque accru de cancer des cellules glandulaires des fosses nasales et des sinus (adénocarcinome sinonasal) après une exposition de 37 mg/m³-année.

Le CIRC a publié un article dans The Lancet en avril 2018 en attendant une publication finale dans la Monographie du CIRC, volume 121, qui devrait sortir à l'été 2019.

L'article met en évidence que l'exposition au styrène dans les quantités susmentionnées entraîne un risque aggravé de maladies touchant les organes du système lymphatique-hématopoïétique avec une mortalité accrue due aux leucémies et en particulier aux cancers des cellules souches hématopoïétiques de la moelle osseuse (leucémie myéloïde) et du système lymphatique (lymphomes). Selon plusieurs études, le risque augmentait en fonction d'une exposition accrue après une période de latence de 15 ans (dans l'étude danoise). On constatait en outre une vraisemblable corrélation entre l'exposition au styrène et le développement d'un cancer des cellules glandulaires des fosses nasales et des sinus (adénocarcinome sinonasal).

Sur la base de cette nouvelle évaluation, le groupe de travail du CIRC a fait passer le risque de cancer consécutif à l'exposition au styrène du groupe 2B, cancérigènes possibles, au groupe 2A, cancérigènes probables.

La Commission des MP attend la publication de la monographie du CIRC, volume 121, attendue pour le courant du 2^e semestre 2019.

2.2.1. Pratique administrative concernant l'exposition professionnelle aux solvants, dont le styrène

Actuellement, les maladies sont reconnues en application de la liste des MP après une exposition professionnelle importante aux solvants, dont le styrène (toxicité cérébrale, atteintes rénales et eczéma toxique), car elles sont répertoriées dans les catégories I.6.1, I.6.2 et G.2.

2.2.2. Présentation de dossiers à la Commission des MP

Jusqu'à l'examen de la monographie du CIRC, volume 121, par la Commission des MP, les dossiers de leucémie ou de lymphome ainsi que de cancer des fosses nasales et des sinus suite à une exposition au styrène seront soumis à la commission à partir de seuils d'exposition au styrène estimés à respectivement plus de 46 mg/m³-année et 37mg/mm³-année.

2.2.3. Examen de dossiers concrets

Dans le cadre de la rédaction du rapport annuel pour 2019, AES et la Commission des MP feront une synthèse du traitement par la commission des dossiers qui lui auront éventuellement été soumis.

2.3. Nouveaux éléments concernant le cancer du poumon et les fumées de soudage

En décembre 2018, la Commission a examiné une nouvelle monographie, volume 118 (cancérogénicité du soudage, du trioxyde de molybdène et de l'oxyde d'indium-étain) du Centre international de recherche sur le cancer (CIRC).

Sur la base de cette monographie et d'un article publié par The Lancet en mai 2017, le CIRC a classé le risque de cancer du poumon chez les personnes exposées aux fumées de soudage du fait de leur travail de soudage dans le groupe 1 (cancérogène avéré).

Selon cette monographie, l'absorption et l'excrétion de métaux de soudage (qui contiennent notamment du fer, du chrome, du nickel et du manganèse) ont été montrées chez les êtres humains. Les recherches menées sur des animaux montrent que ces mêmes métaux sont absorbés dans divers tissus et organes dans une certaine mesure. Des particules métalliques issues de fumées de soudage se sont déposées dans leurs poumons et ont augmenté le risque de pneumonie. Ce qui précède a été démontré dans plusieurs études épidémiologiques et constaté expérimentalement chez des animaux de laboratoire. Sur cette base, le CIRC a estimé que le risque accru de cancer du poumon constaté chez les soudeurs était imputable à l'exposition aux fumées de soudage.

La corrélation entre le cancer du poumon chez l'homme et le soudage a été constatée à la fois pour le soudage à l'arc et le soudage au gaz, et indépendamment de ce que le soudage soit effectué sur de l'acier inoxydable ou des aciers courants de construction.

2.3.1. Pratique administrative concernant le cancer du poumon et les fumées de soudage

Le cancer du poumon consécutif à l'exposition aux fumées de soudage ne figure pas expressément dans la liste actuelle des MP, mais un cancer du poumon peut être reconnu

suite à l'exposition au nickel et au chrome, présents dans les fumées de soudage. Le guide des maladies professionnelles indique au demeurant que les soudeurs forment une catégorie de travailleurs particulièrement exposés au risque de cancer du poumon s'ils ont travaillé l'acier inoxydable et inhalé des poussières de soudage ou de meulage ou encore des fumées de soudage contenant lesdites substances (nickel et chrome).

Après la réunion de la Commission des MP de décembre 2018, il a été convenu à l'unanimité que le cancer du poumon consécutif aux fumées de soudage pourrait figurer sur les listes ancienne et actuelle des MP après une exposition d'au moins cinq ans aux fumées de soudage pour les travailleurs ayant exercé le soudage comme activité principale pendant une partie importante de leur temps de travail. Si le cancer du poumon est survenu moins de dix ans après le début de l'exposition aux fumées de soudage, cela sera un élément défavorable à une reconnaissance.

L'inscription du cancer du poumon consécutif à l'exposition aux fumées de soudage s'effectuera dans la rubrique K.4.1 de la liste actuelle (et l'annexe 1, groupe F, cf. annexe 2 de la liste des MP déclarées avant 2005).

La modification des listes interviendra formellement le 1^{er} juillet 2019. AES a d'ores et déjà été habilitée par la Commission des MP à traiter les dossiers en appliquant ces aménagements de la pratique administrative relative à l'exposition aux fumées de soudage.

2.3.2. Présentation de dossiers à la Commission des MP

Les dossiers concrets ne pouvant pas faire l'objet d'une reconnaissance en application de la liste peuvent être soumis à la Commission des MP qui devra apprécier s'il existe un lien de causalité très probable entre le travail effectué et la maladie en vertu de l'article 7, par. 1, point 2, 2^e phrase, de la loi de 2003 sur la nature particulière du travail.

2.3.3. Examen de dossiers concrets

Dans le cadre de la rédaction du rapport annuel pour 2019, AES et la Commission des MP feront une synthèse du traitement, par la commission, des dossiers qui lui auront éventuellement été soumis.

Thème 3 : l'asbestose⁴⁷

En 2018, des médecins du travail et des pneumologues ont publié dans la revue médicale *Ugeskrift for Læger* des articles faisant le point notamment des connaissances les plus récentes sur le diagnostic d'asbestose et de plaques pleurales.

En décembre 2018, la Commission des MP a étudié les éléments les plus récents relatifs à l'asbestose.

47 NdT : le texte danois précise "asbestose pulmonaire"

3.1. Nouveaux éléments sur le diagnostic d'asbestose

Il ressort de cet article que les autorités sanitaires, lorsqu'elles ont pu disposer de diagnostics plus fins pour mettre en évidence l'asbestose (HRCT : tomographie numérique haute résolution), ont constaté que plusieurs cas d'asbestose avaient pu être mis en évidence même après une exposition de moins de 25 f/ml.années.

D'après les dernières recommandations de la Direction danoise de la santé et le guide du système ARMONI d'information de la médecine du travail, une exposition de moins de 10 f/ml.années suffit pour qu'un diagnostic d'asbestose soit posé.

