



HAL
open science

Analyse descriptive des avis rendus par les Comités Régionaux de Reconnaissance des Maladies Professionnelles de France sur des dossiers de maladies professionnelles identiques

Solenn Letalon

► **To cite this version:**

Solenn Letalon. Analyse descriptive des avis rendus par les Comités Régionaux de Reconnaissance des Maladies Professionnelles de France sur des dossiers de maladies professionnelles identiques. Médecine humaine et pathologie. 2018. dumas-01760898

HAL Id: dumas-01760898

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01760898v1>

Submitted on 6 Apr 2018

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

FACULTE MIXTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE ROUEN

ANNEE 2017-2018

N°

THESE POUR LE DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'état)

Par

LETALON Solenn

Née le 02 aout 1987 à Saint- Germain- En- Laye

Présentée et soutenue publiquement le 29 mars 2018

**Analyse descriptive des avis rendus par les Comités
Régionaux de Reconnaissance des Maladies
Professionnelles de France sur des dossiers de maladies
professionnelles identiques**

Président du jury : Professeur Jean- François GEHANNO

Directeur de thèse : Professeur Jean- François GEHANNO

Membres du jury : Professeur Bénédicte CLIN- GODARD

Docteur Laétitia ROLLIN

Docteur Antoine GISLARD

THESE POUR LE DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'état)

Par

LETALON Solenn

Née le 02 aout 1987 à Saint- Germain- En- Laye

Présentée et soutenue publiquement le 29 mars 2018

**Analyse descriptive des avis rendus par les Comités
Régionaux de Reconnaissance des Maladies
Professionnelles de France sur des dossiers de maladies
professionnelles identiques**

Président du jury : Professeur Jean- François GEHANNO

Directeur de thèse : Professeur Jean- François GEHANNO

Membres du jury : Professeur Bénédicte CLIN- GODARD

Docteur Laétitia ROLLIN

Docteur Antoine GISLARD

LISTE DES PU-PH

ANNEE UNIVERSITAIRE 2017 - 2018
U.F.R. DE MEDECINE ET DE-PHARMACIE DE ROUEN

DOYEN : **Professeur Pierre FREGER**

ASSESEURS : **Professeur Michel GUERBET**
Professeur Benoit VEBER
Professeur Pascal JOLY
Professeur Stéphane MARRET

I - MEDECINE

PROFESSEURS DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

Mr Frédéric ANSELME	HCN	Cardiologie
Mme Gisèle APTER	Havre	Pédopsychiatrie
Mme Isabelle AUQUIT AUCKBUR	HCN	Chirurgie plastique
Mr Fabrice BAUER	HCN	Cardiologie
Mme Soumeya BEKRI	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mr Ygal BENHAMOU	HCN	Médecine interne
Mr Jacques BENICHOU	HCN	Bio statistiques et informatique médicale
Mr Olivier BOYER	UFR	Immunologie
Mme Sophie CANDON	HCN	Immunologie
Mr François CARON	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
Mr Philippe CHASSAGNE (<i>détachement</i>)	HCN	Médecine interne (gériatrie) – Détachement
Mr Vincent COMPERE	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale

Mr Jean-Nicolas CORNU	HCN	Urologie
Mr Antoine CUVELIER	HB	Pneumologie
Mr Pierre CZERNICHOW (<i>surnombre</i>)	HCH	Epidémiologie, économie de la santé
Mr Jean-Nicolas DACHER	HCN	Radiologie et imagerie médicale
Mr Stéfan DARMONI	HCN	Informatique médicale et techniques de communication
Mr Pierre DECHELOTTE	HCN	Nutrition
Mr Stéphane DERREY	HCN	Neurochirurgie
Mr Frédéric DI FIORE	CB	Cancérologie
Mr Fabien DOGUET	HCN	Chirurgie Cardio Vasculaire
Mr Jean DOUCET	SJ	Thérapeutique - Médecine interne et gériatrie
Mr Bernard DUBRAY	CB	Radiothérapie
Mr Philippe DUCROTTE	HCN	Hépto-gastro-entérologie
Mr Frank DUJARDIN	HCN	Chirurgie orthopédique - Traumatologique
Mr Fabrice DUPARC	HCN	Anatomie - Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mr Eric DURAND	HCN	Cardiologie
Mr Bertrand DUREUIL	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
Mme Hélène ELTCHANINOFF	HCN	Cardiologie
Mr Manuel ETIENNE	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
Mr Thierry FREBOURG	UFR	Génétique
Mr Pierre FREGER	HCN	Anatomie - Neurochirurgie
Mr Jean François GEHANNO	HCN	Médecine et santé au travail
Mr Emmanuel GERARDIN	HCN	Imagerie médicale
Mme Priscille GERARDIN	HCN	Pédopsychiatrie
M. Guillaume GOURCEROL	HCN	Physiologie
Mr Dominique GUERROT	HCN	Néphrologie
Mr Olivier GUILLIN	HCN	Psychiatrie Adultes
Mr Didier HANNEQUIN	HCN	Neurologie
Mr Fabrice JARDIN	CB	Hématologie
Mr Luc-Marie JOLY	HCN	Médecine d'urgence
Mr Pascal JOLY	HCN	Dermato – Vénérologie
Mme Bouchra LAMIA	Havre	Pneumologie
Mme Annie LAQUERRIERE	HCN	Anatomie et cytologie pathologiques
Mr Vincent LAUDENBACH	HCN	Anesthésie et réanimation chirurgicale

Mr Joël LECHEVALLIER	HCN	Chirurgie infantile
Mr Hervé LEFEBVRE	HB	Endocrinologie et maladies métaboliques
Mr Thierry LEQUERRE	HB	Rhumatologie
Mme Anne-Marie LEROI	HCN	Physiologie
Mr Hervé LEVESQUE	HB	Médecine interne
Mme Agnès LIARD-ZMUDA	HCN	Chirurgie Infantile
Mr Pierre Yves LITZLER	HCN	Chirurgie cardiaque
Mr Bertrand MACE	HCN	Histologie, embryologie, cytogénétique
M. David MALTETE	HCN	Neurologie
Mr Christophe MARGUET	HCN	Pédiatrie
Mme Isabelle MARIE	HB	Médecine interne
Mr Jean-Paul MARIE	HCN	Oto-rhino-laryngologie
Mr Loïc MARPEAU	HCN	Gynécologie - Obstétrique
Mr Stéphane MARRET	HCN	Pédiatrie
Mme Véronique MERLE	HCN	Epidémiologie
Mr Pierre MICHEL	HCN	Hépatogastro-entérologie
M. Benoit MISSET	HCN	Réanimation Médicale
Mr Jean-François MUIR (<i>surnombre</i>)	HB	Pneumologie
Mr Marc MURAINÉ	HCN	Ophtalmologie
Mr Philippe MUSETTE	HCN	Dermatologie - Vénérologie
Mr Christophe PEILLON	HCN	Chirurgie générale
Mr Christian PFISTER	HCN	Urologie
Mr Jean-Christophe PLANTIER	HCN	Bactériologie - Virologie
Mr Didier PLISSONNIER	HCN	Chirurgie vasculaire
Mr Gaëtan PREVOST	HCN	Endocrinologie
Mr Jean-Christophe RICHARD (<i>détachement</i>)	HCN	Réanimation médicale - Médecine d'urgence
Mr Vincent RICHARD	UFR	Pharmacologie
Mme Nathalie RIVES	HCN	Biologie du développement et de la reproduction
Mr Horace ROMAN	HCN	Gynécologie - Obstétrique
Mr Jean-Christophe SABOURIN	HCN	Anatomie - Pathologie
Mr Guillaume SAVOYE	HCN	Hépatogastrologie
Mme Céline SAVOYE-COLLET	HCN	Imagerie médicale
Mme Pascale SCHNEIDER	HCN	Pédiatrie
Mr Michel SCOTTE	HCN	Chirurgie digestive

Mme Fabienne TAMION	HCN	Thérapeutique
Mr Luc THIBERVILLE	HCN	Pneumologie
Mr Christian THUILLEZ (<i>surnombre</i>)	HB	Pharmacologie
Mr Hervé TILLY	CB	Hématologie et transfusion
M. Gilles TOURNEL	HCN	Médecine Légale
Mr Olivier TROST	HCN	Chirurgie Maxillo-Faciale
Mr Jean-Jacques TUECH	HCN	Chirurgie digestive
Mr Jean-Pierre VANNIER (<i>surnombre</i>)	HCN	Pédiatrie génétique
Mr Benoît VEBER	HCN	Anesthésiologie - Réanimation chirurgicale
Mr Pierre VERA	CB	Biophysique et traitement de l'image
Mr Eric VERIN	HB	Service Santé Réadaptation
Mr Eric VERSPYCK	HCN	Gynécologie obstétrique
Mr Olivier VITTECOQ	HB	Rhumatologie
Mme Marie-Laure WELTER	HCN	Physiologie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

Mme Noëlle BARBIER-FREBOURG	HCN	Bactériologie – Virologie
Mme Carole BRASSE LAGNEL	HCN	Biochimie
Mme Valérie BRIDOUX HUYBRECHTS	HCN	Chirurgie Vasculaire
Mr Gérard BUCHONNET	HCN	Hématologie
Mme Mireille CASTANET	HCN	Pédiatrie
Mme Nathalie CHASTAN	HCN	Neurophysiologie
Mme Sophie CLAEYSSENS	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mr Moïse COEFFIER	HCN	Nutrition
Mr Serge JACQUOT	UFR	Immunologie
Mr Joël LADNER	HCN	Epidémiologie, économie de la santé
Mr Jean-Baptiste LATOUCHE	UFR	Biologie cellulaire
Mr Thomas MOUREZ	HCN	Virologie
Mr Gaël NICOLAS	HCN	Génétique
Mme Muriel QUILLARD	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mme Laëtitia ROLLIN	HCN	Médecine du Travail
Mr Mathieu SALAUN	HCN	Pneumologie

Mme Pascale **SAUGIER-VEBER** HCN Génétique
Mme Anne-Claire **TOBENAS-DUJARDIN** HCN Anatomie
Mr David **WALLON** HCN Neurologie

PROFESSEUR AGREGE OU CERTIFIE

Mr Thierry **WABLE** UFR Communication
Mme Mélanie **AUVRAY-HAMEL** UFR Anglais

II - PHARMACIE

PROFESSEURS

Mr Thierry BESSON	Chimie Thérapeutique
Mr Roland CAPRON (PU-PH)	Biophysique
Mr Jean COSTENTIN (Professeur émérite)	Pharmacologie
Mme Isabelle DUBUS	Biochimie
Mr Loïc FAVENNEC (PU-PH)	Parasitologie
Mr Jean Pierre GOULLE (Professeur émérite)	Toxicologie
Mr Michel GUERBET	Toxicologie
Mme Isabelle LEROUX - NICOLLET	Physiologie
Mme Christelle MONTEIL	Toxicologie
Mme Martine PESTEL-CARON (PU-PH)	Microbiologie
Mr Rémi VARIN (PU-PH)	Pharmacie clinique
Mr Jean-Marie VAUGEOIS	Pharmacologie
Mr Philippe VERITE	Chimie analytique

MAITRES DE CONFERENCES

Mme Cécile BARBOT	Chimie Générale et Minérale
Mr Jérémy BELLIEN (MCU-PH)	Pharmacologie

Mr Frédéric BOUNOURE	Pharmacie Galénique
Mr Abdeslam CHAGRAOUI	Physiologie
Mme Camille CHARBONNIER(LE CLEZIO)	Statistiques
Mme Elizabeth CHOSSON	Botanique
Mme Marie Catherine CONCE-CHEMTOB	Législation pharmaceutique et économie de la santé
Mme Cécile CORBIERE	Biochimie
Mr Eric DITTMAR	Biophysique
Mme Nathalie DOURMAP	Pharmacologie
Mme Isabelle DUBUC	Pharmacologie
Mme Dominique DUTERTE- BOUCHER	Pharmacologie
Mr Abdelhakim ELOMRI	Pharmacognosie
Mr François ESTOUR	Chimie Organique
Mr Gilles GARGALA (MCU-PH)	Parasitologie
Mme Nejla EL GHARBI-HAMZA	Chimie analytique
Mme Marie-Laure GROULT	Botanique
Mr Hervé HUE	Biophysique et mathématiques
Mme Laetitia LE GOFF	Parasitologie – Immunologie
Mme Hong LU	Biologie
M. Jérémie MARTINET (MCU-PH)	Immunologie
Mme Marine MALLETER	Toxicologie
Mme Sabine MENAGER	Chimie organique
Mme Tiphaine ROGEZ-FLORENT	Chimie analytique
Mr Mohamed SKIBA	Pharmacie galénique
Mme Malika SKIBA	Pharmacie galénique
Mme Christine THARASSE	Chimie thérapeutique
Mr Frédéric ZIEGLER	Biochimie

PROFESSEURS ASSOCIES

Mme Cécile GUERARD-DETUNCQ	Pharmacie officinale
Mr Jean-François HOUIVET	Pharmacie officinale

PROFESSEUR CERTIFIE

Mme Mathilde GUERIN	Anglais
----------------------------	---------

ATTACHES TEMPORAIRES D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE

Mme Anne-Sophie CHAMPY	Pharmacognosie
M. Jonathan HEDOUIN	Chimie Organique
Mme Barbara LAMY-PELLETER	Pharmacie Galénique

<h3>LISTE DES RESPONSABLES DES DISCIPLINES PHARMACEUTIQUES</h3>

Mme Cécile BARBOT	Chimie Générale et minérale
Mr Thierry BESSON	Chimie thérapeutique
Mr Roland CAPRON	Biophysique
Mme Marie-Catherine CONCE-CHEMTOB	Législation et économie de la santé
Mme Elisabeth CHOSSON	Botanique
Mme Isabelle DUBUS	Biochimie
Mr Abdelhakim ELOMRI	Pharmacognosie
Mr Loïc FAVENNEC	Parasitologie
Mr Michel GUERBET	Toxicologie
Mr François ESTOUR	Chimie organique
Mme Isabelle LEROUX-NICOLLET	Physiologie
Mme Martine PESTEL-CARON	Microbiologie
Mr Mohamed SKIBA	Pharmacie galénique
Mr Rémi VARIN	Pharmacie clinique
Mr Philippe VERITE	Chimie analytique

III – MEDECINE GENERALE

PROFESSEUR

Mr Jean-Loup **HERMIL** (PU-MG) UFR Médecine générale

MAITRE DE CONFERENCE

Mr Matthieu **SCHUERS** (MCU-MG) UFR Médecine générale

PROFESSEURS ASSOCIES A MI-TEMPS – MEDECINS GENERALISTE

Mr Emmanuel **LEFEBVRE** UFR Médecine Générale

Mme Elisabeth **MAUVIARD** UFR Médecine générale

Mr Philippe **NGUYEN THANH** UFR Médecine générale

Mme Marie Thérèse **THUEUX** UFR Médecine générale

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE A MI-TEMPS – MEDECINS GENERALISTES

Mr Pascal **BOULET** UFR Médecine générale

Mr Emmanuel **HAZARD** UFR Médecine Générale

Mme Marianne **LAINÉ** UFR Médecine Générale

Mme Lucile **PELLERIN** UFR Médecine générale

Mme Yveline **SEVRIN** UFR Médecine générale

ENSEIGNANTS MONO-APPARTENANTS

PROFESSEURS

Mr Serguei FETISSOV (med)	Physiologie (ADEN)
Mr Paul MULDER (phar)	Sciences du Médicament
Mme Su RUAN (med)	Génie Informatique

MAITRES DE CONFERENCES

Mr Sahil ADRIOUCH (med)	Biochimie et biologie moléculaire (Unité Inserm 905)
Mme Gaëlle BOUGEARD-DENOYELLE (med)	Biochimie et biologie moléculaire (UMR 1079)
Mme Carine CLEREN (med)	Neurosciences (Néovasc)
M. Sylvain FRAINEAU (med)	Physiologie (Inserm U 1096)
Mme Pascaline GAILDRAT (med)	Génétique moléculaire humaine (UMR 1079)
Mr Nicolas GUEROUT (med)	Chirurgie Expérimentale
Mme Rachel LETELLIER (med)	Physiologie
Mme Christine RONDANINO (med)	Physiologie de la reproduction
Mr Antoine OUVRARD-PASCAUD (med)	Physiologie (Unité Inserm 1076)
Mr Frédéric PASQUET	Sciences du langage, orthophonie
Mme Isabelle TOURNIER (med)	Biochimie (UMR 1079)

CHEF DES SERVICES ADMINISTRATIFS : Mme Véronique DELAFONTAINE

HCN - Hôpital Charles Nicolle

HB - Hôpital de BOIS GUILLAUME

CB - Centre Henri Becquerel

CHS - Centre Hospitalier Spécialisé du Rouvray

CRMPR - Centre Régional de Médecine Physique et de Réadaptation

SJ – Saint Julien Rouen

Par délibération en date du 03 mars 1967, la faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

REMERCIEMENTS

Aux membres du jury

Monsieur le Professeur Jean- François GEHANNO,

pour m'avoir proposé ce sujet particulièrement intéressant sur lequel j'ai eu beaucoup de plaisirs à travailler, mais également pour la qualité de votre enseignement et votre bienveillance tout au long de ces années d'internat.

Madame le Professeur Bénédicte CLIN- GODARD,

pour me faire l'honneur de participer à ce jury malgré la distance qui peut séparer nos deux CHU, et également pour votre enseignement que j'ai eu beaucoup de plaisirs à suivre durant mon internat.

Madame le Docteur Laétitia ROLLIN,

pour son implication et son soutien à ce travail, et également pour sa disponibilité durant mon cursus.

Monsieur le Docteur Antoine GISLARD,

pour avoir accepté de faire partie de ce jury et son investissement tout au long de cette étude.

A Madame Daigurande et Madame Bouvier de la CARSAT de Rouen,

à Madame le Docteur Vandenberghe et à la CNAM-TS,

pour leur participation et leur soutien à cette étude.

A ma famille

Des immenses mercis à *mes parents* : merci pour tout votre soutien pendant toute cette scolarité qui n'a malheureusement pas été un long fleuve tranquille pour vous et surtout merci de me connaître si bien et ainsi pouvoir toujours me conseiller de la manière la plus avisée.

A mes sœurs (et aux beaux-frères) pour tous ces innombrables moments partagés qui me sont si chers.

A Etienne : Pour ton soutien, ta gentillesse et surtout ta patience indispensable au quotidien.

A mes amis et collègues

A mes amis : En particulier à Coco, je ne pourrais jamais assez te remercier pour tout ce que tu m'as apporté. Merci d'être venu un jour t'asseoir à côté de moi dans cet amphi ! A Emelyne, Cécile et à tous les autres pour les souvenirs extra-scolaires qui ont fait passer ces dix dernières années beaucoup trop rapidement !

Aux collègues, co-internes et à toutes les personnes croisées dans les différents stages.