Globalement, les articles ne donnent pas lieu à une modification des listes de maladies professionnelles à l'heure actuelle, mais il a été décidé de voir s'il serait possible de mener des études sur l'asbestose consécutive à l'exposition à l'amiante via le Fonds danois pour la recherche sur l'environnement du travail. Cela sera examiné au sein de la Commission début 2019.

3.2. Pratique administrative concernant l'asbestose

Aujourd'hui l'asbestose est reconnue comme maladie professionnelle après une importante exposition professionnelle à l'amiante étant donné que cette maladie figure dans la liste des MP sous le point E.3.1.

Par importante exposition à l'amiante, on entend que l'intéressé doit avoir été exposé à l'amiante au minimum à raison de 1 fibre/ml pendant 25 ans⁴⁸.

3.3. Examen de dossiers concrets

AES et la Commission des MP continuent de discuter régulièrement de la mesure dans laquelle un dossier concret d'asbestose consécutive à une exposition professionnelle peut être reconnu comme un sinistre professionnel. La question se pose dans les dossiers où l'exposition ne remplit pas le critère des 25 f/ml.années avant le développement de la maladie.

En 2018, AES a examiné au total 20 dossiers d'asbestose. La Commission des MP n'a pas eu à statuer sur de tels dossiers.

Programme de délibérations pour 2019

Pour le moment, quatre réunions de principe sont prévues au sein de la Commission des MP en 2019. Lors de ces réunions, il est prévu d'aborder les points suivants :

- Rapport annuel 2018 au ministre de l'Emploi
- Rapport d'étude sur la corrélation entre des maladies psychiques autres que le TSPT (en particulier le stress réactionnel non spécifique) après exposition à la violence ou à des menaces (Commandé par AES et la Commission des MP)
- Rapport d'étude sur l'asthme d'origine professionnelle*

48[NdT: l'original danois parle de fiberår, c'est-à-dire de fibres années, correspondant en réalité à l'unité de mesure f/ml.années]. Il convient de remarquer que le nombre d'années d'exposition est différent de l'unité fiberår (en français : f/ml.années). 2 fibres/ml pendant 12 ans et demi équivalent donc à 25 f/ml.années. C'est donc l'intensité du nombre de fibres d'amiante qui détermine le nombre d'années d'exposition requis pour satisfaire au niveau d'exposition cumulée applicable.

- Rapport d'étude sur la corrélation entre les facteurs de stress importants et durables au travail et le développement d'atteintes psychiques telles que dépression et stress réactionnel*
- Monographie 121 du CIRC sur l'exposition au styrène, entre autres
- Rapport annuel 2019 à la Commission parlementaire de l'emploi.

Sans les avoir elle-même commandés, la commission suit d'autres projets de recherche sur des maladies susceptibles de survenir du fait de risques professionnels, afin de disposer constamment d'une vision d'ensemble et d'informations à jour.

Outre les domaines susmentionnés, la commission entend centrer ses efforts sur les possibilités de mettre au jour des éléments de preuve médicaux dans des domaines nouveaux ou déjà explorés, et notamment des connaissances et des recherches sur les liens de causalité entre les facteurs de risques professionnels et le développement d'atteintes de l'appareil locomoteur, de maladies psychiques et d'affections cancéreuses.

Par conséquent, lors de ses réunions de principe, la Commission des MP fait régulièrement le point sur la situation des recherches et connaissances, et détermine notamment quelles études il y aurait lieu de proposer par l'intermédiaire du Fonds danois pour la recherche sur l'environnement du travail (*Arbejdsmiljøforskningsfonden*).

Annexe 5

Danemark - Extrait du guide "Orientations sur les maladies professionnelles", 13^e édition, concernant le syndrome du canal carpien

Seule la version originale danoise fait foi.

2.1. Item de la liste

L'affection neurologique de la main et de l'avant-bras mentionnée ci-après est inscrite sur la liste des MP pour les travaux énumérés ci-dessous (groupe C, point 2)

Maladie	Travaux
C.2. Syndrome du canal carpien	<ul style="list-style-type: none">a. Travaux effectués de façon prolongée avec des outils à main générant de fortes vibrations (vibrations main-bras)b. Travaux effectués de façon prolongée impliquant une combinaison de mouvements du poignet rapides, répétitifs, puissants et/ou des postures inconfortablesc. Travaux effectués de façon prolongée avec des objets qui exercent une pression directe et continue sur le nerf médian dans le canal carpied. Complication de la tendinite du poignet qui peut être reconnue au titre de la liste des maladies professionnelles

2.2. Conditions relatives au diagnostic

Le diagnostic de syndrome du canal carpien (CIM-10 M56.0) doit être médicalement établi.

Le syndrome du canal carpien est dû à l'atteinte ou à la compression du nerf médian de la main dans le canal carpien situé sur la face antérieure du poignet. Ce canal contient les nerfs centraux et 9 tendons. En cas de manque d'espace, une pression sur le nerf peut se produire et entraîner des symptômes appelés syndrome du canal carpien.

Le diagnostic est médicalement fondé sur une combinaison :

- de plaintes subjectives de la victime (symptômes)
- d'une étude clinique objective
- du résultat d'une étude neurophysiologique (EMG/ENG), le cas échéant.

L'Arbejdsmarkedets Erhvervssikringkan (Assurance professionnelle du marché du travail) n'exige pas d'examens invasifs (en urgence).

Le diagnostic clinique du syndrome du canal carpien est fondé sur une étude clinique objective. La fiabilité du diagnostic peut être optimisée par un examen supplémentaire de la conduction nerveuse (examen neurophysiologique utilisant l'électroneurographie ou l'électromyographie).

Si une étude de la conduction nerveuse ne peut pas confirmer le diagnostic de syndrome du canal carpien, la maladie ne peut pas être considérée comme documentée et le cas ne peut pas être reconnu au titre de cette maladie figurant sur la liste.

Symptômes

- Sensation de perturbations dans la zone médiane
- Sensation douloureuse d'engourdissement (paresthésie)
- Exacerbation de la douleur et des symptômes par la contrainte
- Aggravation nocturne de la douleur et d'autres symptômes.

Caractères objectifs

Le diagnostic du syndrome du canal carpien est fondé sur un examen clinique. Les résultats d'un examen clinique peuvent être :

- une diminution de la sensation des doigts, de la paume et du dos de la main
- un changement au niveau de la douleur et de la température
- un changement dans la distinction entre arrondi et pointu
- une fonte musculaire.

Les résultats de l'examen clinique peuvent être optimisés par un examen supplémentaire de la conduction nerveuse. Dans le cas du syndrome du canal carpien, l'examen neurophysiologique montre un dysfonctionnement nerveux similaire au canal carpien.

2.3. Conditions relatives à l'exposition

Pour que le syndrome du canal carpien puisse être reconnu au titre de la liste, il faut avoir effectué de façon prolongée des travaux avec des outils à main générant de fortes vibrations, des travaux impliquant une combinaison de mouvements du poignet rapides, répétitifs, puissants et/ou des postures inconfortables ou des travaux avec des objets exerçant une pression sur le nerf médian dans le canal carpien. En outre, la maladie peut être reconnue comme une complication de la tendinite du poignet au titre de la liste des maladies professionnelles.

Le syndrome du canal carpien est fréquent dans la population, quel que soit le métier, en particulier chez les femmes. Dans de nombreux cas, il ne s'agit pas d'une maladie liée au travail. Cependant, les contraintes de travail décrites ci-dessus entraînent une augmentation significative du risque de développer la maladie.

La contrainte doit être pertinente sur le plan mécanique et physiologique pour la maladie. Cela signifie, entre autres, que le travail effectué doit avoir entraîné une sollicitation importante du poignet. La question de savoir si le travail peut être considéré comme stressant dépend d'une évaluation concrète de toutes les contraintes exercées sur le poignet en relation avec le développement de la maladie.

2.3.1. Travaux effectués avec des outils générant de fortes vibrations (C.2.a)

La reconnaissance du syndrome du canal carpien après utilisation d'outils à main vibrants est conditionnée à l'exposition à des vibrations transmises aux mains et aux bras par des

outils à main, des machines guidées à la main ou de machines fixes lorsque l'exposition est due à un objet.

Les exigences sont définies pour la force et la durée des vibrations. La force est mesurée par l'accélération des vibrations, appelée accélération pondérée en fréquence, qui est indiquée en mètres par seconde² (m/s²) ou en décibels (dB). Normalement, on estime que la contrainte doit correspondre à un niveau de vibration d'au moins 2,5 m/s² (128 dB).

Les outils dont le niveau de vibration est inférieur à 2,5 m/s² (128 dB) ne sont normalement pas considérés comme des outils à main générant de fortes vibrations et l'exposition à de telles vibrations n'est pas couverte par la liste.

Pour les exigences relatives à la période d'exposition aux contraintes, il faut se reporter au tableau ci-dessous pour l'exposition aux vibrations pendant des heures/années en fonction du degré de contrainte généré par les outils utilisés. Comme le montre le tableau, il doit exister une exposition pertinente depuis au moins 1 à 2 ans (niveau d'accélération 10 à 20).

La durée et la force doivent correspondre à la norme indiquée dans le tableau. Cela signifie que les exigences de durée journalière ou annuelle sont moins importantes si le niveau de vibration est supérieur à celui indiqué dans la norme. Par conséquent, afin d'évaluer l'exposition aux vibrations, il est nécessaire de connaître le type d'outil vibrant utilisé et son taux de vibrations. En outre, il est nécessaire de connaître le nombre d'heures quotidiennes et le nombre d'années d'utilisation de l'outil. S'il n'est pas possible d'obtenir des informations sur le niveau d'accélération spécifique de l'outil, un formulaire indiquant les niveaux moyens a été élaboré pour faciliter l'évaluation.

Il est à noter que les outils plus anciens ont généralement des niveaux de vibrations plus élevés que les outils plus récents dont les vibrations sont souvent atténuées.

Le tableau ci-dessous montre la relation entre l'exposition quotidienne en nombre d'heures, en nombre d'années et le niveau de vibrations. Il indique le seuil nécessaire pour le développement du syndrome du canal carpien.

Tableau de corrélation entre l'exposition aux vibrations et le syndrome du canal carpien						
Fréquence d'accélération (m/s ²)	0,25 heure	0,5 heure	1 heure	2 heures	4 heures	8 heures
2,5	> 25 ans	> 25 ans	24 ans	17 ans	12 ans	8,4 ans
5	24 ans	17 ans	12 ans	8,5 ans	6 ans	4,2 ans
10	12 ans	8,5 ans	6 ans	4,2 ans	3 ans	2,1 ans
20	6 ans	4,2 ans	3 ans	2,1 ans	1,5 an	1,1 an

Les calculs de ce tableau sont effectués sur la base de la norme ISO 5349.

Le guide danois présente ensuite deux tableaux répertoriant, l'un pour certains types d'outils à main vibrants de 1970 à 1984, l'autre à partir de 2015, des exemples de niveaux d'accélération pondérée en fréquence au niveau du poignet pendant le travail, et les répartissant par groupe d'accélération : groupe I : moins de 3 m/s² (moins de 130dB), groupe II : 3-10 m/s² (130 – 140 dB) et groupe III : plus de 10 m/s² (plus de 140 dB).

2.3.2. Mouvements de travail rapides, répétitifs, puissants et / ou inconfortables (C.2.b)

Pour qu'un cas soit reconnu conformément au point C.2 de la liste concernant le syndrome du canal carpien, il doit exister une combinaison de mouvements de travail rapides, répétitifs, puissants et/ou inconfortables pour le poignet de façon prolongée. Par combinaison, on entend que le travail doit en principe contenir au moins deux des facteurs de contraintes indiqués, c'est-à-dire des mouvements de travail rapides, répétitifs, puissants et/ou inconfortables.

Mouvements de travail répétitifs rapides

Pour que le travail soit considéré comme caractérisé par des contraintes répétitives rapides qui sollicitent le poignet de manière pertinente, le travail doit entraîner des mouvements répétitifs rapides (très répétitifs) du poignet pendant une partie substantielle de la journée de travail. C'est-à-dire généralement des mouvements de travail répétitifs et stressants unilatéraux plusieurs fois par minute.

La fréquence des mouvements stressants ne peut pas être déterminée de manière définitive mais dépend d'une évaluation concrète de la fréquence de répétition par rapport au travail effectué et aux autres conditions de travail stressantes comme les postures de travail simultanées inconfortables pour le poignet et/ou la force requise.

Mouvements de travail puissants

Les éléments pertinents pour évaluer si les mouvements de travail sont puissants peuvent être :

- le degré d'utilisation de la force musculaire au travail
- la résistance que le sujet doit fournir
- les mouvements simultanés de torsion, de rotation, de flexion ou d'extension du poignet.

Mouvements de travail inconfortables

Un facteur contribuant au risque de développement de la maladie est un travail effectué dans une posture inconfortable pour le poignet. Toutes les articulations ont une position fonctionnelle normale. C'est la position de l'articulation qui assure une fonction optimale des extrémités (bras ou jambe). Les mouvements qui s'effectuent dans des positions autres que la position normale sont qualifiés d'inconfortables. Plus l'écart par rapport à la position normale est important, plus la posture est qualifiée d'inconfortable. Les mouvements effectués dans des positions inconfortables ne sont pas optimaux et augmentent donc les contraintes qui pèsent sur les muscles, les tendons et le tissu conjonctif, par exemple.

Pour que le travail soit caractérisé par des mouvements de travail inconfortables, il faut qu'il y ait des mouvements sollicitant spécialement le poignet. C'est-à-dire qu'il faut qu'il y ait des mouvements effectués avec le poignet maintenu dans une position inclinée

différant de la position de fonctionnement normale ou des mouvements continus de torsion, de rotation, d'extension ou de flexion du poignet. En règle générale, il doit y avoir un écart considérable par rapport à la position de fonctionnement optimale.

Évaluation combinée

Si le niveau de déploiement de la force est très élevé et que le poignet se trouve dans une posture de travail très inconfortable, la fréquence de répétition requise sera relativement moindre. Cependant, il doit toujours y avoir une certaine répétition des mouvements de travail. Avec un déploiement de force modéré et une bonne posture de travail pour le poignet, la fréquence de répétition requise sera d'autant plus importante.

Si le travail implique des mouvements de travail répétitifs rapides avec des postures simultanées très inconfortables, il ne sera pas nécessaire que la force réelle au travail dépasse la force normale requise pour déplacer la main (fonctionnement normal). Cependant, un effort simultané dépassant quelque peu l'utilisation de la capacité fonctionnelle normale contribue au risque de développement de la maladie et plaide donc pour une réduction de l'exigence de fréquence de répétition et de l'inconfort de la position de travail.