LISTE DES ABREVIATIONS et ACRONYMES

ADF	Avis Défavorable
AF	Avis Favorable
AT	Accident du Travail
ATCD	Antécédents
CARSAT	Caisse d'Assurance Retraite et de la Santé au Travail
CCPPE	Centre de Consultation de Pathologie Professionnelle et Environnementale
CEE	Communauté Economique Européenne
CMI	Certificat Médical Initial
CNAMTS	Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés
COCT	Conseil d'Orientation des Conditions de Travail
CPAM	Caisse Primaire d'Assurance Maladie
CRA	Commission de Recours à l'Amiable
CRRMP	Comités Régionaux de Reconnaissance des Maladies Professionnelles
CSS	Code de la Sécurité Sociale
CT	Code du Travail
Db	Décibel
DER	Durée d'Exposition au Risque
DIRECCTE	DIRections Régionales des Entreprises, de la Concurrence, de la Consommation, du Travail et de l'Emploi
DPC	Délais de Prise en Charge
DPCM	Date de Première Constatation Médicale
DPR	Direction des Risques Professionnels
DRSM	Direction Régionale du Service Médicale de l'Assurance Maladie
DSS	Direction de la Sécurité Sociale
ERSM	Echelon Régional du Service Médical
HD	Hernie Discale
IC	Indice de Concordance
ILO	International Labour Organization
INRS	Institut National de Recherche et de Sécurité
IPP	Incapacité Permanente Partielle
LLT	Liste Limitative de Travaux
MCP	Maladie à Caractère Professionnel
MIRTMO	Médecin Inspecteur du Travail et de la Main d'Œuvre
MPI	Maladies Professionnelles Indemnisables
OIT	Organisation Internationale du Travail
PV	Procès-Verbal
RG	Régime Général
RPS	Risques Psycho-Sociaux
TASS	Tribunal des Affaires de Sécurité Sociale
TMS	Trouble Musculo- Squelettiques

TABLE DES MATIERE

LISTE DES PU-PH.....	3
REMERCIEMENTS	13
LISTE DES ABREVIATIONS ET ACRONYMES	15
LISTE DES TABLEAUX	18
LISTE DES FIGURES.....	20
INTRODUCTION.....	21
1ERE PARTIE : INTRODUCTION	22
1. DEFINITION DE LA MALADIE PROFESSIONNELLE EN FRANCE	22
1.1. <i>La maladie professionnelle indemnisable (MPI)</i>	22
1.2. <i>La maladie à caractère professionnel (MCP)</i>	23
2. HISTORIQUE SUR LA LEGISLATION DES MALADIES PROFESSIONNELLES EN FRANCE.	23
2.1. <i>Un historique qui se calque sur celui des accidents du travail.</i>	23
2.2. <i>Naissance et évolution des tableaux de MP</i>	25
2.3. <i>Création des Comités Régionaux de Reconnaissance des Maladies Professionnelles (CRRMP)</i>	25
3. LA RECONNAISSANCE DES MALADIES PROFESSIONNELLES EN FRANCE.	26
3.1. <i>Présomption d'origine et système des « tableaux »</i>	26
3.1.1. Les tableaux de maladie professionnelle	27
3.1.2. La présomption d'origine	28
3.1.3. Procédure administrative de reconnaissance et instruction du dossier.....	29
3.2. <i>Système complémentaire de réparation des maladies professionnelles : les CRRMP</i>	32
3.2.1. Reconnaissance au titre de l'alinéa 3	32
3.2.2. Reconnaissance au titre de l'alinéa 4	33
3.3. <i>Données chiffrées concernant les maladies professionnelles en France</i>	34
4. LES COMITES REGIONAUX DE RECONNAISSANCE DES MALADIES PROFESSIONNELLES.	36
4.1. <i>Leurs missions</i>	36
4.2. <i>Leur organisation</i>	36
4.2.1. Répartition géographique	36
4.2.2. Saisie des CRRMP/ Constitution des dossiers.....	37
4.2.3. Composition du comité régional de reconnaissance des maladies professionnelles (CRRMP).....	38
4.2.4. Décision des CRRMP	38
4.3. <i>Contentieux</i>	39
4.4. <i>Bilan national des CRRMP</i>	39
5. RECONNAISSANCE DES MALADIES PROFESSIONNELLES A L'ETRANGER	43
5.1. <i>Définition des maladies professionnelles à l'étranger</i>	43
5.2. <i>Liste des maladies professionnelles</i>	43
5.3. <i>La déclaration en maladies professionnelles</i>	44
5.4. <i>Reconnaissance et indemnisation en maladie professionnelle</i>	45
5.5. <i>Données chiffrées concernant les maladies professionnelles à l'étranger</i>	46
2EME PARTIE : ETUDE DES AVIS RENDUS PAR LES CRRMP	47
1. CONTEXTE	47
1.1. <i>Des disparités inter-régionales de reconnaissance en maladies professionnelles</i>	47
1.1.1. Données chiffrées.....	48
1.1.2. Analyse de la littérature	50
1.2. <i>Origine de ces disparités</i>	51
2. PRESENTATION DE L'ETUDE	53
2.1. <i>Objectifs de l'étude</i>	53
2.1.1. Objectif principal	53
2.1.2. Objectifs secondaires	53

2.2. Matériels et méthode.....	53
2.2.1. Type d'étude	53
2.2.2. Matériels	53
2.2.2.1. Création des vignettes.....	53
2.2.2.2. Présentation des 28 vignettes	55
2.2.3. Méthode.....	57
2.2.3.1. Diffusion aux CRRMP	57
2.2.3.2. Recueil et analyse des données.....	57
3. PRESENTATION DES RESULTATS	58
3.1. Description de la qualité des données.....	58
3.2. Description des données retenues dans l'étude	61
3.2.1. Données concernant l'objectif principal de cette étude	61
3.2.2. Données concernant les objectifs secondaires	63
3.2.2.1. Selon le tableau de MPI.....	63
3.2.2.2. Selon le motif de saisine du CRRMP	71
4. DISCUSSION	75
4.1. Les apports et freins méthodologiques de notre étude.....	75
4.2. Les apports « scientifiques » de l'étude.....	80
4.3. Les apports « prescriptifs » de l'étude.....	91
4.3.1. Dégager des axes prioritaires d'harmonisation.....	91
4.3.2. Propositions pour harmoniser les pratiques	92
4.3.2.1. Nécessité d'une base scientifique	92
4.3.2.2. Outils pratiques à destination des membres des CRRMP.....	93
4.3.2.3. « Animation » à l'échelon local, régional et national	97
4.3.3. Prolongement de l'étude.....	98
4.3.3.1. Nouvelle étude venant préciser davantage l'origine des disparités.....	98
4.3.3.2. Renouvellement de l'étude avec méthodologie identique	98
4.4. Conclusion	99
BIBLIOGRAPHIE	100
ANNEXE 1 : FICHE DE SAISIE DE RESULTATS : QUELLE DECISION AURIEZ-VOUS RENDUE EN CRRMP ?	104
ANNEXE 2 : QUESTIONNAIRE : QUELLE DECISION AURIEZ-VOUS RENDUE EN CRRMP ?	106
RESUME	109

LISTE DES TABLEAUX

<u>Tableau n°1</u>	Nombre des principales maladies professionnelles par tableau de MP	Page 35
<u>Tableau n°2</u>	Taux de déclaration et taux de reconnaissance pour diverses pathologies en Allemagne, Danemark, France et Italie	Page 46
<u>Tableau n°3</u>	Pourcentage d'avis favorable pour chaque CRRMP selon le motif de saisine	Page 50
<u>Tableau n°4</u>	Description des 28 vignettes	Page 56
<u>Tableau n°5</u>	Exemple de valeurs de l'indice de concordance selon le ratio d'avis favorable	Page 57
<u>Tableau n°6</u>	Répartition des avis à surseoir par CRRMP	Page 59
<u>Tableau n°7</u>	Répartition des avis à surseoir par vignette pour l'ensemble des 18 CRRMP	Page 60
<u>Tableau n°8</u>	Pourcentage d'avis favorables pour chaque CRRMP sur l'ensemble des vignettes	Page 61
<u>Tableau n°9</u>	Pourcentage d'avis favorables par vignette pour l'ensemble des 18 CRRMP	Page 62
<u>Tableau n°10</u>	Répartition des pourcentages d'avis favorables pour chaque CRRMP sur les vignettes concernant le tableau de MPI n°57	Page 64
<u>Tableau n°11</u>	Répartition des pourcentages d'avis favorables de l'ensemble des 18 CRRMP par vignette concernant le tableau de MPI n°57	Page 65
<u>Tableau n°12</u>	Répartition des pourcentages d'avis favorables pour chaque CRRMP sur les vignettes concernant les tableaux de MPI n°30 et 30 bis.	Page 66
<u>Tableau n°13</u>	Répartition des pourcentages d'avis favorables de l'ensemble des 18 CRRMP par vignette concernant les tableaux de MPI n°30 et 30 bis.	Page 66
<u>Tableau n°14</u>	Répartition des pourcentages d'avis favorables pour chaque CRRMP sur les vignettes concernant le tableau de MPI n°42	Page 67
<u>Tableau n°15</u>	Répartition des pourcentages d'avis favorables de l'ensemble des 18 CRRMP par vignette concernant le tableau de MPI n°42	Page 67
<u>Tableau n°16</u>	Répartition des pourcentages d'avis favorables pour chaque CRRMP sur les vignettes concernant le tableau de MPI n°79	Page 68
<u>Tableau n°17</u>	Répartition des pourcentages d'avis favorables de l'ensemble des 18 CRRMP par vignette concernant le tableau de MPI n°79	Page 68
<u>Tableau n°18</u>	Répartition des pourcentages d'avis favorables pour chaque CRRMP sur les vignettes concernant le tableau de MPI n°97	Page 69
<u>Tableau n°19</u>	Répartition des pourcentages d'avis favorables de l'ensemble des 18 CRRMP par vignette concernant le tableau de MPI n°97	Page 69
<u>Tableau n°20</u>	Répartition des pourcentages d'avis favorables pour chaque CRRMP sur les vignettes concernant le tableau de MPI n°98	Page 70

<u>Tableau n°21</u>	Répartition des pourcentages d'avis favorables de l'ensemble des 18 CRRMP par vignette concernant le tableau de MPI n°98	Page 70
<u>Tableau n°22</u>	Répartition des avis par CRRMP en fonction du motif de saisine au titre de l'alinéa 3	Page 71
<u>Tableau n°23</u>	Répartition des pourcentages d'avis favorables de l'ensemble des CRRMP par vignette concernant le motif de saisine « durée d'exposition insuffisante ».	Page 72
<u>Tableau n°24</u>	Répartition des pourcentages d'avis favorables de l'ensemble des CRRMP par vignette concernant le motif de saisine « délai dépassé ».	Page 72
<u>Tableau n°25</u>	Répartition des pourcentages d'avis favorables de l'ensemble des CRRMP par vignette concernant le motif de saisine « non-respect de la liste limitative de travaux ».	Page 73
<u>Tableau n°26</u>	Répartition des pourcentages d'avis favorables pour chaque CRRMP sur les vignettes concernant le motif de saisine au titre de l'alinéa 4	Page 74
<u>Tableau n°27</u>	Répartition des pourcentages d'avis favorables de l'ensemble des 18 CRRMP par vignette concernant le motif de saisine au titre de l'alinéa 4.	Page 74
<u>Tableau n°28</u>	Répartition des avis à surseoir par CRRMP	Page 81
<u>Tableau n°29</u>	Tableau comparatif des ratios d'avis favorable entre notre étude et les données nationales de la CNAMTS en 2016	Page 82
<u>Tableau n°30</u>	Répartition des moyennes d'indice de concordance par tableau de MPI.	Page 83
<u>Tableau n°31</u>	Répartition des pourcentages d'avis favorables et de l'indice de concordance de l'ensemble des 18 CRRMP par vignette concernant les tableaux de MPI n°30 et 30 bis.	Page 85
<u>Tableau n°32</u>	Répartition des pourcentages d'avis favorables et de l'indice de concordance de l'ensemble des 18 CRRMP par vignette concernant le tableau de MPI n°57	Page 87
<u>Tableau n°33</u>	Répartition des moyennes d'indice de concordance par motif de saisine du CRRMP.	Page 88
<u>Tableau n°34</u>	Répartition des pourcentages d'avis favorables et de l'indice de concordance de l'ensemble des 18 CRRMP pour le motif « non-respect de la liste limitative de travaux »	Page 90

LISTE DES FIGURES

<u>Figure n°1</u>	Composition « type » d'un tableau de maladie professionnelle	Page 28
<u>Figure n°2</u>	Exemple du tableau de MPI n°6	Page 29
<u>Figure n°3</u>	Schéma des différentes voies de reconnaissance en MPI	Page 33
<u>Figure n°4</u>	Evolution du nombre de maladies professionnelles reconnues sur la période 2006- 2016	Page 34
<u>Figure n°5</u>	Disparités entre territoires des caisses régionales de l'indice de fréquence des TMS en 2016	Page 35
<u>Figure n°6</u>	Evolution du nombre cumulé des avis favorables et défavorables des CRRMP en alinéa 3 et 4 de 2010 à 2016	Page 40
<u>Figure n°7</u>	Nombre cumulé de dossiers traités par CRRMP en 2016 (source CNAMTS)	Page 41
<u>Figure n°8</u>	Avis prononcés par les CRRMP en alinéa 3 en 2016 par tableau de MP pour les principaux tableaux	Page 42
<u>Figure n°9</u>	Evolution des pourcentages d'avis favorable par CRRMP au titre de l'alinéa 3 entre 2010 et 2016	Page 49
<u>Figure n°10</u>	Evolution des pourcentages d'avis favorable par CRRMP au titre de l'alinéa 4 entre 2010 et 2016	Page 49
<u>Figure n°11</u>	Exemple de la vignette n°1	Page 54
<u>Figure n°12</u>	Présentation des dénominations utilisées concernant l'avis à surseoir	Page 59
<u>Figure n°13</u>	Répartition des pourcentages d'avis favorables pour chaque CRRMP sur l'ensemble des vignettes.	Page 61
<u>Figure n°14</u>	Répartition de l'indice de concordance sur l'ensemble des 28 vignettes	Page 63
<u>Figure n°15</u>	Exemple d'utilisation de la matrice emploi-exposition Evalu@til appliquée à la vignette n°5	Page 96

INTRODUCTION

Les maladies professionnelles font l'objet d'une reconnaissance et donc d'une réparation en France depuis 1919 et la promulgation d'une loi calquée sur celle des accidents du travail. On a alors admis la possibilité pour un salarié d'être atteint d'une pathologie d'apparition plus ou moins progressive (et non plus brutale comme pour l'accident du travail) due à l'exposition habituelle de celui-ci à un risque professionnel.

La reconnaissance en maladie professionnelle indemnisable repose sur un système dit de « tableau » de maladie professionnelle. On considère alors que si le salarié remplit les conditions définies par le tableau, la maladie peut être réputée comme étant d'origine professionnelle sans qu'il ne soit nécessaire d'en établir la preuve.

Malgré l'évolution du nombre de tableaux de maladies professionnelles indemnissables, un grand nombre d'affectations pouvant être attribuées à l'activité professionnelle étaient exclues d'une reconnaissance et ne permettait pas d'indemniser les victimes.

Un système complémentaire de reconnaissance des maladies professionnelles est ainsi mis en place par la loi du 27 janvier 1993. Ce système complémentaire permet la reconnaissance de maladies ne remplissant pas strictement les conditions définies par les tableaux, ou ne faisant pas l'objet d'un tableau déjà existant. Il repose sur une expertise individuelle des dossiers de demande de reconnaissance de maladie professionnelle par un comité : les Comités Régionaux de Reconnaissance des Maladies Professionnelles (CRRMP).

Au vu des rapports publiés et de la littérature scientifique, il semble exister des disparités de pratique des CRRMP et des CPAM dans ce processus de reconnaissance en maladie professionnelle. En ce qui concerne les décisions rendues par les CRRMP, ces disparités sont difficiles à évaluer car plurifactorielles : facteurs exogènes aux CRRMP en lien avec la constitution et le traitement des dossiers en amont et des facteurs endogènes inhérent à son fonctionnement.

Notre étude se propose d'examiner plus en détails ces facteurs endogènes en évaluant l'homogénéité des décisions rendues par les différents CRRMP en France sur des dossiers identiques et d'observer l'existence ou non de disparités inter-régionales.

Une meilleure compréhension des mécanismes pouvant être à l'origine de ces disparités de reconnaissance en France représente un véritable enjeu en matière d'équité du système afin de réduire les écarts en termes de reconnaissance entre les maladies reconnues et les maladies d'origine professionnelle, permettre une meilleure indemnisation des victimes en réparation du préjudice subi et inciter à davantage de prévention en milieu de travail (ne pas reconnaître un risque professionnel est-ce admettre qu'il n'existe pas ?).

Dans un premier temps, nous ferons un rappel de l'historique et de la réglementation relative aux maladies professionnelles en France et de l'organisation des CRRMP. Nous ferons également une brève présentation des modalités de reconnaissance des maladies professionnelles à l'étranger. Nous présenterons ensuite notre étude ainsi que les résultats recueillis auprès des CRRMP. Nous terminerons notre travail sur une discussion concernant les principaux résultats de cette étude et tenterons d'émettre des propositions afin d'harmoniser les pratiques des CRRMP.

1ère PARTIE : INTRODUCTION

1. Définition de la maladie professionnelle en France

De façon générale, on pourrait définir une maladie professionnelle comme étant la conséquence de l'exposition plus ou moins prolongée d'un travailleur à un risque lors de son activité professionnelle habituelle. Ce risque peut être physique (bruit, rayonnements ionisants, vibration, port de charges, etc.), chimique (plomb, éthers de glycols, etc.) ou biologique (hépatite B, leptospirose, etc.).

Cette définition implique cependant de nombreuses incertitudes. En effet, la cause professionnelle d'une maladie est rarement évidente. Elle résulte parfois de l'intrication de plusieurs facteurs :

- ▶ l'ensemble des nuisances (poly- exposition) pouvant être à l'origine de la maladie,
- ▶ les facteurs exogènes non professionnels (antécédents médicaux ou familiaux, tabac, exposition personnelle à certains risques, etc.),
- ▶ le délai d'apparition de la maladie parfois de plusieurs années après la fin de l'exposition.

Devant ces incertitudes, on distingue en France deux sous-ensembles juridiques pour caractériser une maladie comme étant d'origine professionnelle. La principale distinction qui peut être faite entre ces deux entités est leur système de réparation :

- ▶ les maladies professionnelles indemnissables (MPI) ouvrent des droits à une indemnisation selon le préjudice subi.
- ▶ les maladies à caractère professionnelles (MCP) ne permettent pas d'être indemnisé.

1.1.La maladie professionnelle indemnissable (MPI)

Une définition médico-légale de la maladie professionnelle indemnissable a été proposée par législation au début du 20^{ème} siècle. Ainsi, pour donner lieu à une réparation, une maladie professionnelle indemnissable doit :

- soit figurer dans l'un des tableaux de MPI et remplir toutes les conditions médicales, professionnelles et administratives détaillées dans ce tableau,
- soit être identifiée comme ayant un lien direct ou direct et essentiel avec l'activité professionnelle par le système complémentaire de reconnaissance des maladies professionnelles.

1.2. La maladie à caractère professionnel (MCP)

La notion de maladie à caractère professionnel (MCP) est définie comme toute maladie susceptible d'être d'origine professionnelle mais qui n'entre pas dans le cadre des tableaux de maladies professionnelles indemnisables (MPI).

Cette notion a été introduite par le législateur dès 1919, « *en vue, tant de la prévention des maladies professionnelles que d'une meilleure connaissance de la pathologie professionnelle et de l'extension ou de la révision des tableaux [...]* »¹

La déclaration de MCP est une obligation légale pour tout docteur en médecine :

« Pour tout docteur en médecine qui peut en connaître l'existence, notamment les médecins du travail, la déclaration de tout symptôme d'imprégnation toxique et de toute maladie, lorsqu'ils ont un caractère professionnel et figurent sur une liste établie par arrêté interministériel, après avis du Conseil d'orientation des conditions de travail.

Il doit également déclarer tout symptôme et toute maladie non compris dans cette liste mais qui présentent, à son avis, un caractère professionnel »

Cependant, à ce jour, rares sont les médecins qui déclarent des MCP.

2. Historique sur la législation des maladies professionnelles en France.

2.1. Un historique qui se calque sur celui des accidents du travail.

Avant 1898, en l'absence de législation spécifique du travail, les accidents survenus au travail relevaient du droit commun. Le salarié devait prouver la responsabilité de son employeur face aux conditions de travail. Cette preuve n'était pas toujours facile à apporter et les inégalités économiques entre les différents partis du procès n'étaient pas favorable aux victimes. [1-7]

Un arrêt (arrêt Teffaine) rendu par la Cour de Cassation du 16 juin 1886 crée la notion de responsabilité civile du fait des choses. Ainsi dans cet arrêt, le propriétaire d'une remorque est considéré comme responsable de la mort de l'ouvrier lors de l'explosion inexplicquée de la chaudière. La responsabilité du propriétaire de la chaudière fut invoquée au titre de l'article 1384 alinéa 1^{er} qui attache la responsabilité « *non seulement du dommage que l'on cause par son propre fait, mais encore de celui causé par le fait des personnes dont on doit répondre, ou des choses que l'on a sous sa garde* ». Il est ainsi établi une présomption de responsabilité du fait des choses.

Dans ce contexte, nait le 9 avril 1898 la première loi relative aux accidents du travail établit 2 principes :

- celui de notion de risque professionnel et vient affirmer la présomption de responsabilité de l'employeur en cas d'accident du travail,

¹ Article L. 461-6 du Code de la Sécurité sociale

- ▶ et celui de réparation forfaitaire donnant naissance à un régime d'indemnisation des victimes d'accidents du travail.

« Les accidents survenus par le fait du travail, ou à l'occasion du travail [...] donnent, droit au profit de la victime ou de ses représentants, à une indemnité à la charge du chef d'entreprise [...] »

Cette loi du 9 avril 1998 veut établir un compromis social : en contrepartie de la certitude de réparation, les salariés doivent accepter que cette réparation soit forfaitaire et plafonnée, évitant à l'employeur de réparer intégralement le préjudice de la victime.

Pour remplir l'obligation de réparation de l'employeur, la loi précise également, que celui-ci peut supporter lui-même les frais ou bien s'assurer auprès d'assureurs privés.

Les deux mêmes principes fondent la loi d'octobre 1919 sur les maladies professionnelles. Dans une logique d'assurance, une réparation forfaitaire est fixée pour un certain nombre de pathologies définies bénéficiant de la présomption d'origine.