Si le travail se caractérise par des mouvements de travail rapides, répétitifs et puissants, il ne doit pas nécessairement y avoir de postures de travail simultanées et inconfortables.

2.3.3. Travailler avec des objets qui exercent une pression directe et continue (C.2.c)

Travailler avec des objets qui exercent une pression sur le nerf médian dans le canal carpien, cela signifie appliquer des processus de travail qui impliquent l'utilisation d'objets (outils ou autres objets) qui entraînent une pression continue et extérieure directement sur le nerf pendant la journée de travail.

2.3.4. Conditions générales pour les expositions a-c

En règle générale, un travail stressant pertinent doit avoir été effectué pendant une période continue de 2 ans ou plus.

Les exigences plus spécifiques concernant la durée de l'exposition à la contrainte dépendent d'une évaluation concrète de la nature et de l'étendue de cette contrainte (intensité). Si une exposition extrêmement importante est constatée, la période pendant laquelle la contrainte est exercée est relativement courte (1 à 2 ans). Au contraire, une exposition relativement faible nécessite qu'une contrainte soit exercée plus longtemps. Si la contrainte a été exercée très longtemps, cela peut impliquer de réduire la nécessité de l'intensité de l'exposition.

Cependant, en ce qui concerne le travail avec des outils hautement vibrants, des règles spéciales s'appliquent à la durée d'exposition en fonction de la force de vibration des outils et de l'exposition quotidienne (en heures). Il faut se reporter à la section ci-dessus sur le travail avec des outils à main fortement vibrants, y compris au tableau de l'exposition aux vibrations en fonction de la durée.

Pour la reconnaissance, il est indispensable qu'il y ait une bonne relation temporelle entre la maladie et le travail qui a sollicité le poignet. Pour le syndrome du canal carpien, la

relation temporelle pertinente est que les premiers symptômes de la maladie apparaissent quelque temps après le début du travail qui a sollicité le poignet. Par "quelque temps" on entend généralement - en fonction de l'ampleur de la contrainte - au moins 1 à 2 ans.

Cependant, l'évaluation met en évidence le fait de savoir si, par exemple, il y a eu des contraintes journalières exceptionnellement fortes. Dans de tels cas, il y aura une corrélation temporelle entre le travail et le développement de la maladie bien que les premiers symptômes apparaissent moins longtemps après le début du travail sollicitant le poignet. Mais la maladie ne doit pas se manifester comme une maladie chronique avant le début des travaux pénibles.

En règle générale, une contrainte pertinente doit avoir été exercée pendant au moins la moitié de la journée de travail (3 à 4 heures).

Si différentes tâches sont effectuées au cours de la journée de travail, la contrainte totale quotidienne s'exerçant sur le poignet est calculée sur la base d'une évaluation de la contrainte de chaque activité et de la durée totale des différentes contraintes.

Par exemple, il peut y avoir une alternance entre des mouvements rapides, répétitifs et puissants sollicitant le poignet pendant un tiers de la journée de travail et des mouvements rapides, répétitifs et très inconfortables pendant un autre tiers. Pendant le dernier tiers, aucun travail sollicitant le poignet n'est effectué. Dans ce cas, il y a alternance entre différentes activités au cours de la journée de travail lorsque 2 des fonctions de travail remplissent les conditions requises pour une exposition pertinente et que ces expositions s'étendent simultanément sur plus de la moitié de la journée de travail. Le cas peut donc être reconnu d'après la liste.

La contrainte doit être évaluée en fonction de la taille et du physique de la personne. Il doit également exister une bonne relation temporelle entre l'exposition et l'apparition de la maladie.

L'*Arbejdsmarkedets Erhvervssikring* (l'assurance professionnelle du marché du travail) obtient, si nécessaire, un certificat d'un spécialiste en médecine du travail. Le spécialiste est notamment chargé de décrire et d'évaluer la fréquence et la nature des mouvements de travail, y compris l'utilisation de la force et les positions du poignet, les outils vibrants éventuellement utilisés et leur degré de vibration ainsi que les éventuelles expositions directes, concrètes et détaillées pour chaque tâche. Il doit également évaluer individuellement l'importance des contraintes pour le développement de la maladie chez la personne examinée.

Une étude sur la conduction nerveuse peut être incluse dans l'évaluation en complément de l'étude clinique.

2.3.5. Le syndrome du canal carpien comme complication de la tendinite (C.2.d)

Le syndrome du canal carpien peut, dans certains cas, être une conséquence naturelle et une complication de la tendinite du muscle fléchisseur du poignet. Si la tendinite peut être reconnue conformément aux exigences de la liste pour cette maladie (point C.1), le syndrome du canal carpien peut être reconnu comme une complication de cette maladie selon les critères applicables à la tendinite d'après la liste.

2.4. Exemples de maladies préexistantes et concurrentes

- arthrite du poignet et/ou du talon de la main
- suites d'une fracture du poignet
- ganglion
- certains types d'arthrose de la colonne cervicale (avec exposition de la base de la colonne)
- hernie discale cervicale
- neuropathie
- causes idiopathiques (inconnues)
- altérations du poignet liées à l'âge
- diabète
- grossesse
- obésité (indice de masse corporelle supérieur à 30-31)
- acromégalie
- hypothyroïdie (myxoedème).

2.5. Traitement des cas hors liste

Seul le syndrome du canal carpien est couvert par cet item de la liste. En outre, il faut qu'il y ait des expositions qui répondent aux exigences de reconnaissance.

D'autres maladies ou expositions non prises en compte dans la liste peuvent, dans des cas particuliers, être reconnues après avoir été soumises à la Commission des maladies professionnelles.

Un exemple d'exposition qui pourrait éventuellement être reconnu comme la cause d'un syndrome du canal carpien après sa soumission à la commission est un travail extrêmement répétitif et puissant avec une apparition de la maladie au cours de la première année.

Les pratiques de la Commission des maladies professionnelles en matière d'évaluation des cas ne figurant pas sur la liste sont régulièrement publiées sur le site internet de l'Assurance professionnelle du marché du travail.

2.6. Exemples de décisions concernant des cas relevant de la liste

2.6.1. Travaux effectués avec des outils générant de fortes vibrations (C.2.a)

Exemple n°1 : reconnaissance du syndrome du canal carpien (serrurier pendant 8 ans)
Un homme a travaillé comme serrurier sur un chantier naval pendant plus de 8 ans. Il se servait de ciseaux pneumatiques, de ponceuses et de meuleuses d'angle, de perceuses et de marteaux pneumatiques. Pendant 4 à 5 heures par jour en moyenne, il utilisait des outils à main vibrants dont la force de vibration était comprise entre 3 et 8 m/s². Il a commencé à ressentir des douleurs et des troubles sensoriels à la main et au poignet droits au bout de 7 à 8 ans. Un médecin spécialiste a diagnostiqué un syndrome du canal carpien du côté droit.

Le cas a pu être reconnu d'après la liste. Le serrurier a utilisé des outils hautement vibrants sur une demi-journée de travail pendant 8 ans et ces outils ont entraîné un niveau important de vibrations sur le poignet, en moyenne de 5 à 6 m/s². Il y avait une bonne corrélation entre le développement d'un syndrome du canal carpien du côté droit, les contraintes et l'ampleur de ces contraintes dans le temps.

Exemple n°2 : reconnaissance du syndrome du canal carpien (électricien pendant 40 ans)

Un homme a travaillé comme électricien pour différents employeurs pendant 40 ans dont plus de 20 ans comme salarié de sa propre entreprise. Les travaux consistaient en diverses tâches d'électricien et impliquaient l'utilisation quotidienne d'une fraiseuse et d'une perceuse à percussion pendant 1 à 2 heures. Au bout de 40 ans, il a ressenti une gêne dans la main droite avec des douleurs, des sensations d'engourdissement et des fourmillements dans les derniers doigts de la main. Un médecin spécialiste a diagnostiqué un syndrome du canal carpien du côté droit et l'électricien a été opéré avec succès.

Le cas a pu être reconnu d'après la liste. L'électricien a été exposé à de fortes vibrations de fraiseuses et de perceuses à percussion pendant 1 à 2 heures par jour pendant 40 ans. Les outils avaient un niveau de vibration allant de 3 m/s² à plus de 10 m/s² et il existait une bonne relation temporelle entre l'exposition aux contraintes et l'apparition de la maladie.

Exemple n°3 : rejet du syndrome du canal carpien (conducteur de chariot élévateur pendant 7 ans)

Un homme a travaillé comme magasinier dans une grande entreprise pendant plus de 7 ans. Son travail consistait à conduire des chariots pendant la quasi-totalité de toutes ses heures de travail. Selon les informations fournies, il s'agissait de conduire des modèles anciens de chariots avec lesquels les vibrations du véhicule se propagent au conducteur via le volant. Toutefois, le niveau de vibration était très faible et inférieur à 1 m/s². Au bout d'un peu plus de 7 ans, un médecin spécialiste a constaté un syndrome du canal carpien du côté gauche.

Le cas n'a pas pu être reconnu d'après la liste. Le magasinier a développé un syndrome du canal carpien du côté gauche après avoir travaillé comme cariste avec une faible exposition aux vibrations affectant le poignet pendant plusieurs années. Cependant, le niveau de vibration ne répondait pas aux exigences de la liste car il était nettement inférieur à 2,5 m².

2.6.2. Mouvements de travail rapides, répétitifs, puissants et/ou inconfortables (C.2.b)

Exemple n°4 : reconnaissance du syndrome du canal carpien (travailleuse d'usine de transformation du poisson pendant 3 ans)

Une femme a travaillé dans une usine de transformation du poisson pendant 3 ans. Elle était assise à côté d'un tapis roulant et découpait le poisson avec un couteau à fileter tranchant. Elle coupait la tête, les nageoires et l'arrête centrale des poissons en faisant de petits mouvements. Lors de chaque coupe, sa main et son avant-bras étaient bloqués avec une rotation simultanée du poignet. Cependant, le travail ne nécessitait pas beaucoup de force. Elle découpait en moyenne 7 à 10 poissons à la minute, ce qui correspondait à un peu plus de 60 petits mouvements à la minute avec le couteau (main droite). Au bout d'un

peu plus de trois ans, elle a développé des douleurs et des troubles sensoriels ainsi que des sensations d'engourdissement dans la main et l'avant-bras droits. Un médecin spécialiste a diagnostiqué un syndrome du canal carpien du côté droit, confirmé par une étude neurophysiologique.

Le cas a pu être reconnu d'après la liste. Employée dans une usine de transformation du poisson, la travailleuse a développé au bout de 3 ans un syndrome du canal carpien du côté droit. Son travail était caractérisé par de très petits mouvements de coupe répétitifs extrêmement rapides et d'intensité modérée, la main droite tenant le couteau plaçant le poignet dans une position légèrement inconfortable, ce qui exerçait une contrainte au niveau du poignet droit. En outre, il existait une bonne relation temporelle entre le travail effectué pendant trois ans avec des mouvements répétitifs extrêmement rapides, modérément intenses et inconfortables et l'apparition de la maladie.

Exemple n°5 : reconnaissance du syndrome du canal carpien bilatéral (reliuse pendant 10 ans)

Une femme a travaillé dans la reliure à temps plein pendant environ 10 ans. Elle était principalement chargée de la machine à relier, de son alimentation en papier. Elle devait prendre des feuilles de papier qu'elle posait à la verticale devant elle, puis les ajuster. Elle devait ensuite, à deux mains, insérer les feuilles de papier dans la machine, placée à hauteur de la poitrine. Elle insérait jusqu'à 14 000 feuilles par heure, ce qui correspondait à une fréquence de 30 à 40 manipulations par minute. Au bout de plus de 10 ans, elle a développé une douleur chronique aux deux avant-bras, mais plus prononcée à droite. Un médecin spécialiste a diagnostiqué un syndrome du canal carpien bilatéral et elle a ensuite été opérée des deux côtés.

Le cas a pu être reconnu d'après la liste. La relieuse effectuait des mouvements répétitifs avec les deux mains environ 30 à 40 fois par minute lors du chargement du papier dans la machine à relier. Le travail impliquait des mouvements rapides, répétitifs, inconfortables et contraignants pour le poignet. Les processus de travail requéraient une certaine force. Après de nombreuses années d'exposition à ces contraintes, la relieuse a développé un syndrome du canal carpien bilatéral et il existait bien un lien entre le travail qui sollicitait les deux poignets et le développement de la maladie.

Exemple n°6 : reconnaissance du syndrome du canal carpien (ouvrier d'abattoir pendant 4 ans)

Un homme a travaillé comme ouvrier dans un abattoir pendant plus de 4 ans. Son travail consistait à enlever la peau de salami de 5 kilos. Il coupait les saucissons avec sa main droite dans un support et les posait sur une table. Il coupait ensuite l'extrémité du saucisson, le soulevait de la main gauche et tirait la moitié du saucisson de la main droite. Il retournait le saucisson et enlevait le reste de la peau. Il produisait de 1200 à 2000 saucissons par jour et chacun était manipulé plusieurs fois, soit environ 10 à 15 manipulations par minute. Au bout de 4 ans, il a développé des douleurs et des troubles sensoriels à la main et à l'avant-bras droits. Un médecin spécialiste a diagnostiqué un syndrome du canal carpien du côté droit. Une étude neurophysiologique a confirmé le diagnostic.

Le cas a pu être reconnu d'après la liste. Cet ouvrier a été employé pendant plusieurs années dans un abattoir où son travail consistait à couper et enlever la peau des salami.

Le travail était caractérisé par des mouvements rapides, répétitifs et puissants, dans des postures contraignantes, sollicitant le poignet plusieurs fois par minute. Après 4 ans de travail, il a développé un syndrome du canal carpien du côté droit et il y avait bien un lien entre le travail qui sollicitait le poignet et le développement de la maladie.