Avant 1945, l'obligation pour les employeurs de s'assurer contre le risque accident du travail-maladie professionnelle (AT-MP), instaurée par la loi du 31 mars 1905 pour les accidents du travail, puis celle du 25 octobre 1919 pour les maladies professionnelles, est laissée à des organisations de droit privé comme les mutuelles.

En 1945 est créé par ordonnance un système de sécurité sociale en France. L'ordonnance du 4 octobre 1945 reconnaît ainsi un « régime général » (rassemblant l'ensemble des actifs du secteur privé et public, exploitants agricoles, travailleurs indépendants) et maintient également les « régimes spéciaux » préexistants. La loi du 30 octobre 1946 confie l'assurance obligatoire du risque AT-MP à la caisse nationale de la Sécurité Sociale.

Suite à la réorganisation administrative et financière du régime général de la sécurité sociale en 1967, celle-ci est remplacée par 3 caisses nationales autonomes sur le plan financier (santé, vieillesse et famille). 3 caisses nationales sont alors créées :

- ▶ La Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAMTS),
- ▶ La Caisse Nationale d'Assurance Vieillesse des Travailleurs Salariés (CNAVTS)
- ▶ La Caisse Nationale des Assurances Familiales (CNAF).

Les deux risques professionnels (accident du travail et maladie professionnelle) sont dès lors gérés par la CNAMTS. La CNAMTS (en particulier la direction des risques professionnels) est chargée de gérer le fond propre au risque AT-MP et de maintenir l'équilibre financier de la branche. Elle définit également la politique de prévention de celle-ci et coordonne l'activité des caisses régionales (CARSAT), des Caisses Primaires d'Assurance Maladie (CPAM), des caisses générales de la sécurité sociale, de l'Institut National de Recherche et de Sécurité (INRS) et d'Eurogip. Enfin, cet organisme collecte, exploite et diffuse les statistiques AT-MP au niveau national.

A partir de 1967, plusieurs mesures viennent élargir et consolider ce dispositif : extension de la liste des maladies professionnelles, modification des conditions d'indemnisation du régime générale, réforme des barèmes AT-MP, amélioration de la procédure de reconnaissance et création d'un système complémentaire, incitation accrue à la prévention, amélioration et encadrement des procédures de reconnaissance, etc.

2.2.Naissance et évolution des tableaux de MP

A la différence des accidents du travail, la relation de cause à effet entre l'exposition prolongée à un risque professionnel habituel et la survenue d'une pathologie est difficile à établir :

- ▶ la pathologie peut se déclarer plusieurs années après l'arrêt de l'exposition au risque,
- ▶ l'apparition de certaines pathologies peut également être favorisée par des expositions extra-professionnelles ou être favorisé par des facteurs individuels (génétiques, tabagisme, etc.)

Pourtant, la reconnaissance du caractère professionnel d'une maladie est un enjeu important au regard de l'indemnisation de l'accident du travail ou de la maladie professionnelle.

Dans une logique de réparation se calquant sur celle des accidents du travail, la loi du 25 octobre 1919 propose de créer une liste de maladies professionnelles indemnissables, sous forme de tableaux de maladies professionnelles fixés par un législateur.

Ainsi, cette loi donne une nouvelle définition de la maladie professionnelle : « *est présumée d'origine professionnelle toute maladie désignée dans un tableau de maladie professionnelle et contractée dans les conditions mentionnées à ce tableau* ».

En 1919, seulement 2 maladies sont reconnues au titre d'une maladie professionnelle : le saturnisme et l'hydrargyrisme. Ces tableaux sont élaborés au terme de compromis entre les différents partenaires sociaux. Leur création ou leur évolution résulte d'un processus de négociation parfois très long. Les tableaux de maladies professionnelles n°3,4, 5 et 6 ne voient ainsi le jour qu'en 1931.

Ce système de reconnaissance par présomption d'origine ne peut concerner que les maladies dont le lien avec l'exposition professionnelle est suffisamment fort pour permettre de fixer des conditions d'imputabilité par présomption. Cela se traduit par la définition de critères d'imputabilité restrictifs dans les tableaux, limitant l'accès à la réparation. Pour corriger cette insuffisance et permettre l'imputabilité professionnelle des cas qui ne peuvent bénéficier de la présomption d'origine par les tableaux, la loi n° 93-121 du 27 janvier 1993 a permis d'assouplir ce système en instaurant un système complémentaire : les Comités Régionaux de Reconnaissance en Maladie Professionnelle (CRRMP).

2.3.Création des Comités Régionaux de Reconnaissance des Maladies Professionnelles (CRRMP)

La création de ces CRRMP au début des années 90 n'a pas été une évidence : sa mise en place tardive fait suite à de nombreuses recommandations de la part de la Communauté Economique Européenne (CEE) notamment.

Les pays signataires du traité de Rome avaient pour volonté d'harmoniser leurs législations respectives concernant les maladies professionnelles. L'une des recommandations de la CEE datant de 1962 visait à inciter les états membres à « *introduire en outre dans leurs dispositions législatives, réglementaires et administratives un droit à réparation au titre de la législation sur les maladies professionnelles, lorsque la preuve sera suffisamment établie par le travailleur* ».

intéressé qu'il a contracté en raison de son travail, une maladie qui ne figure pas dans la liste nationale ».

L'expertise de ces comités permet d'élargir la reconnaissance aux cas pour lesquels certaines conditions du tableau ne sont pas respectées ou à certaines maladies ne figurant pas dans un tableau de maladie professionnelle.

En Europe, dès 1963, de nombreux pays avaient déjà adopté un système complémentaire comme l'Allemagne, le Portugal, le Luxembourg, l'Italie, la Finlande, l'Autriche, etc.

Le rapport DORION sur la modernisation de la réparation des accidents du travail et des maladies professionnelles, publié en juillet 1991 [24] a proposé la mise en place d'un système complémentaire pour la reconnaissance du caractère professionnel des maladies, en associant l'expertise individuelle au système des tableaux de maladie professionnelle déjà existant.

Cette proposition s'est concrétisée par la rédaction de l'article L. 461.1 du Code de la Sécurité Sociale dans le cadre de la loi du 27 janvier 1993 et la création des CRRMP. Cette loi permet désormais aux assurés de faire reconnaître le caractère professionnel d'une maladie ne figurant pas dans un tableau de maladie professionnelle ou n'ayant pas rempli la totalité des critères permettant sa reconnaissance.

3. La reconnaissance des maladies professionnelles en France.

Les dispositions concernant les maladies professionnelles sont décrites dans le code de la sécurité sociale, partie législative, livre 4 et titre 6.

Les salariés relevant du droit privé disposent ainsi de deux modalités de reconnaissance en maladie professionnelle indemnisable [9].

- ▶ Article L. 461-2 « *alinéa 2* » : par présomption d'origine et système dit des « tableaux ».
- ▶ Article L. 461-3 et 461-4 « *alinéa 3* » ou « *alinéa 4* » bénéficiant d'un système de reconnaissance complémentaire par des comités régionaux de reconnaissance en maladie professionnelle (CRRMP).

3.1. Présomption d'origine et système des « tableaux ».

Conformément à la loi du 25 octobre 1919 « *est présumée d'origine professionnelle toute maladie désignée dans un tableau de maladie professionnelle et contractée dans les conditions mentionnées à ce tableau* »². Ce système permet à un salarié d'être indemnisé sans avoir à apporter la preuve du lien de causalité entre son activité professionnelle et sa maladie : c'est la présomption d'origine.

² Alinéa 2 de l'article L. 461-1 du Code de la Sécurité sociale.

Ces dispositions s'appliquent aux salariés du régime général de la Sécurité sociale et de certains régimes spéciaux, ainsi qu'à l'ensemble des assurés du régime agricole. Concernant la fonction publique, des dispositions spécifiques sont appliquées.

3.1.1. Les tableaux de maladie professionnelle

Il existe à ce jour 120 tableaux de maladies professionnelles indemnifiables pour le régime général, numérotés de 1 à 99 (existence de bis et de ter). Leur fonction est de définir complètement les conditions dans lesquelles la victime bénéficie de la présomption d'origine au risque professionnel. Ils sont annexés au livre IV du Code de la Sécurité sociale. [12]

Composition d'un tableau de MPI

Chaque tableau numéroté comporte un titre et 3 colonnes (figure n°1) :

- 1) Le titre mentionne le type d'affection (exemple : Tableau n°7 du RG : Tétanos professionnel) ou l'exposition professionnelle à l'origine de la maladie (exemple : Tableau n°1 : Affections dues au plomb et ses composés).
- 2) Une liste limitative de symptômes ou de lésions pathologiques. Cette liste est désignée dans la colonne de gauche. Elle énumère de façon limitative des symptômes ou des maladies qui devront parfois être justifiés par des examens complémentaires pour leur reconnaissance.
- 3) Un délai de prise en charge : il est précisé dans la colonne du milieu. Ce délai correspond au délai maximal entre la fin de l'exposition au risque et la date de la première constatation médicale de la maladie. Le délai de prise en charge est variable entre les différents tableaux, mais également au sein d'un même tableau selon la lésion pathologique présentée.

Dans cette colonne du milieu, il peut parfois également être précisé une durée minimale d'exposition au risque. Une exposition au risque d'une durée inférieure à celle précisée dans le tableau de maladie professionnelle indemnifiable rendrait impossible la présomption d'origine.

- 4) Une liste de travaux (limitative ou indicative) qui précise les conditions d'exposition professionnelle ou les métiers susceptibles de provoquer l'affection médicale. Cette liste est précisée dans la colonne de droite. Elle peut être limitative (seuls les salariés effectuant l'un des travaux mentionnés ont droit à une réparation au titre du tableau) ou indicative (réparation possible même si l'activité professionnelle ne figure pas dans la liste). Il existe des tableaux avec une fausse liste indicative (« produits limitativement énumérés »)

Figure n°1 : Composition « type » d'un tableau de maladie professionnelle

Régime général – Numéro du tableau		
Titre définissant la nuisance pris en compte (ou le type d'affectation)		
Date de création : décret du ...		Dernière mise à jour : décret du ...
Désignation des maladies	Délai de prise en charge	Liste travaux susceptibles de provoquer l'affectation en cause
Sont listés ici les symptômes ou les affections dont le malade doit souffrir. Leur énumération est limitative	Délai maximal entre la constatation de l'affectation et la date à laquelle le travailleur a cessé d'être exposé (sous réserve d'une durée d'exposition minimale)	Cette liste peut être : ⇒ Limitative : travaux énumérés uniquement. ⇒ Indicative (avec parfois énumération de « produits limitativement énumérés »)

Création et évolution d'un tableau de MPI

Ces tableaux de maladies professionnelles indemnisables sont créés et modifiés par décrets après avis du Conseil d'orientation des conditions de travail (COCT).

Ils sont régulièrement mis à jour en fonction des nouvelles connaissances scientifiques, de l'évolution des techniques et après accord entre partenaires sociaux. Le dernier tableau créé (numéro 99) a été ajouté en 2017.

3.1.2. La présomption d'origine

Dans ce système de reconnaissances des maladies professionnelles indemnisables par tableau, dès lors que tous les critères sont remplis (désignation de la maladie, délais de prise en charge, délais d'exposition et liste de travaux), le salarié bénéficie de la présomption d'origine (ou présomption d'imputabilité) : il n'a donc pas à apporter la preuve que l'affection qu'il présente est imputable à son activité professionnelle.

Aucune autre cause, même extra-professionnelle pouvant être à l'origine de la maladie désignée, ne saurait remettre en question cette présomption d'origine.

Ainsi par exemple, le cancer broncho-pulmonaire est une maladie qui peut être la conséquence d'une intoxication tabagique, mais il peut aussi être la conséquence d'une inhalation de substances radioactives lors de travaux dans des industries les utilisant (tableau n°6 du régime général : affections provoquées par les rayonnements ionisants).

Si un malade est atteint d'un cancer broncho-pulmonaire et qu'il a été exposé à des substances radioactives moins de 50 ans avant que sa maladie ne soit constatée par un médecin, il aura le droit d'être indemnisé au titre de la législation des maladies professionnelles, même s'il est retrouvé une notion d'intoxication tabagique.

Figure n°2 : Exemple du tableau de MPI n°6.

Affections provoquées par les rayonnements ionisants

Date de création : loi du 1er janvier 1931

Dernière mise à jour : décret du 22 juin 1984

Désignation des maladies	Délai de prise en charge	Liste indicative des principaux travaux susceptibles de provoquer ces maladies
Anémie, leucopénie, thrombopénie ou syndrome hémorragique consécutifs à une irradiation aiguë.	30 jours	Tous travaux exposant à l'action des rayons X ou des substances radioactives naturelles ou artificielles, ou à toute autre source d'émission corpusculaire,
Anémie, leucopénie, thrombopénie ou syndrome hémorragique consécutifs à une irradiation chronique.	1 an	notamment :
Blépharite ou conjonctivite.	7 jours	Extraction et traitement des minerais radioactifs ;
Kératite.	1 an	Préparation des substances radioactives ;
Cataracte.	10 ans	Préparation de produits chimiques et pharmaceutiques radioactifs ;
Radiodermites aiguës.	60 jours	Préparation et application de produits luminescents radifères ;
Radiodermites chroniques.	10 ans	Recherches ou mesures sur les substances radioactives et les rayons X dans les laboratoires ;
Radio-épithélite aiguë des muqueuses.	60 jours	Fabrication d'appareils pour radiothérapie et d'appareils à rayons X ;
Radiolésions chroniques des muqueuses.	5 ans	Travaux exposant les travailleurs au rayonnement dans les hôpitaux, les sanatoriums, les cliniques, les dispensaires, les cabinets médicaux, les cabinets dentaires et radiologiques, dans les maisons de santé et les centres anticancéreux ;
Radionécrose osseuse.	30 ans	Travaux dans toutes les industries ou commerces utilisant les rayons X, les substances radioactives, les substances ou dispositifs émettant les rayonnements indiqués ci-dessus.
Leucémies.	30 ans	
Cancer broncho-pulmonaire primitif par inhalation.	30 ans	
Sarcome osseux.	50 ans	

3.1.3. Procédure administrative de reconnaissance et instruction du dossier

Le droit à la réparation au titre d'une Maladie Professionnelle Indemnisable (MPI) se fonde sur :

- ▶ des critères médicaux et techniques,
- ▶ des critères administratifs de présomption.

À la différence de l'accident de travail, toute demande de reconnaissance de maladie professionnelle est à l'initiative du salarié ou de ses ayants droits en cas de décès.

Elle est adressée à la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM) dans un délai de 15 jours suivant la cessation du travail. Cette demande reste recevable si elle est effectuée dans les 2 ans, à compter de la date d'établissement du certificat médical (date à laquelle la victime est informée du lien possible entre sa maladie et une activité professionnelle).

La victime doit faire parvenir à la CPAM :

- ▶ le formulaire de demande de reconnaissance de maladie professionnelle,
- ▶ un certificat médical initial (CMI) descriptif rédigé par un médecin qui précise notamment la nature de la maladie et la date de première constatation médicale.

Ce certificat peut être rédigé sur un formulaire ou sur papier libre.

Ce certificat mentionne :

- l'identité de la victime et du médecin rédacteur,
 - le type d'affection, en se référant au tableau de maladie professionnelle concerné, et en respectant la terminologie autant que possible,
 - la date de la première constatation médicale,
 - l'exposition professionnelle suspectée. Il n'est pas nécessaire que le médecin ait la certitude de l'origine professionnelle de la maladie. Une suspicion est suffisante. Il est généralement difficile d'affirmer avec certitude l'origine d'une maladie (intrication de multiples facteurs).
- ▶ une attestation de salaire établie par l'employeur, si la victime est toujours en activité.

Obligation de la Caisse

A la réception du dossier, la caisse primaire d'assurance-maladie (CPAM) :

- ▶ Adresse une copie de la déclaration :
 - à l'employeur. L'employeur est informé par courrier de l'ouverture d'un dossier de demande de reconnaissance en maladie professionnelle et des délais d'instruction du dossier. Il reçoit également un volet de la déclaration de maladie professionnelle.
 - à l'inspection du travail dont dépend l'entreprise
 - au médecin du travail de l'entreprise
- ▶ Remet des « volets de soins » à la victime pour lui permettre de bénéficier de la prise en charge à 100% des prestations en nature sans avance de frais (tiers payant),
- ▶ Instruit le dossier.

Instruction du dossier par la CPAM

A compter de la réception du dossier (déclaration de maladie professionnelle et certificat médical initial) de déclaration de maladie professionnelle, la CPAM dispose d'un délai de 3 mois³ pour contester le caractère professionnel de la maladie, auquel peut s'ajouter un délai supplémentaire de 3 mois lorsqu'il y a nécessité d'examen ou d'enquête complémentaire. Passé

³ Article R. 441-10 du Code de la Sécurité Sociale

ce délai de 6 mois, le caractère professionnel de la maladie est établi à l'égard de la victime et de l'employeur.

Modalités d'instructions

Dans le cadre de l'instruction des dossiers de maladies professionnelles, les CPAM sont appelées à statuer, au vu des éléments réunis, sur le caractère professionnel des maladies déclarées.

- 1) La CPAM vérifie le respect des conditions administratives du tableau :
 - ▶ exposition au risque,
 - ▶ travaux exercés,
 - ▶ délais de prise en charge,
 - ▶ durée d'exposition au risque.

Cette vérification peut prendre la forme :

- ▶ D'une enquête administrative :
 - si la CPAM l'estime nécessaire
 - en cas de réserves motivées de l'employeur

Cette enquête est réalisée soit par l'envoi d'un questionnaire à l'employeur et au salarié (en respect du principe du « contradictoire ») ou par l'envoi d'un agent enquêteur (ingénieur CARSAT), assermenté par le tribunal de grande instance, dont la mission est également de recueillir des éléments qui permettront à la CPAM de prendre sa décision.

Cette enquête permet notamment de recueillir des informations générales relatives au salarié (date de naissance, numéro de sécurité sociale, formation, date d'embauche, etc.), les formations professionnelles suivies au sein de l'entreprise, la synthèse des aptitudes médicales, les horaires de travail du salarié, le parcours professionnel au sein de l'entreprise, la description des postes de travaux occupés (photographies, fiches de données sécurités, etc.).

- ▶ Ou d'une enquête légale obligatoire par un agent assermenté et agréé⁴ n'appartenant pas à la caisse
 - En cas de décès
 - Ou d'incapacité totale.

- 2) Elle vérifie également le respect des critères médicaux (« *enquête* » *médicale*)

- ▶ la pathologie déclarée,
- ▶ les conditions médicales réglementaires du tableau,
- ▶ la date de 1^{ère} constatation médicale.

En pratique, la CPAM réclame tous les documents médicaux utiles et/ ou convoque la victime pour un examen par le médecin conseil.

⁴ Article L. 442-1 du Code de la Sécurité sociale

Notification de décision

Avant de prendre sa décision, la CPAM informe l'employeur et le salarié de la clôture de l'instruction et la possibilité de consulter le dossier.

Le dossier médical doit comprendre (article D. 461- 29 du CSS) :

- ▶ une demande de reconnaissance MP (assuré ou ayant droit),
- ▶ le certificat médical initial rédigé par un médecin choisi par la victime,
- ▶ le rapport circonstancié du ou des employeurs (questionnaire employeur),
- ▶ le cas échéant, les conclusions des enquêtes des CPAM (questionnaire victime et/ou rapport d'enquête CPAM).

Décisions

Après validation du diagnostic par le médecin-conseil et lorsque l'exposition habituelle est prouvée par l'enquête administrative, toute affection qui répond aux conditions médicales et administratives mentionnées au sein des tableaux de maladie professionnelle est automatiquement reconnue comme étant d'origine professionnelle par présomption d'origine (alinéa 2).

Au cours de ces rencontres « médico-administratives » sont également examinés les dossiers qui seront éventuellement transmis au CRRMP au titre de « l'alinéa 3 » ou de « l'alinéa 4 ».

3.2. Système complémentaire de réparation des maladies professionnelles : les CRRMP.

Afin de pallier aux limites du système des tableaux, la loi du 27 janvier 1993 vient modifier l'article L. 461-1 du code de la Sécurité Sociale par l'ajout de 4 alinéas. Les alinéas 3 et 4 permettent ainsi aux salariés ne répondant pas aux critères de la présomption d'origine de faire reconnaître leur maladie comme étant d'origine professionnelle et donc de bénéficier d'une réparation.

Ce système complémentaire de réparation des maladies professionnelles n'est plus basé sur le principe de présomption d'origine mais sur celui d'une expertise individuelle chargée de déterminer un lien de causalité ou non entre la pathologie présentée par le salarié et son exposition au risque professionnel. Cette expertise est confiée à un Comité Régional de Reconnaissance des Maladies Professionnelles (CRRMP).