Exemple n°7 : reconnaissance du syndrome du canal carpien (monteuse pendant 3 ans)
Une femme a travaillé pendant plus de trois ans comme monteuse dans une entreprise de fabrication de lampes et de plafonniers. Pendant environ les 3/4 de son temps de travail, elle cintrait des armatures de luminaires dans une machine à cintrer. Elle passait un quart de son temps de travail à collecter des réflecteurs pour plafonniers et à monter les éléments à l'aide d'un pistolet à riveter. Elle était capable de monter 100 à 300 armatures de luminaires par jour, ce qui correspondait à de nombreux mouvements répétitifs à la minute. Le travail avec le pistolet à riveter nécessitait une certaine force de la main droite et impliquait de fréquents mouvements de torsion, de rotation et de flexion du poignet. Pour le cintrage, elle prenait une pile de plaques d'aluminium de différentes tailles qu'elle posait sur une table et qu'elle mettait ensuite une par une dans une cintrreuse activée par pédale. Puis elle sortait les éléments et les mettait en tas. Les manipulations impliquaient qu'elle tende la main et la lève au maximum avec des rotations du poignet mais en exerçant une force limitée. Elle produisait 300 éléments à l'heure, chaque élément étant traité plusieurs fois. Au bout de 3 ans, elle a ressenti une gêne dans l'avant-bras droit et un médecin spécialiste a diagnostiqué un syndrome du canal carpien du côté droit.

Le cas a pu être reconnu d'après la liste. Pendant 3 ans, la monteuse a effectué un travail de montage sollicitant le poignet puis a développé un syndrome du canal carpien du côté droit. Le travail était caractérisé par de nombreux mouvements répétitifs de la main droite et des efforts simultanés et était exécuté dans des postures contraignantes pour le poignet.

Exemple n°8 : reconnaissance du syndrome du canal carpien (agent d'entretien pendant 6 ans)

Une femme a travaillé comme agent d'entretien et effectué des travaux de nettoyage dans un grand supermarché 30 heures par semaine, le matin. Son travail consistait essentiellement à nettoyer une surface de 3000 m² avec un sol en linoléum en utilisant une auto laveuse à batterie. La machine mesurait 50 cm de large et pesait entre 500 et 600 kg. Elle était actionnée par deux poignées horizontales, à hauteur de la poitrine. Pour faire avancer la machine, il fallait pousser les poignées vers le bas, vers le haut pour aller en arrière. Pour tourner, il fallait tirer et pousser les poignées. Laver le sol des allées étroites obligeait à faire plusieurs tours et cela entraînait une torsion des poignets. En outre, le fonctionnement de la machine nécessitait une certaine utilisation de l'alimentation manuelle. Au bout d'un peu plus de six ans, elle a ressenti une douleur intense et des troubles sensoriels à la main et au poignet droits ainsi qu'une légère douleur au poignet gauche. Une étude neurophysiologique a montré un syndrome du canal carpien du côté droit mais il n'y avait aucun signe de syndrome du canal carpien du côté gauche.

Le cas a pu être reconnu d'après la liste pour le syndrome du canal carpien du côté droit. La douleur au poignet gauche n'a pas été prise en compte pour la reconnaissance car il n'y avait aucune preuve de syndrome du canal carpien à gauche. La victime a utilisé pendant six ans une grande et lourde auto laveuse dont l'utilisation sollicitait les poignets.

Le travail comportait de nombreux mouvements répétitifs nécessitant un certain effort, effectués dans des postures contraignantes pour le poignet, y compris de fréquents mouvements de rotation et il existait une bonne corrélation entre le travail et l'apparition de la maladie.

Exemple n°9 : reconnaissance du syndrome du canal carpien (agent d'entretien pendant 8 ans et demi)

Un homme de 39 ans a travaillé pendant 8 ans comme agent d'entretien pour le nettoyage de bureaux et pendant 6 mois pour le nettoyage d'un abattoir. Lorsqu'il faisait le ménage des bureaux, il devait nettoyer plus de 1000 m² tous les jours en utilisant un balai serpillière pour laver le sol pendant 70% du temps - soit environ 5 à 6 heures par jour. Il passait ensuite un balai éponge humide pendant 2 à 3 heures et un balai sèche-sol pendant 3 à 4 heures. Ces deux dernières opérations requéraient une force faible à modérée et impliquaient des mouvements unilatéraux, répétitifs et très rapides jusqu'à environ 60 fois par minute, en combinaison avec des mouvements de rotation et de flexion des poignets. L'essuyage des sols et le passage de l'aspirateur qui occupaient moins de 30% de son temps de travail n'ont pas été considérés comme répétitifs ni nécessitant particulièrement de force. À l'abattoir, il effectuait des travaux de nettoyage. Il utilisait principalement un nettoyeur à jet d'eau haute pression jusqu'à 4 à 5 heures par jour, ce qui impliquait des mouvements répétitifs rapides des poignets, combinés à des mouvements puissants et contraignants des poignets. En outre, de nombreux et lourds efforts étaient nécessaires pour manipuler les machines et les déchets pendant le nettoyage. Il présentait des symptômes du syndrome du canal carpien aux deux poignets à la fin de son emploi à l'abattoir et avait été opéré des deux côtés.

Le cas a pu être reconnu d'après la liste. L'agent d'entretien s'est vu diagnostiquer un syndrome du canal carpien bilatéral pour lequel il a été opéré. Pendant de nombreuses années, il a fait des travaux de nettoyage 5 à 6 heures par jour qui impliquaient des mouvements répétitifs et contraignants pour les poignets pendant plus de 3 à 4 heures et l'utilisation du balai éponge humide et du balai sèche-sol nécessitait une certaine force dans les poignets. À l'abattoir, son travail impliquait des mouvements répétitifs, rapides, puissants et contraignants pour les poignets parce qu'il devait effectuer des travaux de nettoyage intensif et de rinçage à haute pression plusieurs heures par jour. Il y avait une bonne relation temporelle entre l'exposition aux contraintes et la maladie.

Exemple n°10 : reconnaissance du syndrome du canal carpien (violoniste pendant 4 ans)

Une femme a travaillé comme violoniste professionnelle à plein temps dans un grand orchestre symphonique. Le travail nécessitait beaucoup d'heures d'exercices quotidiens et donnait lieu à de nombreux concerts et enregistrements. Quand elle travaillait, elle tenait son violon dans la main gauche tandis qu'avec la main droite elle maniait l'archet d'avant en arrière dans des positions inconfortables avec des torsions et rotations constantes du poignet droit. Au bout d'un peu plus de quatre ans, elle a développé des douleurs et des troubles sensoriels au poignet droit. Un médecin spécialiste a diagnostiqué un syndrome du canal carpien du côté droit.

Le cas a pu être reconnu d'après la liste. La violoniste a développé un syndrome du canal carpien du côté droit après avoir exercé pendant plusieurs années un métier qui sollicitait beaucoup le poignet. Au cours de son travail, son poignet droit a été soumis à des

mouvements répétitifs très rapides dans des postures inconfortables pour le poignet pendant une grande partie de sa journée de travail. Il existait en outre une bonne relation temporelle entre le travail et le développement de la maladie.

Exemple n°11 : reconnaissance du syndrome du canal carpien (pêcheur pendant 7 ans)
Un homme a travaillé comme pêcheur pendant plus de 7 ans. Il pratiquait principalement la pêche au filet. Pendant 1/3 de son temps, il pêchait au filet et pendant les 2/3 restants, il ramenait les filets et les vidait. Lors de cette opération, il retirait les poissons des filets avec de puissants mouvements de préhension des deux mains autour du poisson et du filet. Il a également décortiqué des crabes pendant quelques jours. Il manipulait environ 250 morues, 2400 poissons plats ou 2000 crabes en une journée. Le reste du temps, il pratiquait la senne danoise et triait et nettoyait le poisson. Il tenait le poisson dans sa main droite tandis que de sa main gauche, il le découpait et retirait l'intestin avec un puissant mouvement de préhension. Installer et remonter les filets exerçait de fortes contraintes sur les deux poignets. A la fin de cette période de travail, il a développé des douleurs aux poignets et aux avant-bras et une étude neurophysiologique a montré un syndrome du canal carpien bilatéral.