3.2.1. Reconnaissance au titre de l'alinéa 3

Lorsqu'une maladie est inscrite dans un tableau de la maladie professionnelle indemnisable mais qu'une ou plusieurs des conditions administratives n'est pas remplie (délais de prise en charge dépassés, durée d'exposition minimal insuffisante ou défaut de figuration dans la liste limitative de travaux), cette « *maladie peut être reconnue comme étant d'origine*

professionnelle lorsqu'il est établi qu'elle est directement causée par le travail habituel de la victime »⁵.

Le salarié ne bénéficiant plus de sa présomption d'origine, c'est le CRRMP qui doit établir un lien direct entre la pathologie présentée par la victime et ses conditions de travail habituelle.

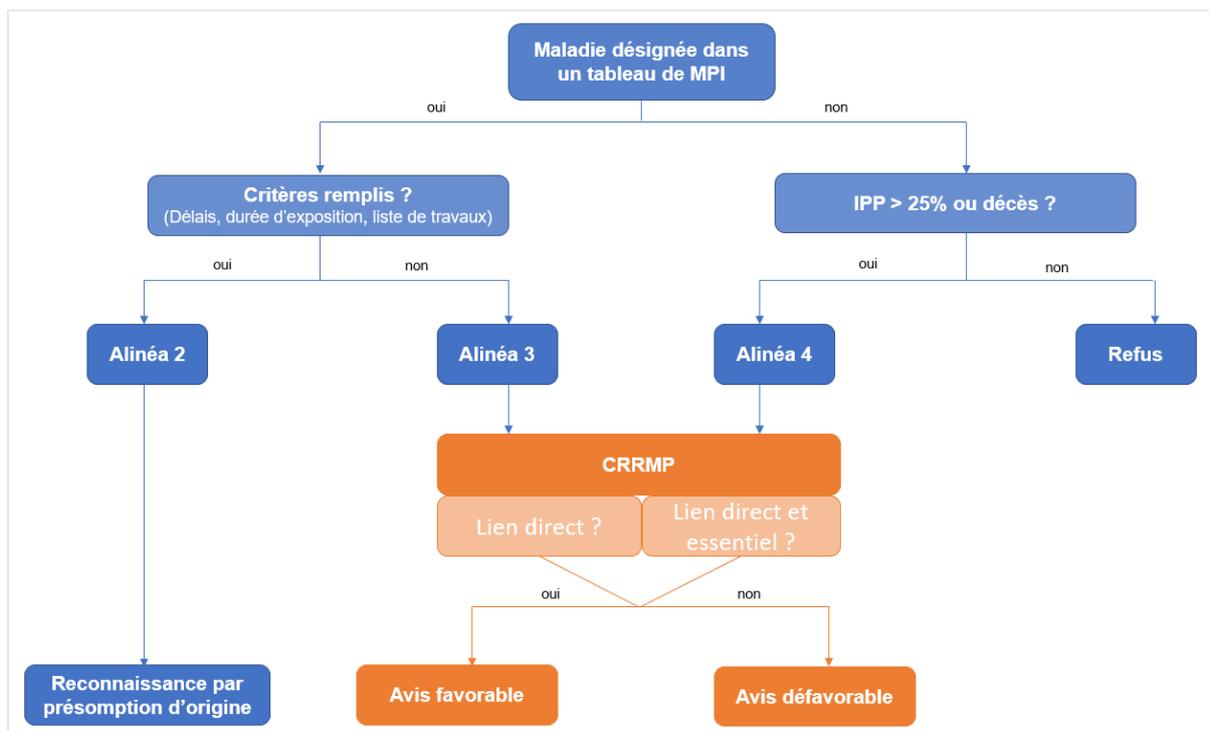
3.2.2. Reconnaissance au titre de l'alinéa 4

Lorsqu'aucun tableau ne mentionne la maladie, celle-ci peut être reconnue comme étant d'origine professionnelle « lorsqu'il est établi qu'elle est essentiellement et directement causée par le travail habituel de la victime et qu'elle entraîne le décès de celle-ci ou un taux d'incapacité permanente d'au moins 25% »⁶.

Le taux d'incapacité permanente est un taux mesurant les séquelles physiques et mentales d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle. Il varie entre 0 et 100%. Il est fixé par le médecin conseil de l'assurance maladie, selon un barème indicatif figurant en annexe du Code de la Sécurité Sociale. Ce taux ouvre droit à des indemnités sous forme de capital forfaitaire (si le taux est inférieur à 10%) ou une rente (si le taux est supérieur à 10%).

La maladie étant « hors-tableau, le salarié ne bénéficie pas de sa présomption d'origine. Le CRRMP doit établir un lien direct et essentiel entre la pathologie présentée par la victime et son activité professionnelle habituelle.

Figure n°3 : Schéma des différentes voies de reconnaissance en Maladie Professionnelle Indemnisable (MPI).



⁵ Alinéa 3 de l'article L. 461-1 du Code de la Sécurité sociale.

⁶ Alinéa 4 de l'article L. 461-1 du Code de la Sécurité sociale et Article R. 461-8 du Code de la Sécurité sociale.

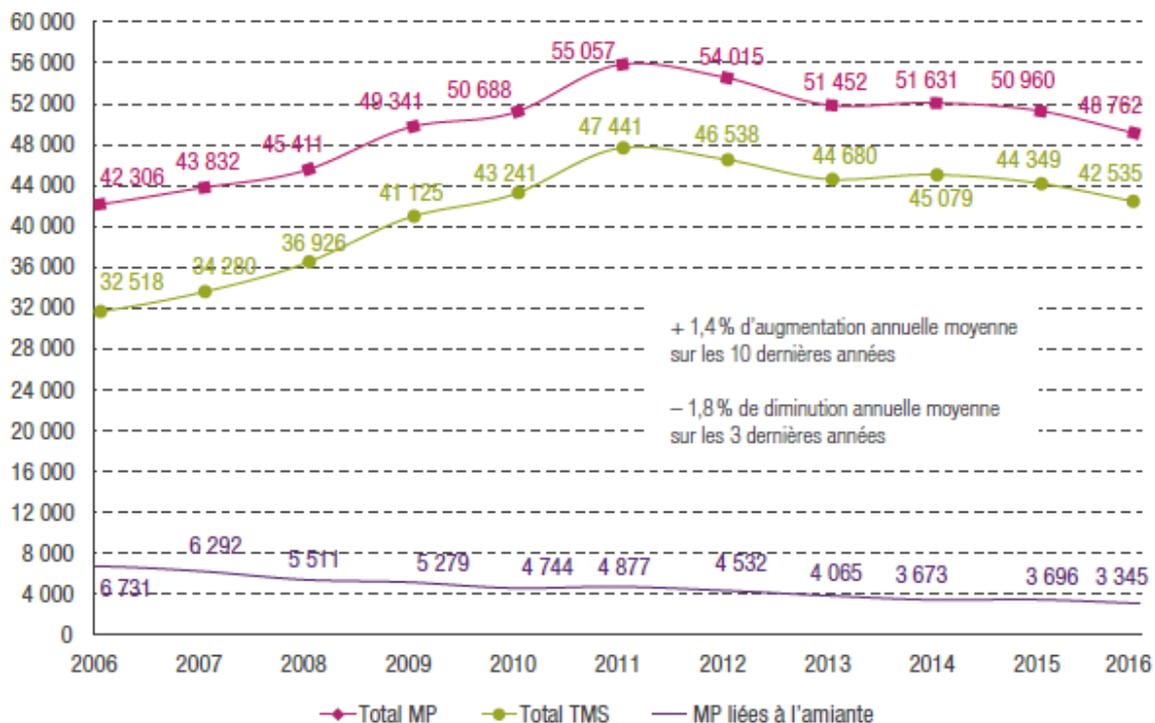
3.3. Données chiffrées concernant les maladies professionnelles en France

En 2016, 48 762 maladies professionnelles ont été reconnues.

On observe sur la figure n°4 que près de 87% des MPI sont représentées par des maladie professionnelle concernant des troubles musculosquelettiques (TMS). Les pathologies liées à l’amiante représentent un peu de moins de 7% des MPI.

On observe également depuis 2012 une tendance à la diminution du nombre de MPI reconnue, en lien notamment avec une diminution importante du nombre de TMS (- 4,1%) et des maladies professionnelles liées à l’amiante (- 9.5%).

Figure n°4 : Evolution du nombre de maladies professionnelles reconnues sur la période 2006- 2016 (source : rapport annuel 2016 de l’assurance maladie – Risques professionnels) [14]



7 tableaux de MPI regroupent plus de 95% des MPI reconnues chaque année, dont presque 80% au titre du tableau n° 57 (Tableau n°1)

Tableau n°1 : Nombre des principales maladies professionnelles par tableau de MP (*en italique, l'évolution d'une année sur l'autre*).

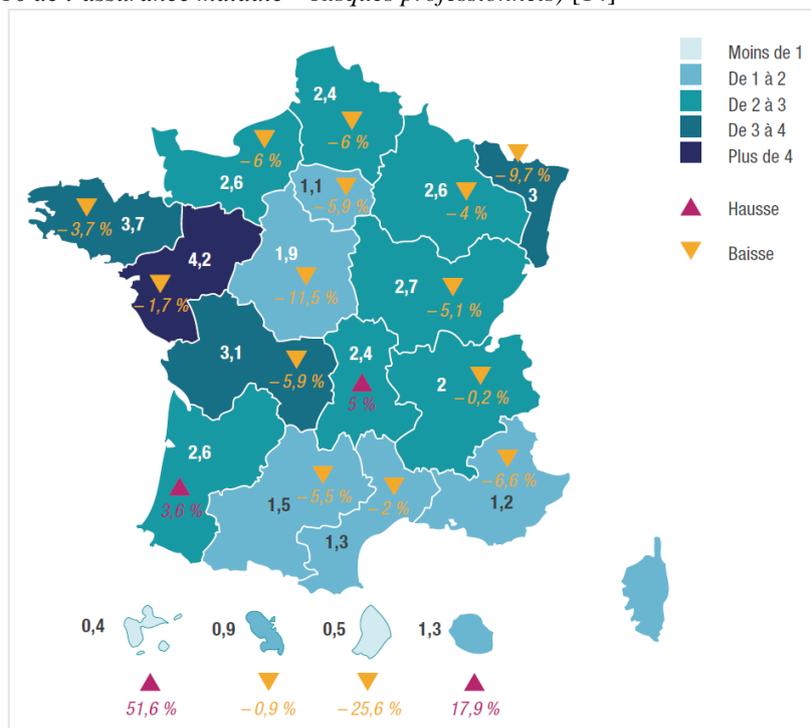
(Source rapport annuel 2016 de l'assurance maladie – Risques professionnels) [14]

N° de tableau et intitulé	2012	2013	2014	2015	2016
57* Affections périarticulaire provoquées par certains gestes et postures de travail	42 148 -2.8%	40 613 -3.6%	40 936 +0.8%	40 220 -1.7%	38 740 - 3.7%
30 Affections professionnelles consécutives à l'inhalation de poussières d'amiante	3 501 -9.5%	3 168 -9.5%	2 816 -11%	2 720 -3.4%	2 436 -10%
30 bis Cancers broncho-pulmonaires provoqués par l'inhalation de poussières d'amiante	1 031 +2.3%	897 -13%	857 -4.5%	976 +14%	909 -6.9%
97* Affections chroniques du rachis lombaire provoquées par des vibrations de basses et moyennes fréquences transmises par le corps entier	488 28.8%	459 -5.9%	470 +2.4%	501 +6.6%	482 -3.8%
98* Affections chroniques du rachis lombaire provoquées par la manutention manuelle de charges lourdes	3 209 +5.5%	2 892 -9.9%	3 022 +4.5%	2 962 -3.2%	2 701 -7.7%
42 Atteinte auditive provoquée par les bruits lésionnels	1 017 +4.5%	844 -17%	822 -2.6%	799 -2.8%	704 -12%
79* Lésions chroniques du ménisque	533 +3.1%	552 +3.6%	513 -7.1%	556 +8.4%	485 -13%

* Tableau de MPI concernant TMS

Sur la figure n°5 on observe des différences géographiques sensibles concernant l'indice de fréquence des TMS en 2016.

Figure n°5 : Disparités entre territoires des caisses régionales de l'indice de fréquence des TMS en 2016 (Source : rapport annuel 2016 de l'assurance maladie – Risques professionnels) [14]



4. Les Comités Régionaux de Reconnaissance des Maladies Professionnelles.

4.1. Leurs missions

L'unique rôle du CRRMP est d'apprécier le lien de causalité entre une exposition professionnelle habituelle et la survenue d'une lésion.

La victime ne bénéficiant plus de la présomption d'origine, le CRRMP doit se prononcer sur l'existence d'un lien de causalité entre le travail de la victime et la pathologie qu'elle présente. Ce lien doit être « *direct* » pour les pathologies désignées dans un tableau de MPI mais n'en remplissant pas toutes les conditions (alinéa 3) ou « *direct et essentiel* » pour les pathologies ne faisant pas l'objet d'un tableau de MPI et si le taux d'IPP est supérieur à 25% (alinéa 4)

Au titre de l'alinéa 4, le CRRMP doit établir un lien direct et essentiel entre le travail habituel de la victime et la maladie caractérisée non désignée dans un tableau de MPI. Le CRRMP doit alors s'assurer qu'il existe des éléments suffisants venant affirmer le lien de causalité entre l'état de santé de la victime et les facteurs de risques professionnels auquel la victime est exposée. Mais, il doit également s'assurer qu'il n'existe pas d'autres causes pouvant être à l'origine de la pathologie déclarée (cause personnelle médicale ou environnementale).

Cet avis « motivé » se détermine sur la base d'un faisceau d'arguments tels que les pièces constitutives du dossier et des données de la littérature répertoriant les connaissances scientifiques actuelles sur les maladies professionnelles (revues périodiques, bases de données bibliographiques, littérature grise, etc.).

4.2. Leur organisation

4.2.1. Répartition géographique

Le comité régional compétent est celui où demeure la victime.

Le ressort territorial correspond à l'échelon régional du contrôle de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS).

Il existe 18 DRSM (Direction Régionale du Service Médicale de l'Assurance Maladie) donc 18 CRRMP : 16 en métropole + 2 en outre-mer.

4.2.2. Saisie des CRRMP/ Constitution des dossiers

Saisie du CRRMP :

Les CRRMP peuvent être saisis par :

- ▶ Les organismes de Sécurité Sociale qui recueillent les déclarations de maladies professionnelles. Ces organismes sont également chargés de la constitution des dossiers.
- ▶ L'assuré ou ses ayants droits soit directement, soit par l'intermédiaire de la caisse.
- ▶ Par le Tribunal des Affaires de Sécurité sociale (TASS) lorsque qu'il s'agit de rendre un deuxième avis dans le cas où un premier avis de CRRMP est contesté par la victime ou l'employeur.

Contenu du dossier⁷

Lors de l'instruction par le CRRMP, la présomption d'origine ne s'applique plus : la victime (ou ses ayants droits) doit apporter la preuve du lien de causalité entre son travail habituel et l'affection dont il souffre.

Le dossier présenté aux CRRMP est déterminant pour établir la relation causale entre la maladie et le métier exercé.

Les éléments du dossier présentés aux membres du CRRMP sont recueillis par la caisse primaire d'assurance maladie et doit réglementairement comprendre :

- ▶ une demande motivée de reconnaissance signée par la victime ou ses ayants droit,
- ▶ le certificat médical initial rempli par un médecin choisi par la victime,
- ▶ un avis motivé du médecin du travail de la ou des entreprises où la victime a été employée portant notamment sur la maladie et la réalité de l'exposition de celle-ci à un risque professionnel présent dans cette ou ces entreprises,
- ▶ un rapport circonstancié du ou des employeurs de la victime décrivant notamment chaque poste de travail dévolu par celle-ci depuis son entrée dans l'entreprise et permettant d'apprécier les conditions d'exposition de la victime à un risque professionnel,
- ▶ le cas échéant les conclusions des enquêtes conduites par les caisses compétentes,
- ▶ le rapport établi par les services du contrôle médical de la caisse primaire d'assurance maladie indiquant, le cas échéant, le taux d'incapacité permanente de la victime.

⁷ Article D. 461-29 du Code de la Sécurité sociale

4.2.3. Composition du comité régional de reconnaissance des maladies professionnelles (CRRMP)

Chaque CRRMP est composé par 3 membres⁸ ayant chacun une voix délibérative :

- ▶ le Médecin Conseil de l'échelon régional de la Sécurité Sociale (ou son représentant)
- ▶ le médecin inspecteur du régional du travail (ou son représentant)
- ▶ un professeur des université- praticien hospitalier ou un praticien hospitalier particulièrement qualifié en matière de pathologies professionnelles.
- ▶ Depuis le décret du 7 juin 2016, et uniquement pour les pathologies psychiques, ce-dernier peut être remplacé par un professeur des université-praticien hospitalier spécialisé en psychiatrie.

Les personnes entendues par le comité

Durant la séance, sont entendus obligatoirement :⁹

- ▶ le médecin conseil ayant examiné la victime ou ayant statué sur son taux d'IPP, ou un médecin conseil habilité par le médecin conseil régional
- ▶ l'ingénieur conseil chef du service de prévention de la CARSAT ou l'ingénieur conseil désigné pour le représenter.

Le CRRMP peut également entendre s'il l'estime nécessaire, la victime ou l'employeur.

Le secrétariat du Comité

Le secrétariat du CRRMP est assuré par l'Echelon Régional du Service Médical (ERSM)¹⁰

4.2.4. Décision des CRRMP

Chacun des membres du comité possède une voix délibérative. Les autres personnes peuvent être entendues et apporter leurs compétences professionnelles mais ne participent pas au vote.

Après consultation des pièces du dossier et discussion entre les 3 membres médicaux, une décision concernant le motif de saisine du CRRMP est prise par consensus ou par vote.

⁸ Article D. 461-27 du Code de la Sécurité sociale

⁹ Article D. 461-30 du CSS

¹⁰ Article D. 461.27 du Code de la Sécurité sociale

Lorsqu'il est saisi dans le cadre de l'alinéa 3, le CRRMP peut rendre son avis en présence de 2 de ses membres. En cas de désaccord, le dossier est à nouveau soumis pour avis à l'ensemble des membres du comité.

En ce qui concerne l'alinéa 4, la présence des 3 membres est requise.

L'avis motivé rendu par les membres du comité est rédigé, imprimé et signé pendant la séance par les membres médicaux. Ce procès-verbal est ensuite transmis à la CPAM, à laquelle il s'impose. C'est la CPAM qui notifie à la victime ou ses ayants droits la décision qui est également adressée à l'employeur.

Les CRRMP peuvent rendre 3 types d'avis :

- ▶ avis favorable : mise en évidence d'un lien direct (alinéa 3) ou lien direct et essentiel (alinéa) ou lien au titre de l'alinéa 2,
- ▶ avis défavorable,
- ▶ sursis à statuer.

4.3. Contentieux

Les assurés tout comme les employeurs peuvent contester les décisions de la CPAM devant la Commission de Recours à l'Amiable (CRA) dans un délai de 2 mois à compter de la notification de la décision. Sans accord à l'amiable, le Tribunal Des Affaires de la Sécurité sociale (TASS) est saisi. La saisine préalable du CRA est obligatoire pour pouvoir saisir le TASS.

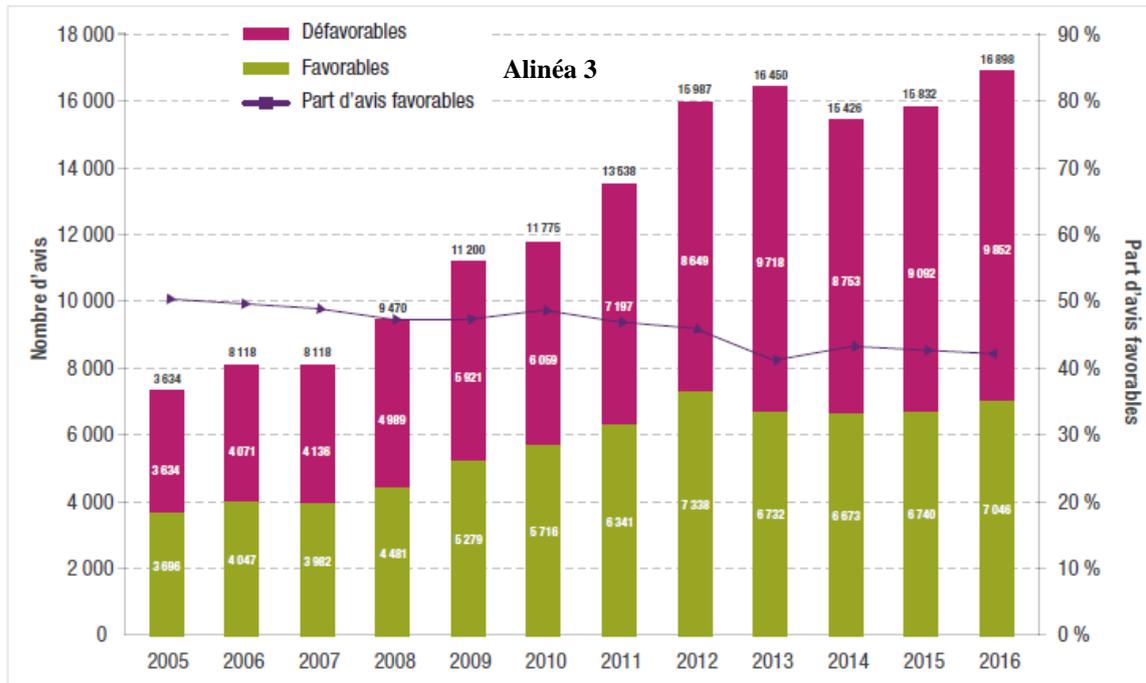
En cas de contestation d'une décision de reconnaissance d'une maladie professionnelle dans le cadre des alinéa 3 et 4 de l'article L. 461-1, le tribunal recueille préalablement l'avis d'un CRRMP autre que celui qui a déjà été saisi par la CPAM.