Le cas a pu être reconnu d'après la liste. Le pêcheur effectuait depuis plusieurs années un travail sollicitant fortement les poignets, de façon répétitive, dans des positions généralement inconfortables quand il installait et remontait les filets et quand il manipulait et nettoyait les poissons. Il y avait une bonne corrélation entre le travail et le développement d'un syndrome du canal carpien bilatéral.

Exemple n°12 : reconnaissance du syndrome du canal carpien (charpentier/couvreur pendant 12 ans)

Pendant 12 ans, un charpentier de 44 ans a posé des toitures Decra. Son travail consistait, pendant la majeure partie de la journée, à tenir fermement des lattes ou des tuiles dans sa main gauche tout en utilisant un pistolet à clous avec sa main droite. Il est apparu que l'utilisation de ce pistolet provoquait des chocs continus sur la paume de sa main gauche. Au bout de quelques années, il a commencé à avoir des sensations d'engourdissement dans les doigts de la main gauche et a finalement développé un syndrome du canal carpien. Il a ensuite été opéré avec succès.

Le syndrome du canal carpien du côté gauche a pu être reconnu d'après la liste. Le charpentier a, pendant de nombreuses années, effectué un travail qui sollicitait le poignet/l'avant-bras gauche lorsqu'il tenait les lattes et les tuiles en faisant de puissants mouvements de préhension, inconfortables pour le poignet. En outre, le pistolet à clous provoquait de puissants impacts continus sur la main gauche.

Exemple n°13 : reconnaissance du syndrome du canal carpien bilatéral (boulangier pendant 9 ans)

Un homme de 27 ans a travaillé 9 ans comme boulangier faisant, pendant plus de 4 ans, des semaines de 80 à 90 heures. Il passait 45% de son temps à travailler la pâte, 10% à racler la pâte, 40% à l'aplatir et 5% à diverses autres tâches. Une grande partie des tâches étaient manuelles, y compris pour couper et travailler la pâte avec force, ce qui entraînait une torsion des poignets, pour pétrir la pâte avec les paumes de main en faisant des mouvements rapides et puissants et en levant souvent les mains au cours de la journée

de travail. Au bout d'environ 5 ans, il a commencé à ressentir des douleurs dans les poignets et des picotements dans les doigts après de longues journées de travail. La gêne a augmenté au fil des années et une étude neurophysiologique a finalement montré, entre autres, une altération de la conduction nerveuse et un syndrome du canal carpien bilatéral.

Le syndrome du canal carpien bilatéral a pu être reconnu d'après la liste car, durant une grande partie de son temps de travail et pendant de nombreuses années, le boulanger a effectué des mouvements rapides, puissants et inconfortables pour les poignets lorsqu'il travaillait de grandes quantités de pâte, notamment lorsqu'il pétrissait et raclait la pâte.

Exemple n°14 : rejet du syndrome du canal carpien lié au travail (empaqueteuse pendant 8 à 9 mois)

Une femme a travaillé dans une grande boucherie, à l'emballage des hamburgers, pendant 8 à 9 mois. Son travail consistait à emballer des hamburgers surgelés. Elle faisait des piles de 7 hamburgers et les mettait dans un sac cylindrique qui arrivait à hauteur de la poitrine, chaque sac pouvant contenir 25 hamburgers. Le sac était ensuite placé, toujours à la même hauteur, pour être fermé par un collègue. Le travail était caractérisé par la rapidité car elle emballait jusqu'à 1500 sacs par jour avec de nombreuses manipulations à la minute. Au bout d'un peu plus de 9 mois de travail, elle a développé un syndrome du canal carpien du côté droit et a été opérée avec succès.

Le cas n'a pas pu être reconnu d'après la liste. L'empaqueteuse a développé un syndrome du canal carpien du côté droit au bout de 8 à 9 mois de travail, un travail caractérisé par la rapidité et de nombreuses manipulations des hamburgers à la minute. Bien qu'elle ait effectué un travail qui sollicitait le poignet, impliquant des mouvements très rapides et répétitifs dans des positions légèrement inconfortables, cela ne répondait pas aux exigences de la liste concernant la durée d'exposition. Pour que le cas soit reconnu, il faut avoir été exposé aux contraintes pendant au moins 2 ans mais l'empaqueteuse n'a effectué le travail qui sollicitait le poignet que pendant environ 9 mois.

Exemple n°15 : rejet du syndrome du canal carpien (empaqueteuse pendant 7 ans)

Une femme a travaillé dans une usine de fabrication de couches pendant plus de 7 ans. Son travail consistait à emballer des couches. Elle prenait environ 20 couches sur un tapis roulant, les tournait de 90°, les plaçait dans une machine d'emballage et appuyait sur un bouton. Elle préparait environ 4 à 5 piles de couches à la minute pour la machine d'emballage. Le travail était effectué à bonne hauteur, les mouvements de rotation des poignets étaient très limités et les manipulations ne nécessitaient pas particulièrement de force. Au bout de 6 à 7 ans, elle développa les symptômes d'un syndrome du canal carpien du côté droit et un médecin spécialiste en posa le diagnostic.

Le cas n'a pas pu être reconnu d'après la liste. L'empaqueteuse avait développé un syndrome du canal carpien du côté droit après plus de 7 ans de travail dans le conditionnement des couches. Le travail comportait un nombre limité de mouvements répétitifs par minute (4 à 5 mouvements), ne requérait pas beaucoup de force et/ou n'entraînait pas de postures inconfortables. Par conséquent, l'exigence qu'il y ait au moins 2 facteurs de contraintes portant sur des mouvements rapides, répétitifs, puissants et inconfortables n'était pas remplie.

Exemple n°16 : rejet du syndrome du canal carpien (assistante sanitaire et sociale pendant 4 ans)

Une femme a travaillé comme assistante sanitaire et sociale dans une maison de retraite pendant plus de 4 ans. Son travail consistait en général à s'occuper de 4 résidents pour les soins à la personne, l'aide à la toilette, l'habillage, les repas et les médicaments. Son travail était varié et impliquait environ 20 manutentions de personnes par jour. Au bout de 4 ans, elle a ressenti une douleur au poignet gauche et un médecin spécialiste a diagnostiqué un syndrome du canal carpien du côté gauche.

Le cas n'a pas pu être reconnu d'après la liste. Le travail de l'assistante sanitaire et sociale qui consistait à aider les résidents d'une maison de retraite dans les soins à la personne pendant un peu plus de quatre ans n'avaient pas entraîné de mouvements répétitifs, puissants et/ou inconfortables sollicitant le poignet gauche plusieurs fois par minute. Par conséquent, le cas ne remplissait pas les conditions requises pour la reconnaissance d'après la liste.