Suite au jugement du TASS, la Cour d'Appel peut, sous certaines conditions, être saisie.

4.4. Bilan national des CRRMP

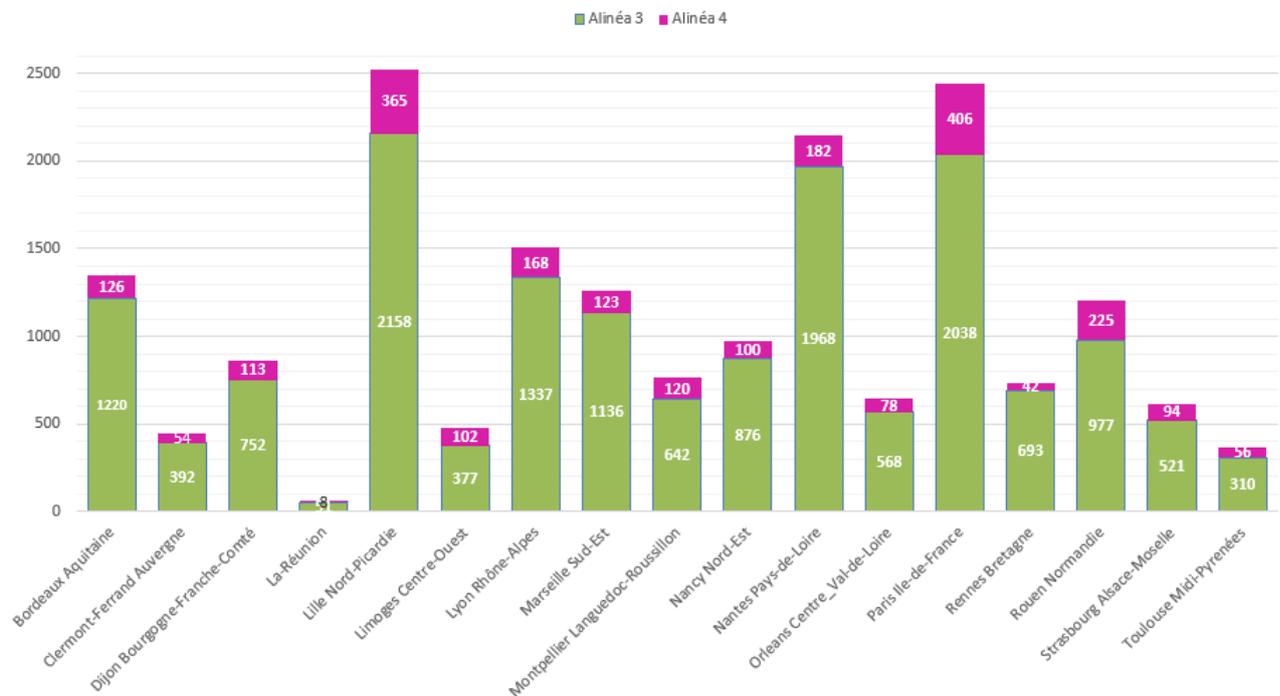
En un peu plus de 10 ans, le nombre d'avis rendus par les CRRMP en alinéa 3 est passé de 7 000 avis à 17 000 avis. Sur la même période, le taux d'avis favorable a légèrement diminué (50% à 42%). Le nombre d'avis rendus en alinéa 4 connaît une augmentation importante ces dernières années : 550 cas entre 2015 et 2016 soit 27% d'augmentation dont 300 cas concernant les troubles mentaux et du comportement. Cette hausse importante est à corréliser avec un assouplissement réglementaire permettant de soumettre plus de dossiers aux CRRMP grâce à la nouvelle notion « d'incapacité permanente prévisible à la demande » introduite en 2013.

Figure n°6 : Evolution du nombre cumulé d'avis favorables et défavorables des CRRMP en alinéa 3 et 4 de 2005 à 2016 (Source : rapport annuel 2016 de l'assurance maladie – Risques professionnels) [14]



La proportion de dossiers instruits par les différents CRRMP en France est très hétérogène. Les CRRMP où sont soumis le plus de dossiers sont les CRRMP du Nord-Pas-de-Calais, de l'Ile-De-France et du Pays-de-Loire.

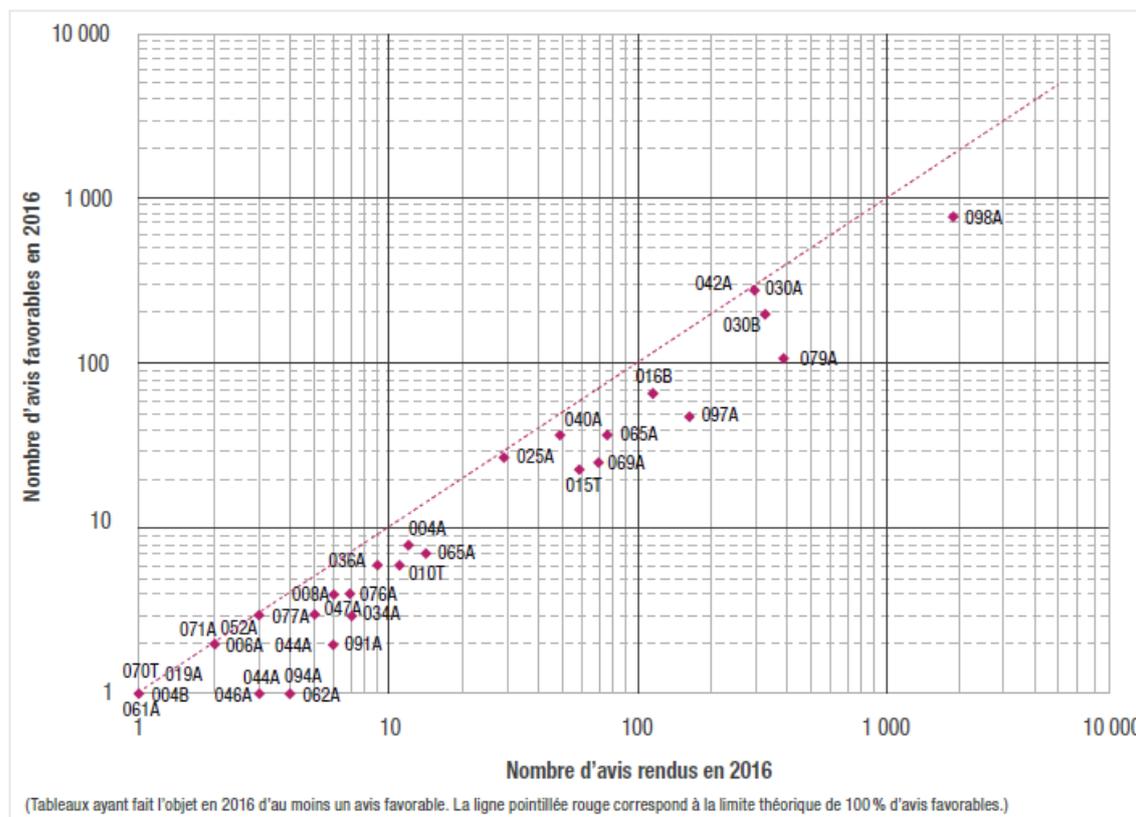
Figure n°7 : Nombre cumulé de dossiers traités par CRRMP en 2016 (source CNAMTS)



Au titre de l'alinéa 3, quatre tableaux de maladies professionnelles concentrent à eux-seuls près de 95% des avis donnés par les CRRMP pour le régime général depuis plusieurs années. Il s'agit :

- ▶ des affections périarticulaires provoquées par certains gestes et postures (tableau n°57) qui représente plus de 75% des avis,
- ▶ des affections chroniques du rachis lombaire due à la manutention manuelle de charges lourdes (tableau n°98) avec 12% des avis,
- ▶ des affections professionnelles consécutives à l'inhalation de poussières d'amiante (tableau n°30 et 30 bis) qui comptent pour près de 4% des avis.

Figure n° 8 : Avis prononcés par les CRRMP en alinéa 3 en 2016 par tableau de MP pour les principaux tableaux
 (Source : rapport annuel 2016 de l'assurance maladie – Risques professionnels) [14]



Au titre de l'alinéa 4, trois groupes de pathologies représentent plus de 90% des demandes soumises :

- ▶ les affections psychiques qui représentent plus de 1100 avis en 2016 soit près de 44% des avis avec un taux d'avis favorable de 52%,
- ▶ les pathologies ostéoarticulaires pour près de 30% des avis,
- ▶ les affections malignes pour un peu plus de 20% des avis.

5. Reconnaissance des maladies professionnelles à l'étranger

5.1. Définition des maladies professionnelles à l'étranger

A l'échelle internationale, le terme de maladie professionnelle recouvre toute maladie contractée résultant d'une exposition à des facteurs de risques à l'occasion d'une activité professionnelle.

Il est cependant compliqué d'obtenir un consensus sur la définition d'une maladie professionnelle compte tenu de la longue période de latence et la multiplicité des causes de certaines maladies rendant l'identification des causes des maladies difficile. De plus, il est difficile de faire une distinction entre les maladies qui résultent de l'activité professionnelle et celles qui sont aggravées par le travail ou dont l'incidence est plus élevée du fait du travail.

L'organisation internationale du travail (ILO) dans sa recommandation sur les prestations en cas d'accidents du travail et de maladies professionnelles en 1964 indique que « *tout Membre devrait dans des conditions prescrites, reconnaître comme maladies professionnelles les maladies dont il est connu qu'elles résultent de l'exposition, dans des procédés, activités ou occupations, à des substances ou à des dangers inhérents à ces procédés, activités et occupations* » [15].

Deux éléments importants sont contenus dans la définition d'une maladie professionnelle :

- ▶ la relation de cause à effet entre l'exposition dans un milieu de travail ou une activité professionnelle et une maladie,
- ▶ le fait que la maladie apparaît dans un groupe de personnes exposées avec une fréquence supérieure à la morbidité moyenne du reste de la population.

5.2. Liste des maladies professionnelles

A partir de cette définition et pour simplifier la question de l'origine ou non professionnelle d'une maladie, l'ILO a publié une liste énumérative de maladies professionnelles courantes et reconnues et les facteurs de risque généralement impliqués [16].

Cette liste représente un consensus mondial sur les maladies professionnelles reconnues au niveau international en tant que maladies causées par le travail. Elle joue donc un rôle clé dans l'harmonisation des pratiques en matière de maladies professionnelles et dans la prévention de celles-ci. Elle permet ainsi de servir de modèle pour l'établissement ou la révision des listes nationales de maladies professionnelles.

Une telle liste existe également à l'échelle européenne [17]. Sur les 13 pays étudiés dans le rapport Eurogip de 2015 [20], 11 pays disposaient d'une liste de maladies professionnelles. La France était le seul pays à avoir opté pour un système de tableaux, plus contraignant, mais offrant une présomption d'imputabilité plus importante aux victimes. La Suède ne disposait d'aucune liste ou tableau : c'est donc à la victime d'apporter la preuve du lien entre sa pathologie et son activité professionnelle.

De nombreux pays, entrés dans l'Union Européenne après 2004, ont adopté la liste européenne des maladies professionnelles lors de leur entrée.

Même si le principe d'une liste de maladies professionnelles est globalement « la règle » en matière de reconnaissance en maladie professionnelle, on constate que ces listes sont très variables entre-elles d'un pays à l'autre. On retrouve sensiblement les mêmes maladies sur toutes ces différentes listes, en revanche, la force de présomption d'origine professionnelle liée à ces listes varie d'un pays à l'autre. En conséquence les procédures d'instruction des demandes sont plus ou moins exigeantes. Ainsi par exemple :

- ▶ en Allemagne, même s'il existe une liste de maladie professionnelle, le lien de causalité doit être établi au cas par cas. De plus, la reconnaissance de certaines maladies donnant lieu à une indemnisation est conditionnée par un certain niveau de « gravité » de la maladie (perte de l'emploi pour les TMS et les dermatoses),
- ▶ le Danemark, sur un modèle similaire à celui de la France, dispose de critères de reconnaissance très précis. En revanche, la présomption d'imputabilité y est moindre puisque le processus de reconnaissance du lien de causalité s'appuie également sur la recherche de facteurs extra-professionnels dans l'évaluation du risque de survenue de la pathologie.

5.3. La déclaration en maladies professionnelles

Dans la majorité des pays, il existe une obligation de déclarer des maladies professionnelles officiellement reconnues. En plus de ce système de déclaration obligatoire, certains pays ont mis en place un système d'enregistrement de pathologies ou d'états pathologiques comme pouvant être d'origine professionnelle à des fins de surveillance, comme par exemple aux Etats-Unis, en Australie, au Royaume-Unis ou en France.

La responsabilité de déclaration d'une maladie professionnelle diffère d'un pays à l'autre. Elle peut incomber à plusieurs déclarants possibles comme aux Bahamas, Belgique, Danemark, Inde, Irlande, Pays-bas, Singapour, etc. Dans ces pays, le médecin, l'employeur ou l'organisme d'assurance sociale ont la responsabilité de déclarer la maladie professionnelle. En Allemagne, Autriche, Finlande, Suisse et Danemark, le médecin perçoit même une rémunération pour avoir effectué cette déclaration.

Dans les autres pays, la déclaration ne peut être réalisée que par un seul déclarant : l'employeur aux Etats-Unis, au Botswana, aux Philippines en Suisse ou en Italie ou par le médecin en France, en Belgique, au Portugal ou en Suède.

Cette procédure de déclaration est à différencier de la procédure de demande de reconnaissance. La demande de reconnaissance est la procédure effectuée auprès de l'organisme d'assurance contre les maladies professionnelles qui vise à faire reconnaître le caractère professionnel d'une pathologie afin d'ouvrir des droits à la victime. Ainsi, dans certains pays, la déclaration vaut demande de reconnaissance (Allemagne, Autriche, Finlande ou Luxembourg) ou peut déboucher sur une demande de reconnaissance par l'organisme chargé de l'assurance (Belgique, Danemark, Portugal, France, etc.).

5.4.Reconnaissance et indemnisation en maladie professionnelle

La reconnaissance des maladies professionnelles repose, dans tous les pays ayant fait le choix d'indemniser les victimes, sur un système juridique prévoyant l'indemnisation des victimes de maladie professionnelle. Ce système juridique varie d'un pays à l'autre selon la définition médico-juridique donnée à la maladie professionnelle indemnisable. Dans de nombreux pays, la définition d'une maladie professionnelle indemnisable est inscrite dans la loi, le plus souvent dans des textes relatifs à la sécurité au travail, associée à la définition des accidents du travail. L'indemnisation des maladies professionnelles étant fréquemment la même que celle des accidents du travail.

A l'échelle internationale, l'article 8 de la convention n°121 sur les prestations en cas d'accident du travail et de maladie professionnelle de l'Organisation Internationale du Travail offre plusieurs possibilités de définir une maladie professionnelle donnant droit à une indemnisation, à partir d'une liste de maladies énumérée :

- ▶ établir par voie législative une liste de maladies comprenant au moins les maladies énumérées,
- ▶ inclure dans sa législation une définition générale des maladies suffisamment large pour couvrir au moins les maladies énumérées,
- ▶ établir par voie législative une liste de maladies complétée par une définition générale des maladies professionnelles ou par des dispositions permettant d'établir l'origine professionnelle de maladies autres que celles figurant sur la liste ou des maladies qui ne se manifestent pas dans les conditions prescrites.

Parmi les pays ayant établi une liste de maladies professionnelles ouvrant droit à une indemnisation, on retrouve, entre autres, la Chine, la Corée du Sud, la Malaisie, la Nouvelle-Zélande, la Russie, les Philippines, etc. Ainsi que la Finlande, la Grèce, l'Allemagne, la France en ce qui concerne les pays européens.

Dans d'autres pays, une définition large de la maladie professionnelle est utilisée : ainsi tout état pathologique peut être considéré comme étant d'origine professionnelle s'il est estimé qu'il a une relation avec le travail. C'est notamment le cas en Suède, en Australie, aux Etats- Unis, en Jordanie, au Sénégal ou en Italie.

Enfin, certains pays ont adopté un système mixte : malgré l'établissement d'une liste de maladies professionnelles, certaines maladies peuvent être reconnues comme étant d'origine professionnelle s'il existe des preuves qu'elles sont liées à des risques professionnels. On retrouve ce système en Allemagne, en Suisse, au Royaume- Unis, au Japon, au Canada, en Colombie, au Mexique, etc.

5.5. Données chiffrées concernant les maladies professionnelles à l'étranger

Les statistiques issues des différents pays doivent donner lieu à une interprétation prudente de celles-ci. En effet, les disparités peuvent être expliquées par des dispositifs de déclaration et de reconnaissance différents d'un pays à l'autre comme par exemple le caractère plus ou moins ouvert de la procédure de demande de reconnaissance, l'impact de la promotion du système de prise en charge (sensibilisation des médecins notamment), etc. ou par des comportements différents des victimes selon l'attractivité de la démarche dans le pays.

On observe dans le tableau n°2 des disparités en termes de déclaration et de reconnaissance selon les pays et également selon les pathologies. Rapporté à sa population d'assurés, le Danemark et la France sont des pays où les maladies professionnelles sont les plus déclarées (806 pour 100 000 assurés au Danemark, 585 en France), contrairement à l'Allemagne où très peu de maladies professionnelles sont déclarées (195 pour 100 000). En revanche en matière de reconnaissance, on observe que la France reconnaît beaucoup plus de maladies professionnelles (60,1%) que le Danemark (16,5%).

On retrouve dans les différents pays étudiés les mêmes principales pathologies (hypoacousie, dermatose, cancer, TMS) mais dans des volumes différents. L'Allemagne et le Danemark présentent une répartition relativement équilibrée des pathologies déclarées, avec toutefois une prépondérance de dermatose pour l'Allemagne et de TMS pour les Danemark. La France et l'Italie ont une forte proportion de TMS dans leurs déclarations (presque ¾ des déclarations dans ces pays).

En termes de reconnaissance, l'Allemagne reconnaît 12% des TMS alors qu'en France ce ratio atteint les 51%. Concernant les TMS, en Allemagne il n'existe pas de présomption d'origine ce qui n'est pas le cas en France. L'effet « assurance » peut venir expliquer ces disparités entre la France et l'Allemagne, tout comme entre l'Italie et le Danemark.

Tableau n°2 : Taux de déclaration et taux de reconnaissance pour diverses pathologies en Allemagne, Danemark, France et Italie (Source : rapport de la commission instituée par l'article L. 176-2 du CSS de 2017) [29]

	Allemagne	Danemark	France	Italie
Population assurée (en ETP*)	39 402 061	≈ 2 600 000	18 449 720	15 497 000
Déclarations de MP	76 991	20 953	107 889	45 850
Taux de déclarations (pour 100 000 assurés)	195	806	585	298
D ^f hypoacousies (p. 100 000 assurés)	30	108	11	28
D ^f dermatoses (p. 100 000 assurés)	60	114	5	3
D ^f cancers (p. 100 000 assurés)	37	29	14	17
D ^f TMS ** (p. 100 000 assurés)	29	274	448	212
D ^f troubles psy. (p. 100 000 assurés)	N/A***	205	4	4
Reconnaisances de MP				
formelles	16 802	3 452	64 889	16 230
informelles	20 347			
Taux de reconnaissance**** (p. 100 déclar.)	48,2 %	16,5 %	60,1 %	36,0 %
D ^f hypoacousies (p. 100 déclarations)	52 %	31,4 %	40,8 %	37 %
D ^f dermatoses (p. 100 déclarations)	86,1 %	45,5 %	76,1 %	47,2 %
D ^f cancers (p. 100 déclarations)	28,7 %	31,1 %	78,8 %	38,7 %
D ^f TMS ** (p. 100 déclarations)	12,4 %	6,8 %	69,2 %	37,2 %
D ^f troubles psy. (p. 100 déclarations)	N/A	1 %	51,1 %	5,5 %
Nombre de maladies reconnues**** (p. 100 000 assurés)	94,3	132,8	351,7	104,7

* Danemark excepté.

** Y compris les lombalgies.

*** Non susceptibles d'être reconnues comme MP en Allemagne.

**** Reconnaisances formelles et informelles confondues pour l'Allemagne en ce qui regarde les dermatoses et TMS. Les hypoacousies et les cancers donnent lieu à reconnaissance formelle

Source : Eurogip, données retraitées par la commission.

2^{ème} PARTIE : ETUDE des avis rendus par les CRRMP

1. Contexte

La loi n°93-121 du 27 janvier 1993 a institué un système complémentaire de reconnaissance des pathologies professionnelles exclues de la présomption d'origine. Ce système complémentaire apprécie, au cas par cas, la relation d'imputabilité entre la pathologie présentée et le travail habituel de la victime par un comité de reconnaissance des maladies professionnelles (CRRMP), composé de 3 membres possédant une voix délibérative.

1.1. Des disparités inter-régionales de reconnaissance en maladies professionnelles

Depuis 1997, une commission chargée d'évaluer le montant du versement de la branche accidents du travail et maladie professionnelles à la branche maladie au titre de la sous-déclaration des risques professionnels se réunit régulièrement¹¹. Cette commission est chargée d'examiner l'ensemble des raisons qui induisent une méconnaissance des risques professionnels mais également d'élaborer des propositions en vue d'améliorer les procédures de reconnaissance de ces risques.

Depuis leur mise en place, ces différentes commissions successives constatent l'existence de disparités régionales dans les déclarations et les reconnaissances des maladies professionnelles.

Dans son rapport en 2011, cette commission réalisait un état de lieu suite à une préconisation émise dans son précédent rapport de 2008, qui proposait de : « *passer à un stade opérationnel dans la réduction des disparités de doctrine et/ou résultats entre les CPAM et les CRRMP* ».

La réduction de ces disparités entre les régions est une préoccupation majeure :

- ▶ à la demande du ministère du travail, de la CNAMTS et de la DSS le guide à destination des CRRMP est actualisé par un groupe d'experts afin de contribuer à l'harmonisation de la politique de réparation des maladies professionnelles. Ce nouveau guide a été diffusé à partir de 2009, il est depuis régulièrement mis à jour afin de tenir compte des évolutions réglementaires mais également scientifiques,
- ▶ Il propose notamment des éléments d'analyse des maladies les plus fréquemment examinées dans le cadre du système complémentaire,
- ▶ la CNAMTS mène des efforts afin de réduire l'hétérogénéité des taux de reconnaissance sur les TMS en homogénéisant les pratiques des caisses dans le domaine de la réparation,

¹¹ Rapport de la commission instituée par l'article L. 176-2 du code de la Sécurité sociale.

- La CNAMTS a également mis en place un dispositif visant à harmoniser les pratiques entre les différents CRRMP par la mise en place d'une cellule régionale experte chargée d'orienter à bon escient les dossiers vers le CRRMP.

1.1.1. Données chiffrées

Dans ce contexte, les membres de la commission ont constaté en 2011 une diminution de l'écart du taux de reconnaissance entre les déciles extrêmes (- 28,4% entre 2009 et 2010) concernant les pathologies du membre supérieur du tableau de MPI n°57.

Toutefois, dans son dernier rapport : « *Estimation du coût réel pour la branche maladie, de la sous-déclaration des accidents du travail et des maladies professionnelles* », remis au gouvernement en 2017 [29], la commission instituée par l'article L. 146-2 du CSS a renouvelé son constat de disparité importante entre les caisses, dans leurs pratiques de reconnaissance et de fixation de taux d'IPP et également de fortes disparités régionales entre les taux d'acceptation des différents CRRMP. En se limitant au pourcentage d'avis favorable des demandes présentées au titre de l'alinéa 3, la commission observait des variations allant du simple (19% à Marseille) à plus du triple (67% à Rennes) en 2014.

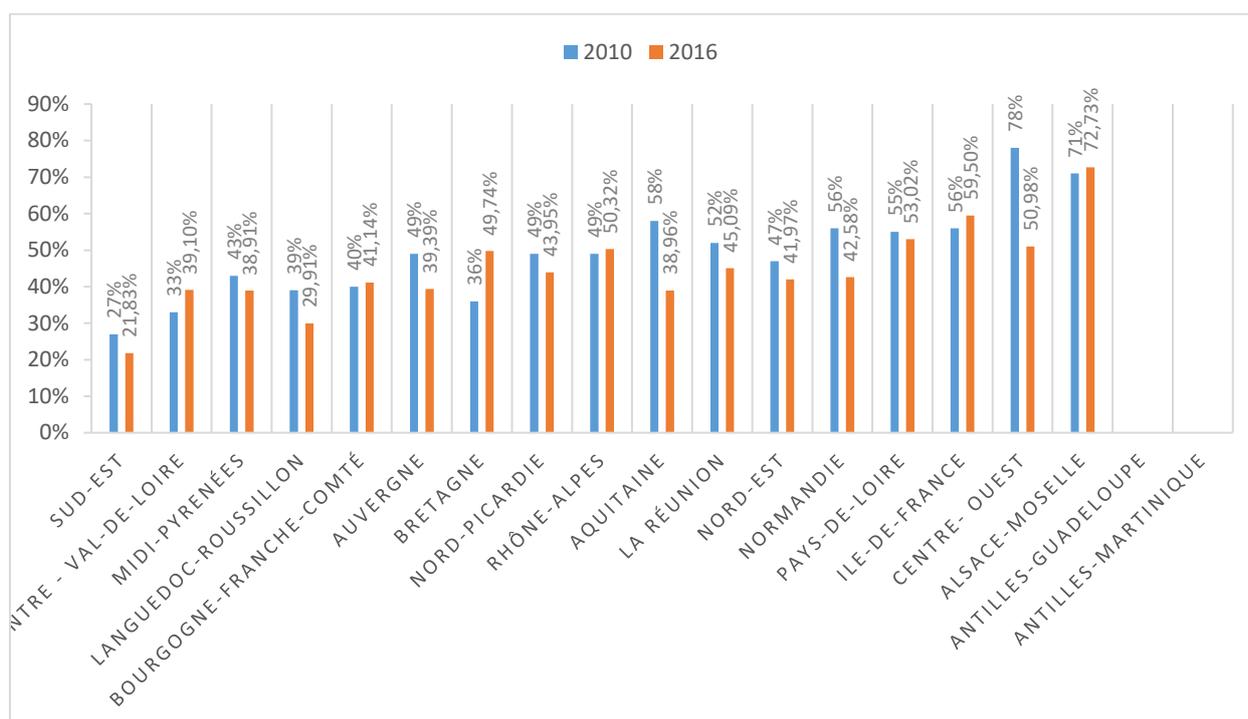
Un premier indicateur de ces disparités pourrait donc être le pourcentage d'avis favorables rendus par les différents CRRMP au titre de l'alinéa 3 et de l'alinéa 4.

Comme nous avons pu l'observer sur la figure n°6 (évolution du nombre cumulé des avis favorables et défavorables en CRRMP de 2005 à 2016), la moyenne nationale du ratio d'avis favorable en ce qui concerne l'alinéa 3 reste globalement stable depuis 10 ans (entre 40 et 50% d'avis favorable). Lorsque l'on s'intéresse à ces ratios d'avis favorable par CRRMP, on observe des disparités inter-régionales parfois importante (Figures n°9 et 10).

La figure n°9 indique ce ratio au titre de l'alinéa 3 pour le régime général. En 2016, on observe des disparités inter-régionales : les pourcentages des CRRMP du Sud-Est, Languedoc-Roussillon, Aquitaine et Auvergne sont en général inférieurs à la moyenne nationale alors que les pourcentages d'avis favorables des CRRMP de Bretagne et Normandie sont en général supérieurs à la moyenne nationale. La majorité des CRRMP rendent des avis autour de la moyenne nationale.

On observe également qu'entre 2010 et 2016 au sein d'un même CRRMP ces taux de reconnaissances au titre de l'alinéa 3 varient peu, en dehors du cas particulier du CRRMP de la Réunion mais cela peut s'expliquer par le faible nombre de dossiers à traiter.

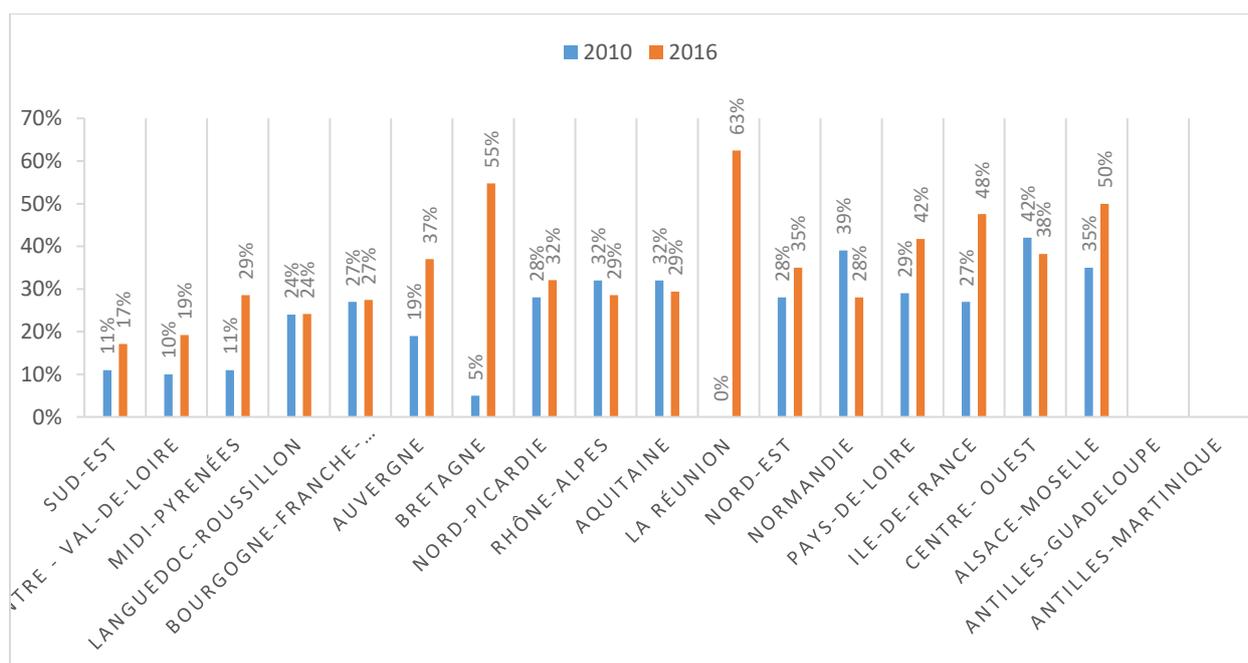
Figure n°9 : Evolution des pourcentages d'avis favorable par CRRMP au titre de l'alinéa 3 entre 2010 et 2016
(Source : CNAMTS)



Concernant l'alinéa 4, on observe une variabilité importante du ratio au sein d'un même CRRMP entre 2010 et 2016. La plus grande variabilité est observée en Bretagne où le taux de reconnaissance était de 5% en 2010 et de 55% en 2016.

Ces disparités inter-régionales semblent encore plus marquées en ce qui concerne les taux de reconnaissances au titre de l'alinéa 4 (Figure n°10). Les ratios d'avis favorables varient ainsi de 17% pour le CRRMP Sud- Est en 2016 à 55% pour le CRRMP Bretagne.

Figure n°10 : Evolution des pourcentages d'avis favorable par CRRMP au titre de l'alinéa 4 entre 2010 et 2016
(Source : CNAMTS)



1.1.2. Analyse de la littérature

La littérature grise s'est également intéressée à l'étude de ces disparités inter-régionales. Ces travaux portent essentiellement sur l'étude de ces disparités concernant le tableau 57 de maladie professionnelle du régime général. Ce tableau est un bon reflet de l'activité et des pratiques des CRRMP puisqu'il représentait en 2015 75,8% des dossiers traités au titre de l'alinéa 3 (chiffres CNAMTS).

Le travail de thèse de C. CAPITAINÉ- LONGUENESSE [30] suspectait l'existence de disparité dans la répartition des avis selon le CRRMP d'origine pour une même profession et/ ou une même pathologie. Cette étude se proposait de comparer les dossiers concernant le tableau 57 de 3 CRRMP (Bretagne, Aquitaine et Nord-Pas-De-Calais) de façon rétrospective de janvier 2000 à juin 2001. D'après les résultats de cette étude, on retrouvait 48% d'avis favorable à Lille et Rennes et 41% à Bordeaux. L'auteur mettait également en évidence des disparités dans le traitement des dossiers par les CPAM (notamment avis du médecin du travail et enquête administrative, qualification de la pathologie, etc.).

Dans son travail : *» Contribution de l'analyse des avis données par les CRRMP à l'évolution des tableaux de MPI : exemple des affections du membre supérieur du tableau n°57 du RG »*, datant de 2010 [31], M. DUCLOS évoquait des disparités inter-régionales *« concernant le nombre de cas instruits, la distribution des pathologies et des motifs de saisine, le % d'avis favorable, la qualité des données et la durée de traitement des dossiers »*. Parmi les résultats présentés dans l'étude, elle mettait en évidence des pourcentages d'avis favorables variables de façon significative entre les CRRMP : 29.5% à Toulouse contre 72.5% à Montpellier par exemple. Il existait également des différences inter-régionales significatives dans les pourcentages d'avis favorables parmi les motifs *« délais de prise en charge dépassé »* (DPC) et *« non-respect de la liste limitative de travaux »* (LLT).

Tableau n°3 : Pourcentage d'avis favorable pour chaque CRRMP selon le motif de saisine (source : *Contribution de l'analyse des avis données par les CRRMP à l'évolution des tableaux de MPI : exemple des affections du membre supérieur du tableau n°57 du RG*, 2010, M. DUCLOS)

Pourcentage d'avis favorables pour chaque CRRMP, selon le motif de saisine

CRRMP	Tous Motifs	Motif DPC	Motif LLT
Bordeaux	40,6%	36,2%	41,6%
Clermont-Ferrand	39,3%	52,9%	36,2%
Dijon	49,1%	57,1%	41,4%
Lille	52,0%	58,7%	45,0%
Limoges	37,9%	41,0%	35,9%
Lyon	51,5%	70,4%	43,7%
Marseille	30,2%	27,7%	36,0%
Montpellier	72,5%	75,7%	66,7%
Nancy	44,6%	42,0%	45,8%
Nantes	34,1%	50,5%	22,0%
Orléans	54,0%	57,5%	31,1%
Paris	44,0%	46,3%	40,1%
Rennes	67,6%	62,3%	75,2%
Rouen	50,1%	65,3%	40,6%
Strasbourg	56,3%	48,9%	60,8%
Toulouse	29,5%	31,5%	22,7%
TOTAL	45,6%	53,4%	39,9%

Les résultats de l'étude menée par J. JOOSEN dans le cadre de son travail de thèse [32] étaient également intéressants pour décrire ces disparités d'un CRRMP à l'autre. Son étude proposait d'analyser les recours contentieux effectués auprès des TASS dans les suites d'une décision du CRRMP du Nord-Pas-De-Calais et notamment de confronter les décisions des CRRMP avant et après saisine du TASS. Parmi les résultats de son étude, on observait que sur les 27 dossiers inclus, à 8 reprises le second CRRMP avait infirmé l'avis initial et que pour 7 de ces infirmations, il s'agissait d'une analyse différente et dans 1 cas seulement du fait de la prise en compte d'un élément nouveau dans l'analyse du dossier.

1.2. Origine de ces disparités

Le processus de demande de reconnaissance en maladie professionnelle indemnisable est un processus long et complexe.

De par sa complexité, il est difficile d'évaluer l'origine de ces disparités inter-régionales en termes de reconnaissance tant il existe une multiplicité de causes pouvant expliquer ces écarts.

Les facteurs « extrinsèques » au fonctionnement des CRRMP sont souvent cités comme étant la cause de ces disparités. Ces facteurs sont présents à chaque étape du traitement de la demande de reconnaissance avant même que le dossier ne soit présenté aux CRRMP. Sont ainsi évoqués :

- ▶ les variabilités régionales liées :
 - à la nature de l'activité économique et à la taille des entreprises (diversité du tissu économique),
 - au bassin de population (pyramide des âges, répartition homme/femme, répartition des catégories socio-professionnelles, etc.),
 - au degré de formation et de sensibilisation aux maladies professionnelles des médecins pouvant influencer directement le nombre de déclarations de maladies professionnelles.

- ▶ le rôle des CPAM : les CPAM constituent et instruisent les dossiers et déterminent le motif de saisine des CRRMP. Dans son rapport de 2017, la commission ré-établit le constat de disparités importantes entre les caisses dans leurs pratiques de reconnaissance et de fixation du taux d'IPP. Ces disparités de pratique sont susceptibles de concerner :
 - le médecin conseil chargé de caractériser la maladie, déterminer la date de 1^{ère} constatation médicale et de déterminer le taux d'IPP. Chacune de ces 3 missions peut avoir des conséquences quant à la saisine ou non du CRRMP :
 - ainsi concernant la date de la première constatation médicale, l'enquête anamnestique sur l'histoire de la maladie permet parfois d'avancer la date de 1^{ère} constatations médicale de la pathologie et donc éviter des orientations excessives vers les CRRMP,
 - la fixation du taux d'IPP notamment quand la saisine suppose un taux d'IPP > 25% (au titre de l'alinéa 4).

- le service administratif de la CPAM conduit l'enquête administrative contradictoire auprès du salarié et de l'employeur, dans l'objectif de rassembler tous les éléments concernant l'exposition au risque notamment sur les conditions d'exposition pour vérifier la durée d'exposition et la liste limitative de travaux (alinéa 3).

Concernant l'enquête administrative, faute de moyen humain, celle-ci est le plus souvent réalisée par questionnaire ce qui peut être à l'origine d'une appréciation insuffisante ou imprécise de l'exposition à un risque,

L'interprétation de la liste limitative d'un tableau de MPI est susceptible de varier d'une caisse à l'autre. On pourrait par exemple imaginer que dans certaines caisses des MPI seraient plus facilement reconnues. Ne seraient orientés vers les CRRMP que les dossiers plus litigieux pouvant expliquer un ratio d'avis favorable plus faible que dans d'autres régions.

- ▶ l'avis du médecin du travail. Dans une étude : « *association entre l'avis motivé du médecin du travail et les décisions d'un CRRMP* », les auteurs [34] mettent en évidence une association entre la décision rendue par le CRRMP et l'avis du médecin du travail : un avis favorable à la reconnaissance en pathologie professionnelle était significativement lié à une décision positive du CRRMP,
- ▶ le rôle des CRRMP. Les CRRMP prennent leur décision en s'appuyant sur des pièces présentes dans un dossier de demande de reconnaissance et sur leurs connaissances scientifiques. Il semble exister des disparités en lien avec la qualité et la complétude des dossiers transmis aux CRRMP par les CPAM. Dans le travail de thèse de J. JOOSEN [32], il apparaissait que le CRRMP rendait un avis défavorable lorsque les dossiers étaient moins complets : les cas refusés pouvaient l'être par défaut d'information.

Toutes les études et travaux réalisés jusqu'ici concernaient systématiquement des dossiers de maladies professionnelles différents rendant difficile l'interprétation des résultats en termes de disparités régionales de taux de reconnaissances pour les raisons que nous venons de citer.

Ainsi même si l'origine des disparités régionales semble être plurifactorielle, notre étude se proposait d'étudier les facteurs « intrinsèques » liés au fonctionnement des CRRMP en proposant à l'ensemble des CRRMP de France de statuer sur des dossiers de maladie professionnelles identiques.

2. Présentation de l'étude

2.1. Objectifs de l'étude

2.1.1. Objectif principal

L'objectif principal de cette étude était d'analyser les avis rendus par les 20 CRRMP en France, en 2017 sur des dossiers identiques afin d'évaluer l'homogénéité inter-régionale de ces avis.

2.1.2. Objectifs secondaires

Les objectifs secondaires de cette étude étaient d'analyser de façon plus spécifique ces avis rendus par les CRRMP selon le motif de saisine du CRRMP et le tableau de maladie professionnelle.

Nous nous proposons également d'analyser de manière plus qualitative les précisions demandées par les membres du CRRMP lors d'une décision de sursis à statuer.

2.2. Matériels et méthode

2.2.1. Type d'étude

Il s'agit d'une étude descriptive, prospective et multicentrique.

La population-cible concernée par cette étude était l'ensemble des CRRMP de France (en métropole et DOM-TOM), soit 20 CRRMP au total.