Exemple n°17 : rejet du syndrome du canal carpien (agent d'entretien pendant 1 an)

Un syndrome du canal carpien bilatéral a été diagnostiqué chez une femme de 47 ans dans le cadre d'une électromyographie (EMG - étude des vitesses de conduction nerveuse). D'après les données médicales, elle souffrait également d'un trouble du métabolisme, un myxoedème, pour lequel elle était traitée. Ses symptômes sont apparus un peu moins d'un an après qu'elle ait commencé à faire l'entretien d'une mairie et d'un centre culturel. Au cours de ce travail, elle lavait le sol avec un balai éponge humide pendant environ 4 heures par jour. Elle devait par ailleurs passer l'aspirateur, balayer, sécher les surfaces... Auparavant, elle avait eu un travail plus facile, ne sollicitant pas les poignets.

Le cas n'a pas pu être reconnu d'après la liste. Un syndrome du canal carpien bilatéral a été constaté chez cet agent d'entretien après un peu moins d'un an de travaux de nettoyage. Le critère pour une reconnaissance du syndrome du canal carpien est de 2 ans avec une exposition préalable pertinente à des contraintes, qui peut éventuellement être réduite à 1 an si les contraintes ont été très importantes. Dans le cas présent, ce critère n'était pas rempli.

Le cas avait également été soumis à la Commission des maladies professionnelles pour une évaluation hors liste, qui n'a toutefois pas permis de conclure que la maladie était uniquement ou principalement causée par le travail. La commission a souligné qu'il n'y avait aucune contrainte extraordinaire augmentant le risque de développer un syndrome du canal carpien et qu'il existait également une maladie concurrente pouvant elle-même causer le syndrome du canal carpien.

2.6.3. Travaux avec des objets qui exercent une pression directe et continue (C.2.c)

Exemple n°18 : reconnaissance du syndrome du canal carpien (ajusteur pendant 2 ans)

Un homme a travaillé comme ajusteur dans une grande entreprise qui produisait diverses pièces métalliques de grande taille. Son travail consistait principalement à ajuster de lourdes bandes métalliques sur de grandes plaques métalliques avec des écrous en métal. Lors de l'ajustage, il utilisait une grande pince suédoise qui exerçait une pression presque constante contre le nerf médian pendant une bonne part de la journée de travail. Au bout

d'un peu moins de deux ans, il a ressenti une douleur à l'avant-bras et à la main et un médecin spécialiste a diagnostiqué un syndrome du canal carpien du côté droit.

Le cas a pu être reconnu d'après la liste. Cet ajusteur a développé un syndrome du canal carpien du côté droit en raison de son travail. Pendant près de deux ans, il a été exposé à une pression presque constante exercée par une grande pince sur le nerf médian situé dans le canal carpien.

2.6.4. Le syndrome du canal carpien comme complication d'une tendinite (C.2.d)

Exemple n°19 : reconnaissance du syndrome du canal carpien comme complication d'une tendinite (chaudronnier pendant 6 mois)

Un homme a travaillé pendant un peu plus de six mois comme chaudronnier dans une grande entreprise de production d'acier. Son travail consistait à fabriquer des pièces pour la construction de grilles et, dans une moindre mesure, à monter/souder. Lors de la fabrication, il découpait des tubes de 1 à 15 kilos, les plaçait dans un support, les soulevait un à un et fraisait les deux extrémités. Il portait ensuite les tubes dans une presse avec filetage et activait la presse. Il y avait un peu plus de 8 manipulations par tube, soit 2000 par jour. Il devait souvent soulever les tubes avec les poignets tendus, ce qui exigeait un certain effort. En outre, il y avait beaucoup de gestes répétitifs qui entraînaient des mouvements de torsion, de rotation et de flexion du poignet. Le chaudronnier a ressenti des douleurs au poignet et à l'avant-bras droits au bout de quelques mois de travail. Un médecin spécialiste a diagnostiqué une tendinite du côté droit et un syndrome du canal carpien du même côté.

Le cas a pu être reconnu comme une complication de la tendinite puisque cette maladie peut être reconnue d'après la liste et puisqu'il existait une bonne corrélation entre les deux maladies. Le chaudronnier avait effectué pendant 6 mois un travail qui sollicitait le poignet et qui était caractérisé par des mouvements puissants et répétitifs et des postures de travail simultanées et inconfortables pour le poignet droit. Par conséquent, l'exposition répondait aux critères de reconnaissance pour la tendinite de la main et de l'avant-bras (point C.1).

Exemple n°20 : reconnaissance du syndrome du canal carpien comme complication d'une tendinite (opératrice de conditionnement pendant 15 ans)

Une femme a travaillé pendant 15 ans dans un abattoir, à l'emballage de la viande. Elle emballait environ 600 morceaux du quartier arrière ou jambons à l'heure dans des caisses de 25 kilos. Pour les emballer, elle devait les ranger bien droit et les maintenir fermement comprimés et alignés pour qu'ils puissent glisser dans la machine d'emballage. Concernant le filet, elle en emballait 1200 à l'heure dans des caisses de 5 kilos. Le travail d'emballage exigeait d'elle de nombreux mouvements de préhension avec la main droite et des mouvements de torsion du poignet droit tout en levant souvent les bras. Pour emballer les caisses de 25 kilos, elle devait utiliser un appareil de levage qui était contraignant pour les bras car elle devait tirer par le haut avec le bras droit en extension. Il lui fallait appuyer sur l'interrupteur de l'appareil en fléchissant fortement tous les doigts pour faire descendre les caisses puis remonter en position de levage. En raison de la petite taille de l'opératrice, le travail a généralement entraîné beaucoup de mouvements effectués à bout de bras, le bras levé et au-dessus de la tête. À la fin de cette période de travail, elle a développé une

tendinite au poignet droit et par la suite un syndrome du canal carpien a été constaté du même côté.

Le syndrome du canal carpien du côté droit a pu être considéré comme une complication de la tendinite d'après la liste (groupe C, point 1) en raison de mouvements répétitifs rapides, modérément puissants et inconfortables qui ont affecté le poignet droit et ont contribué au développement de cette maladie. L'opératrice a développé un syndrome du canal carpien qui a été immédiatement associé à la tendinite et il y avait donc une bonne corrélation entre les deux maladies et entre les maladies et les contraintes imposées par le travail.

Informations complémentaires :

Site Internet de *Arbejdsmarkedets Erhvervssikrings* (Assurance professionnelle du marché du travail) sous l'onglet "*Forskning og udredningsprojekter*" :

- *Udredningsrapport om sammenhaenge mellem karpaltunnelsyndrom og pc-arbejde* (Projets de recherche et d'enquêtes : rapport d'enquête sur le lien entre le syndrome du canal carpien et le travail sur ordinateur)
- Note sur les travaux de nettoyage et les maladies du système musculosquelettique des membres supérieurs
- Note sur le travail de soins et les maladies du système musculosquelettique des membres supérieurs.



Établir l'origine professionnelle d'une maladie
Zoom sur les approches italienne et danoise
Cas des TMS, cancers et pathologies psychiques
EUROGIP - Paris
juin 2020
Réf. EUROGIP - 155/F
ISBN 979-10-97358-21-1

Directeur de la publication : Raphaël Haeflinger
Auteur : Christine Kieffer
Relations presse : Isabelle Leleu

EUROGIP, groupement d'intérêt public créé en 1991 par l'Assurance Maladie-Risques professionnels, est un observatoire et un centre de ressources sur la prévention et l'assurance des risques professionnels en Europe

www.eurogip.fr

51, avenue des Gobelins - F-75013 Paris
+33 (0) 1 40 56 30 40
eurogip@eurogip.fr