Cette étude s'est déroulée durant le second trimestre de l'année 2017.

2.2.2. Matériels

2.2.2.1. Création des vignettes

Un dossier de demande de reconnaissance en maladie professionnelle est un dossier constitué de nombreuses pièces. En moyenne chaque CRRMP traite une trentaine de dossiers de demande par session d'une demi-journée. Soumettre des dossiers de reconnaissance en maladie professionnelle « complets » aux CRRMP aurait rendu la réalisation de cette étude beaucoup trop longue et trop fastidieuse pour des CRRMP déjà « engorgés ».

Afin de pouvoir interroger les CRRMP sur un nombre de dossiers suffisamment conséquent pour pouvoir en tirer des résultats et s'assurer d'un taux de participation le plus important possible, nous avons donc pris le parti dans cette étude de construire des « vignettes ». Nous

désignons sous le terme de « vignette » ce qui correspond à un dossier synthétique de demande de reconnaissance en maladie professionnelle soumis aux CRRMP.

Ces 28 vignettes ont été entièrement créées pour permettre la réalisation de cette étude. Elles ont été élaborées par une interne ayant assisté à plusieurs séances de CRRMP et par 3 spécialistes de pathologies professionnelles ayant entre 5 et 20 ans d'ancienneté de pratique de CRRMP. Ces vignettes devaient respecter des critères définis au préalable :

- ▶ Chaque vignette devait être synthétique pour nous permettre d'inclure plus de dossiers soumis à examen sans allonger la durée de l'étude (maximum 30 minutes),
- ▶ Chaque vignette devait reprendre des éléments- types d'une vignette à l'autre pour une forme la plus identique possible et une lecture simplifiée par les CRRMP qui en prenaient connaissance,
- ▶ L'ensemble de ces vignettes devait refléter l'activité habituelle d'une séance de CRRMP. Les vignettes devaient donc concerner les tableaux de maladies professionnelles les plus fréquemment retrouvés lors des séances habituelles des CRRMP (tableau n°57, 30 et 30 bis, 79, 97 et 98 en France en 2016) et des situations fréquemment rencontrées dans les CRRMP,
- ▶ Elles devaient également pouvoir interroger les CRRMP sur les 4 motifs de saisine (alinéa 3 : durée d'exposition insuffisante, délais dépassé, liste limitative ou alinéa 4 : maladie hors tableau).

Chaque modèle de vignette comprenait ainsi (figure n°11)

- ▶ un numéro du tableau,
- ▶ l'alinéa et motif de saisine,
- ▶ la pathologie désignée et la date de 1^{ère} constatation médicale,
- ▶ et d'une description synthétique : âge, sexe de l'assuré, informations concernant son exposition professionnelle et durée d'exposition.

Figure n°11 : Exemple de la vignette n°1

N°	Tableau	Alinéa et motif de saisine	Pathologie	Description rapide
1)	30B	Alinéa 3 pour une DUREE D'EXPOSITION de 2 ans (au lieu de 5 ans).	Epaississement diffus de la plèvre viscérale (1 ^{ère} constatation médicale : 2015)	Homme de 77 ans, apprenti-électricien de 1954 à 1956, puis chauffeur poids-lourds pendant 25 ans.

Les 28 vignettes ont ainsi constitué une partie du questionnaire court et standardisé qui a été diffusé auprès des CRRMP. Ce questionnaire « *quel avis auriez-vous rendu en CRRMP ?* »¹² était composé pour chaque vignette de :

- ▶ Deux questions fermées :
 - « *Avis : favorable ou défavorable ?* »
 - « *Habituellement, auriez-vous demandé un report de l'examen de ce dossier ?* »
- ▶ et d'une question ouverte : « *si oui, quelle(s) précision(s) auriez-vous demandée(s) ?* »

2.2.2.2. Présentation des 28 vignettes

Sur les 28 vignettes créées (Tableau n°4) :

- ▶ 19 concernaient un alinéa 3 « *non-respect de certaines conditions du tableau de MPI* »,
- ▶ 9 concernaient un alinéa 4 « *maladie hors tableau* ».

Les 19 vignettes relatives à un alinéa 3 concernaient les 5 tableaux de MPI les plus fréquemment retrouvés lors des séances de CRRMP. Il s'agissait du :

- ▶ Tableau n° 30 et 30 bis du RG : « *Affections professionnelles consécutives à l'inhalation de poussière d'amiante* » et « *cancer broncho-pulmonaire provoqué par l'inhalation de poussière d'amiante* » (n=5 vignettes),
- ▶ Tableau n° 42 du RG : *Atteinte auditive provoquée par les bruits lésionnels* (n=2 vignettes),
- ▶ Tableau n° 57 du RG : *Affections périarticulaires provoquées par certains gestes et posture de travail* (n=5 vignettes),
- ▶ Tableau n° 79 du RG : *Lésions chroniques du ménisque à caractère dégénératif* (n=2 vignettes),
- ▶ Tableau n° 97 du RG : *Affections chroniques du rachis lombaire provoquées par les vibrations de basses et moyennes fréquences transmises au corps entier* (n=2 vignettes),
- ▶ Tableau n° 98 du RG : *Manutention manuelle de charges lourdes* (n=3 vignettes).

Les motifs de saisine du CRRMP au titre de l'alinéa 3 se répartissaient comme suit :

- ▶ 5 vignettes pour des durées d'exposition au risque insuffisantes,
- ▶ 5 vignettes pour des délais de prise en charge dépassés,

¹² Annexe 1 : Fiche de saisie des résultats : « quelle décision auriez-vous rendue en CRRMP »

- 9 vignettes pour une activité professionnelle ne figurant pas dans la liste limitative de travaux.

Les 9 vignettes concernant un alinéa 4 proposaient aux CRRMP de statuer sur lien direct et essentiel entre une pathologie et l'exposition habituelle de la victime à certains travaux. Les sujets évoqués étaient : une lombalgie chronique chez un magasinier-cariste, une coxarthrose chez un boucher, une arthrose cervicale chez un maçon, une arthrose cervicale chez une opératrice de production, une hernie discale cervicale chez une auxiliaire de vie, un lymphome malin non hodgkinien chez un employé d'usine de fabrication d'herbicide, une tumeur primitive de vessie chez un étancheur de toiture, une tumeur primitive de vessie chez un étancheur de toiture fumeur et une tumeur primitive de vessie chez un livreur de fioul.

Tableau n°4 : Description des 28 vignettes¹³

Vignette	Alinéa	MPI	Motif	Désignation de la maladie
1	3	30B	DER	Epaississement de la plèvre
2	3	30D	DPC	Mésothéliome pleural
3	3	30bis	DER	Cancer broncho- pulmonaire
4	3	30bis	DER	Cancer broncho- pulmonaire
5	3	30bis	DER	Cancer broncho- pulmonaire
6	3	42	DPC	Surdité (- 46dB et -48dB)
7	3	42	DPC	Surdité (-55 dB et - 95 dB)
8	3	57A	LLT	Rupture supra-épineux
9	3	57A	LLT	Tendinopathie chronique coiffe des rotateur
10	3	57A	LLT	Rupture partielle de la coiffe des rotateurs
11	3	57C	LLT	Canal carpien
12	3	57C	LLT	Canal carpien
13	3	79	DPC	Lésion dégénérative ménisque
14	3	79	LLT	Lésion dégénérative ménisque
15	3	97	DER	HD L5- S1
16	3	97	LLT	HD L4- L5
17	3	98	DPC	HD L5- S1
18	3	98	LLT	HD L4- L5
19	3	98	LLT	HD L4- L5
20	4			Lombalgie chronique
21	4			Coxarthrose
22	4			Arthrose cervicale
23	4			Arthrose cervicale
24	4			HD cervicale
25	4			Lymphome malin non hodgkinien
26	4			Tumeur primitive de vessie
27	4			Tumeur primitive de vessie
28	4			Tumeur primitive de vessie

Soit	DER = 5 vignettes DPC = 5 vignettes LLT = 9 vignettes Alinéa 4 = 9 vignettes
-------------	---

¹³ Annexe 2 : Questionnaire « quelle décision auriez-vous rendue en CRRMP ? »

2.2.3. Méthode

2.2.3.1. Diffusion aux CRRMP

Le questionnaire, accompagné d'un courrier explicatif et d'une fiche de saisie de résultat, a été diffusé par e-mail à chaque secrétariat de CRRMP par la Direction Nationale des Risques Professionnels (DRP) de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie en mars 2017.

Il leur était demandé de remplir ce questionnaire collégialement, lors d'une séance du CRRMP avant mai 2017.

2.2.3.2. Recueil et analyse des données

Chacun des 20 secrétariats de CRRMP était chargé de remplir la fiche de saisie puis de retourner le document rempli à la DRP.

Les données recueillies ont été saisies dans le logiciel Excel pour être plus facilement traitées.

Construction de l'indice de concordance

Pour mesurer la dispersion de nos données par vignette et donc tenter d'évaluer l'importance de l'homogénéité ou de la disparité de nos résultats, nous avons décidé de créer un indicateur que nous appellerons dans notre étude « *indice de concordance* ».

Comparer des ratios d'avis favorables n'était pas pertinent dans le cadre de notre étude. En effet, un ratio d'avis favorable de 0% était différent d'un ratio d'avis favorable de 100% pourtant dans le cadre de notre étude cela traduisait un ratio d'avis similaire identique puisque 100% des CRRMP rendait un même avis (favorable ou défavorable).

Cet indice de concordance est une valeur numérique qui se veut être un reflet de la répartition des ratios d'avis « similaires » rendus par les CRRMP. A partir de cette valeur numérique, il nous est plus facile de représenter la dispersion de nos résultats, calculer des moyennes de « dispersion » et comparer les résultats entre eux.

L'indice de concordance varie entre une valeur minimale de 0 et une valeur maximale de 1.

Il est égal à 0 lorsque les disparités entre les avis rendus par les CRRMP sur une vignette sont les plus importantes (50% d'avis favorable, 50% d'avis défavorable). A l'autre extrême, il est égal à 1 lorsque l'ensemble des CRRMP est unanime sur la décision rendue (100% d'avis favorable ou 100% d'avis défavorable).

Entre 0 et 1, l'indice de concordance peut prendre autant de valeurs que de valeurs du ratio d'avis favorable (soit 49 valeurs différentes possibles au total). Les avis rendus sont d'autant plus homogènes que l'indice de concordance est élevé.

Tableau n°5 : Exemple de valeurs de l'indice de concordance selon le ratio d'avis favorable.

Ratio d'AF	0%	1%	5%	10%	15%	20%	25%	30%	35%	40%	45%	49%	50%
Indice de concordance	1	0,98	0,90	0,80	0,70	0,60	0,50	0,40	0,30	0,20	0,10	0,02	0
Ratio d'AF	100%	99%	95%	90%	85%	80%	75%	70%	65%	60%	55%	51%	50%

3. Présentation des résultats

3.1. Description de la qualité des données

Sur les 20 CRRMP auxquels ont été envoyés les questionnaires, 18 ont retourné la fiche de résultats.

Seuls 2 CRRMP n'ont pas retournés le questionnaire :

- ▶ la Guadeloupe en l'absence de tenue de séance pendant la période impartie à l'étude,
- ▶ la Guyane qui n'a pas donné de retour.

Concernant le remplissage des fiches

Chaque fiche de résultat a été complètement remplie. Il n'existait aucune donnée manquante. Pour chaque vignette, tous les CRRMP se sont prononcés parmi les 3 possibilités existantes : avis favorable, défavorable ou demande de report de l'examen du dossier. Lorsqu'un report de l'examen du dossier était demandé, le motif de demande du report était systématiquement précisé.

Concernant l'avis à surseoir (Figure n°12)

Le questionnaire distribué à tous les CRRMP permettait de recueillir 3 possibilités de réponses à chaque vignette :

- ▶ Avis favorable,
- ▶ Avis défavorable,
- ▶ Demande de report de l'examen du dossier (avis à surseoir).

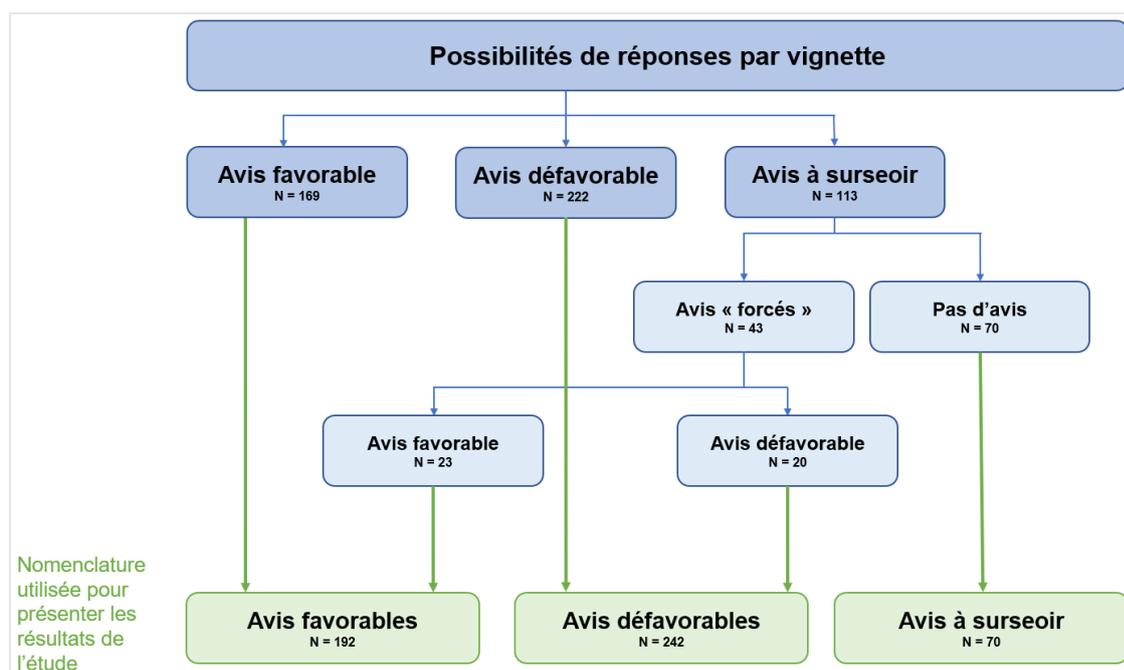
Dans le cas où la case « avis à surseoir » était cochée, la consigne donnée aux différents CRRMP était de statuer autant que possible « favorable ou défavorable ».

Dans cette étude, nous avons inclus ces « avis forcés » (n=113) c'est-à-dire les avis favorables ou défavorables émis alors que la case « avis à surseoir » était cochée soit dans « avis favorable » soit dans « avis défavorable ».

Dans certains cas (n=70), la case « avis à surseoir » était cochée sans qu'un avis favorable ou défavorable ne soit retenu.

Par la suite, lors notamment de la présentation des résultats nous entendrons par le terme « avis favorable » ou « avis défavorable », la somme des avis favorables ou défavorables et celle des « avis forcés » ; et sous le terme « avis à surseoir » les seuls cas où la case « avis à surseoir » était cochée sans avis retenu.

Figure n°12 : Présentation des dénominations utilisées concernant l’avis à surseoir.



On observe dans le tableau n°6 des disparités régionales entre CRRMP concernant l’avis à surseoir. Ainsi certains CRRMP avaient souvent recours à cette modalité de réponse (Bourgogne- Franche- Comté, Aquitaine et Bretagne par exemple), alors que d’autres CRRMP n’y ont jamais (Hauts de France) ou peu eu recours (Auvergne, La Réunion, Languedoc Roussillon).

Concernant l’interprétation de la consigne donnée « *statuer autant que possible avis favorable ou défavorable* », il existe là encore des disparités. On observe que le ratio d’avis forcé s’étend de 100% pour l’Aquitaine par exemple à 7% pour la Bourgogne- Franche- Comté.

Tableau n°6 : Répartition des avis à surseoir par CRRMP.

CRRMP	Avis à surseoir	Pas d’avis	Avis « forcé »	Avis favorable	% avis forcé
Alsace- Moselle	10	5	5	2	50%
Aquitaine	12	0	12	6	100%
Auvergne	2	0	2		100%
Bourgogne- Franche- Comté	15	14	1	1	7%
Bretagne	11	5	6	3	55%
Centre- Ouest	8	0	8	6	100%
Centre- Val- de Loire	10	10	0		0%
Hauts de France	0	0			-
Ile-De-France	7	6	1		14%
La Réunion	2	2	0		0%
Languedoc- Roussillon	2	2	0		0%
La Martinique	4	4	0		0%
Midi- Pyrénées	8	8	0		0%
Nord- Est	3	0	3	2	100%
Normandie	2	0	2	1	100%
Pays de la Loire	2	2	0		0%
Rhône- Alpes	10	7	3	2	30%
Sud- Est	5	5	0		0%
	113	70	43	23	39%

Lorsque l'on observe la répartition de ces avis à surseoir et avis « forcé » par vignette (Tableau n°7), on observe que pour les vignettes n°3, n°7 et n° 19 le nombre d'avis à surseoir a été le plus important (environ 55% des CRRMP ont émis un avis à surseoir).

Tableau n°7 : Répartition des avis à surseoir par vignette pour l'ensemble des 18 CRRMP.

N° de vignette	MPI	Motif	Avis à surseoir	Pas d'avis	Avis « forcé »	Avis favorable	% avis forcé
1	30B	DER	7	4	3	1	43%
2	30D	DPC	1	0	1	1	100%
3	30bis	DER	10	8	2	0	20%
4	30bis	DER	7	5	2	2	29%
5	30bis	DER	7	5	2	0	29%
6	42	DPC	7	3	4	3	57%
7	42	DPC	11	6	5	2	45%
8	57A	LLT	1	0	1	0	100%
9	57A	LLT	1	1	0	0	0%
10	57A	LLT	1	1	0	0	0%
11	57C	LLT	0	0	0	0	-
12	57C	LLT	0	0	0	0	-
13	79	DPC	4	2	2	2	50%
14	79	LLT	2	2	0	0	0%
15	97	DER	6	4	2	1	33%
16	97	LLT	5	4	1	0	20%
17	98	DPC	1	1	0	0	0%
18	98	LLT	5	4	1	0	20%
19	98	LLT	10	6	4	3	40%
20			4	1	3	3	75%
21			2	1	1	0	50%
22			2	2	0	0	0%
23			1	0	1	0	100%
24			2	0	2	0	100%
25			9	5	4	3	44%
26			2	1	1	1	50%
27			2	2	0	0	0%
28			3	2	1	1	33%
			113	70	43	23	39%

3.2. Description des données retenues dans l'étude

3.2.1. Données concernant l'objectif principal de cette étude

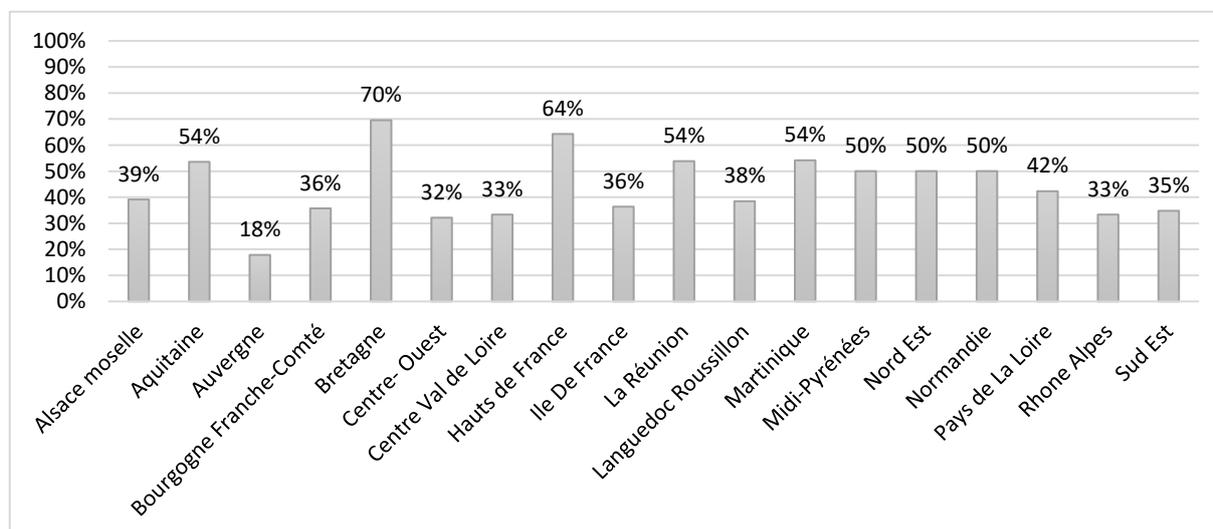
L'objectif principal de cette étude était d'analyser les avis rendus par les 20 CRRMP en France, en 2017 sur des dossiers identiques afin d'évaluer l'homogénéité inter-régionale de ces avis.

D'après les données recueillies dans le cadre de notre étude auprès de 18 CRRMP, toutes vignettes confondues (tableau n°8 et figure n°13), on observe des taux de reconnaissance variables entre CRRMP. Ce taux varie de 18% pour le CRRMP d'Auvergne à 70% pour le CRRMP de Bretagne. Le taux moyen de reconnaissance est de 44%.

Tableau n°8 : Pourcentage d'avis favorables pour chaque CRRMP sur l'ensemble des vignettes.

CRRMP	% d'avis favorables	Avis à surseoir
Alsace- Moselle	39%	18%
Aquitaine	54%	0%
Auvergne	18%	0%
Bourgogne- Franche- Comté	36%	50%
Bretagne	70%	18%
Centre- Ouest	32%	0%
Centre- Val- de Loire	33%	36%
Hauts de France	64%	0%
Ile-De-France	36%	21%
La Réunion	54%	7%
Languedoc- Roussillon	38%	7%
La Martinique	54%	14%
Midi- Pyrénées	50%	29%
Nord- Est	50%	0%
Normandie	50%	0%
Pays de la Loire	42%	7%
Rhône- Alpes	33%	25%
Sud- Est	35%	18%
Total général	44%	14%

Figure n°13 : Répartition des pourcentages d'avis favorables pour chaque CRRMP sur l'ensemble des vignettes.



Cette présentation des résultats ne nous a cependant pas semblé être la plus pertinente dans le cadre de cette étude. L'objectif principal de cette étude était en effet d'observer les décisions rendues par les CRRMP sur des vignettes identiques. Sur le tableau n°8, il n'est pas possible de distinguer les répartitions « individuelles » des décisions des CRRMP sur des « vignettes » qui étaient indépendantes entre elles. Nous avons donc également décrit les résultats de cette étude sous forme d'observation par vignette (Tableau n°9).

Tableau n°9 : Pourcentage d'avis favorables par vignette pour l'ensemble des 18 CRRMP.

Vignette	MPI	Motif	Désignation de la maladie	% d'avis favorables	IC	Avis à surseoir
1	30B	DER	Epaississement de la plèvre	50%	0	22%
2	30D	DPC	Mésothéliome pleural	100%	1	0%
3	30bis	DER	Cancer broncho- pulmonaire	50%	0	44%
4	30bis	DER	Cancer broncho- pulmonaire	100%	1	28%
5	30bis	DER	Cancer broncho- pulmonaire	69%	0,38	28%
6	42	DPC	Surdité (- 46dB et -48dB)	87%	0,74	17%
7	42	DPC	Surdité (-55 dB et - 95 dB)	50%	0	33%
8	57A	LLT	Rupture supra-épineux	28%	0,44	0%
9	57A	LLT	Tendinopathie chronique coiffe des rotateur	35%	0,30	6%
10	57A	LLT	Rupture partielle de la coiffe des rotateurs	71%	0,42	6%
11	57C	LLT	Canal carpien	6%	0,88	0%
12	57C	LLT	Canal carpien	28%	0,44	0%
13	79	DPC	Lésion dégénérative ménisque	100%	1	11%
14	79	LLT	Lésion dégénérative ménisque	0%	1	11%
15	97	DER	HD L5- S1	86%	0,72	22%
16	97	LLT	HD L4- L5	14%	0,72	22%
17	98	DPC	HD L5- S1	71%	0,42	6%
18	98	LLT	HD L4- L5	0%	1	22%
19	98	LLT	HD L4- L5	75%	0,50	33%
20			Lombalgie chronique	35%	0,30	6%
21			Coxarthrose	6%	0,88	6%
22			Arthrose cervicale	19%	0,62	11%
23			Arthrose cervicale	0%	1	0%
24			HD cervicale	0%	1	0%
25			Lymphome malin non hodgkinien	92%	0,84	28%
26			Tumeur primitive de vessie	88%	0,76	6%
27			Tumeur primitive de vessie	6%	0,88	11%
28			Tumeur primitive de vessie	19%	0,62	11%
Moyenne générale				46%	0,64	14%

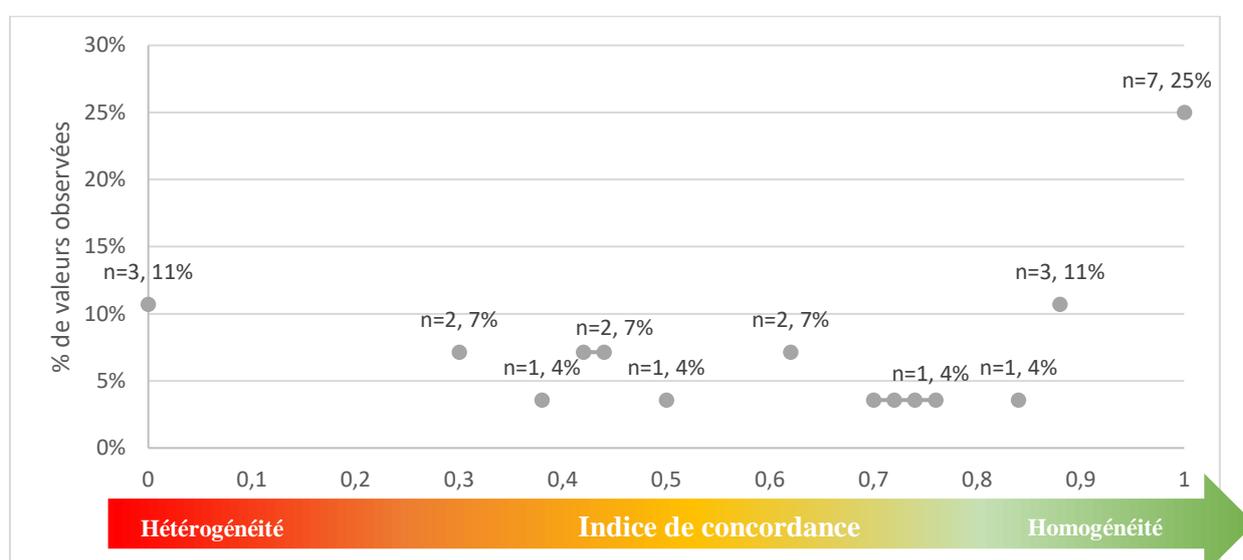
Ce tableau montre que sur les 28 vignettes soumises aux CRRMP, ceux-ci ont statué de manière similaire sur 7 vignettes (vignettes n  2, 4, 13, 14, 18, 23 et 24). Concernant les autres vignettes, les résultats sont hétérogènes et semblent varier d'une disparité importante (n  1, 3 et 7)   une quasi- unanimité (n  11, 21 et 25).

Evaluation de l'importance de ces disparités

Pour rappel, l'indice de concordance varie entre 0 et 1. Il est égal à 0 lorsque les disparités entre les avis rendus par les CRRMP sur une vignette sont les plus importantes (50% d'avis favorable, 50% d'avis défavorable). A l'autre extrême, il est égal à 1 lorsque l'ensemble des CRRMP est unanime sur la décision rendue (100% d'avis favorable ou 100% d'avis défavorable). Entre 0 et 1, les avis rendus sont d'autant plus homogènes que l'indice de concordance est élevé.

On observe sur la figure n°14 que dans notre étude, dans presque 25 % des cas, les avis rendus par les CRRMP sur des dossiers identiques le sont de manière unanime (indice de concordance = 1). Au contraire, dans 11% des cas, il existe d'importantes disparités inter-CRRMP. La moyenne de cet indice de concordance est égale à 0.64.

Figure n°14 : Répartition de l'indice de concordance sur l'ensemble des 28 vignettes.



3.2.2. Données concernant les objectifs secondaires

3.2.2.1. Selon le tableau de MPI

Tableau de MPI n° 57

Sur les 19 vignettes soumises aux CRRMP au titre de l'alinéa 3, 5 d'entre elle concernaient le *tableau 57 Affections périarticulaires provoquées par certains gestes et posture de travail*.

On observe dans le tableau n°10 des variabilité inter-CRRMP importantes avec un ratio d'avis favorable évoluant entre 0% de reconnaissance (Auvergne, Centre- Ouest, Centre- Val de Loire,

Languedoc- Roussillon et Sud- Est) à 80% d'avis favorable pour les CRRMP de Bretagne et Midi- Pyrénées.

Lorsque que l'on observe la répartition de ces avis favorable par vignette (tableau n°11), il existe également des disparités importantes avec une moyenne d'indice de concordance = 0.50. Les disparités les plus importantes concerne les vignettes n° 9 (tendinopathie chronique non rompue, non calcifiante, de la coiffe des rotateurs droite, chez une assistante maternelle depuis 24 ans) et n° 10 (rupture partielle de la coiffe des rotateurs gauche chez une femme de 51 ans, caissière dans un supermarché depuis 20 ans).

Concernant ce tableau de MPI, on observe un nombre d'avis à surseoir très faible. Seuls les CRRMP du Centre-Val de Loire et du Sud-Est n'ont pas pu établir de lien direct de survenue de la pathologie professionnelle sur les seuls éléments présentés dans ces vignettes.

Ces 2 CRRMP ont conclu « avis à surseoir » sur 2 vignettes :

- ▶ vignette n°9 : demande du compte-rendu d'IRM pour préciser la physiopathologie des lésions (n=1), demande de précision sur le poste de travail, notamment durée d'exposition en position contraignante de l'épaule (n=1),
- ▶ vignette n°10 : demande de précision sur le poste de travail pour évaluer s'il existait d'autres activités connexes (n=1), demande de précision sur la victime : taille et poids (n=1).

Tableau n°10 Répartition des pourcentages d'avis favorables pour chaque CRRMP sur les vignettes concernant le tableau de MPI n°57.

CRRMP	% d'avis favorables	% d'avis à surseoir
Alsace- Moselle	40%	0%
Aquitaine	60%	0%
Auvergne	0%	0%
Bourgogne- Franche- Comté	60%	0%
Bretagne	80%	0%
Centre- Ouest	0%	0%
Centre- Val- de Loire	0%	20%
Hauts de France	20%	0%
Ile-De-France	20%	0%
La Réunion	60%	0%
Languedoc- Roussillon	0%	0%
La Martinique	40%	0%
Midi- Pyrénées	80%	0%
Nord- Est	20%	0%
Normandie	60%	0%
Pays de la Loire	20%	0%
Rhône- Alpes	20%	0%
Sud- Est	0%	20%
Moyenne d'avis favorables	32%	2%

Tableau n°11 : Répartition des pourcentages d'avis favorables de l'ensemble des 18 CRRMP par vignette concernant le tableau de MPI n°57

Vignette	MPI	Maladie	Motif	% d'avis favorables	% d'avis à surseoir
8	57A	Rupture tendon supra-épineux	LLT	28%	0%
9	57A	Tendinopathie chronique coiffe	LLT	35%	6%
10	57A	Rupture partielle de la coiffe	LLT	71%	6%
11	57C	Canal carpien	LLT	6%	0%
12	57C	Canal carpien	LLT	28%	0%
Moyenne de l'indice de concordance				0,50	2%

Tableaux de MPI n° 30 et 30 bis

Sur les 19 vignettes soumises aux CRRMP au titre de l'alinéa 3, 5 d'entre elles concernaient les tableaux 30 *Affections professionnelles consécutive à l'inhalation de poussière d'amiante* et 30 bis *cancer broncho-pulmonaire provoqué par l'inhalation de poussière d'amiante*.

Concernant les tableaux 30 et 30 bis, les résultats de notre étude montrent une hétérogénéité importante dans les différentes réponses des CRRMP (moyenne de l'indice de concordance = 0,48). Les 18 CRRMP ayant participé à l'étude sont unanimes concernant les vignette n°2 (DPC et mésothéliome pleural) et n°4 (DER et cancer broncho-pulmonaire). En revanche, concernant les autres vignettes les réponses sont très hétérogènes : 50% d'avis favorable pour les vignettes n°1 (DER et plaques pleurales) et n°3 (DER et cancer broncho-pulmonaire) qui témoignent d'importantes disparités dans les décisions rendues par les CRRMP.

On observe également concernant ce tableau, un nombre d'avis à surseoir élevé à chaque vignette (hors vignette n°2). L'analyse qualitative des précisions demandées concernant ce tableau montre :

- ▶ vignette n°1 : demande de précision sur l'exposition/ évaluation de l'intensité de l'exposition (n=5), demande de précision médicale type imagerie (n=2), précision sur ATCD médicaux et/ou tabagisme (n=1), délais dépassé (n =2),
- ▶ vignette n°3 : demande de précision sur l'exposition/ évaluation de l'intensité de l'exposition (n=10), demande de précision médicale type imagerie ou anapath (n=4), demande de précision sur ATCD médicaux et/ou tabagisme (n=2), demande de confirmation du caractère primitif du cancer (n=1),
- ▶ vignette n°4 : demande de précision sur l'exposition/ évaluation de l'intensité de l'exposition (n=6), demande de précision sur ATCD médicaux et/ou tabagisme (n=1), demande de confirmation du caractère primitif du cancer (n=1),
- ▶ vignette n° 5 : demande de précision sur l'exposition/ évaluation de l'intensité de l'exposition (n=4), demande de précision médicale type imagerie ou anapath (n=2), demande de précision sur ATCD médicaux et/ou tabagisme (n=2), demande de confirmation du caractère primitif du cancer (n=1).

Tableau n°12 : Répartition des pourcentages d’avis favorables pour chaque CRRMP sur les vignettes concernant les tableaux de MPI n°30 et30 bis.

CRRMP	% d’avis favorables	% d’avis à surseoir
Alsace- Moselle	50%	60%
Aquitaine	40%	0%
Auvergne	40%	0%
Bourgogne- Franche- Comté	100%	80%
Bretagne	100%	60%
Centre- Ouest	40%	0%
Centre- Val- de Loire	100%	40%
Hauts de France	100%	0%
Ile-De-France	67%	40%
La Réunion	75%	20%
Languedoc- Roussillon	100%	0%
La Martinique	100%	0%
Midi- Pyrénées	50%	60%
Nord- Est	100%	0%
Normandie	80%	0%
Pays de la Loire	100%	20%
Rhône- Alpes	67%	40%
Sud- Est	75%	20%
Moyenne d’avis favorables	77%	24%

* ratio = avis favorables / (avis favorables + avis défavorables + avis à surseoir)

Tableau n°13 : Répartition des pourcentages d’avis favorables de l’ensemble des 18 CRRMP par vignette concernant les tableaux de MPI n°30 et30 bis.

Vignette	MPI	Maladie	Motif	% d’avis favorables	% avis à surseoir
1	30B	Epaississement diffus de la plèvre	DER (2 ans/ 5 ans)	50%	22%
2	30D	Mésothéliome pleural	DPC (6 ans)	100%	0%
3	30bis	Cancer broncho-pulmonaire	DER (6 ans/10 ans)	50%	44%
4	30bis	Cancer broncho-pulmonaire	DER (7 ans/ 10 ans)	100%	28%
5	30bis	Cancer broncho-pulmonaire	DER (5 ans/ 10ans)	69%	28%
Moyenne de l’indice de concordance				0,48	24%

Tableau de MPI n°42

Sur les 19 vignettes soumises aux CRRMP au titre de l’alinéa 3, 2 d’entre elles concernaient le tableau 42 atteinte auditive provoquée par les bruits lésionnels.

Concernant ce tableau n°42, on observe des réponses globalement hétérogènes (moyenne de l’indice de concordance = 0,37), notamment sur une vignette où le ratio d’avis favorable est de 50% témoignant d’une forte disparité inter-CRRMP (indice de concordance = 0).

On observe également sur ce tableau un nombre d'avis à surseoir élevé, avec une moyenne égale à 22% sur l'ensemble des 18 CRRMP. En particulier concernant la vignette n°7 où près d'un tiers des CRRMP n'ont pu conclure (surdité asymétrique à -55 dB et -95 dB avec un délai de prise en charge dépassé de 2 ans).

L'analyse qualitative des précisions demandées concernant ce tableau montre :

- ▶ vignette n°6 : demande des anciens audiogrammes pour étudier l'évolution de la surdité (n=7) et demande de confirmation de la surdité de perception (n=2),
- ▶ vignette n°7 : demande des anciens audiogrammes (n=6), demande de description de l'activité professionnelle (n=1), demande avis du médecin du travail (n=1), demande de confirmation de la surdité de perception (n=3), demande sapsiteur ORL (n=4).

Tableau n°14 : Répartition des pourcentages d'avis favorables pour chaque CRRMP sur les vignettes concernant le tableau de MPI n°42.

CRRMP	% d'avis favorables	% d'avis à surseoir
Alsace- Moselle	50%	0%
Aquitaine	100%	0%
Auvergne	0%	0%
Bourgogne- Franche- Comté	-	100%
Bretagne	50%	0%
Centre- Ouest	100%	0%
Centre- Val- de Loire	-	100%
Hauts de France	100%	0%
Ile-De-France	0%	50%
La Réunion	100%	50%
Languedoc- Roussillon	100%	0%
La Martinique	100%	0%
Midi- Pyrénées	100%	50%
Nord- Est	50%	0%
Normandie	100%	0%
Pays de la Loire	50%	0%
Rhône- Alpes	50%	0%
Sud- Est	-	100%
Moyenne d'avis favorables	70%	22%

Tableau n°15 : Répartition des pourcentages d'avis favorables de l'ensemble des 18 CRRMP par vignette concernant le tableau de MPI n°42.

Vignette	MPI	Maladie	Motif	% d'avis favorables	% avis à surseoir
6	42	Surdité (-46 dB et - 48 dB)	DPC (4 ans)	87%	17%
7	42	Surdité (-55 dB et - 95 dB)	DPC (2 ans)	50%	33%
Moyenne de l'indice de concordance				0,37	22%

Tableau de MPI n°79

Sur les 19 vignettes soumises aux CRRMP au titre de l'alinéa 3, 2 d'entre elle concernaient le tableau 79 *lésions chroniques du ménisque à caractère dégénératif*.

Dans notre étude, concernant ce tableau de MPI, les décisions prises par les CRRMP sont unanimes (moyenne de l'indice de concordance = 1).

4 CRRMP ont conclu « avis à surseoir ». L'analyse qualitative des demandes de précision(s) montre :

- ▶ vignette n°13 : demande de renseignements anamnestiques pour remonter la DPCM (n=2), demande du dossier radiologique (n=1),
- ▶ vignette n°14 : description du poste de travail : tâches réalisées et position adoptée à genou (n=2), recherche d'éléments extra- professionnels (n=1).

Tableau n°16 : Répartition des pourcentages d'avis favorables pour chaque CRRMP sur les vignettes concernant le tableau de MPI n°79.

CRRMP	% d'avis favorables	% d'avis à surseoir
Alsace- Moselle	50%	0%
Aquitaine	50%	0%
Auvergne	50%	0%
Bourgogne- Franche- Comté	0%	50%
Bretagne	100%	50%
Centre- Ouest	50%	0%
Centre- Val- de Loire	100%	50%
Hauts de France	50%	0%
Ile-De-France	50%	0%
La Réunion	50%	0%
Languedoc- Roussillon	50%	0%
La Martinique	50%	0%
Midi- Pyrénées	50%	0%
Nord- Est	50%	0%
Normandie	50%	0%
Pays de la Loire	50%	0%
Rhône- Alpes	0%	50%
Sud- Est	50%	0%
Moyenne d'avis favorables	50%	11%

Tableau n°17 : Répartition des pourcentages d'avis favorables de l'ensemble des 18 CRRMP par vignette concernant le tableau de MPI n°79.

Vignette	MPI	Maladie	Motif	% d'avis favorables	% d'avis à surseoir
13	79	Lésion dégénérative ménisque	DPC	100%	11%
14	79	Lésion dégénérative ménisque	LLT	0%	11%
Moyenne de l'indice de concordance				1	11%

Tableau de MPI n°97

Sur les 19 vignettes soumises aux CRRMP au titre de l'alinéa 3, 2 d'entre elle concernaient le tableau 97 Affections chroniques du rachis lombaire provoquées par les vibrations de basses et moyennes fréquences transmises au corps entier.

On observe peu de variabilités inter-CRRMP sur les réponses rendues concernant ce tableau de MPI. La moyenne de l'indice concordance est de 0,72.

On observe un nombre d'avis à surseoir élevé pour chacune des vignettes de ce tableau (22% d'avis à surseoir).

L'analyse qualitative des précisions demandées concernant ce tableau montre :

- ▶ vignette n°15 : demande de relevé de carrière/ expositions antérieures (n=7), demande de précision sur le type d'engin conduit (n=2), demande d'avis du médecin du travail (n=1),
- ▶ vignette n°16 : demande de précision sur le poste : taille et poids des colis, aide à la manutention, nombre de kilomètres par an, nombre de livraison par jour (n=5), réorientation en demande de MPI au titre du tableau n°98 (n=3).

Tableau n°18 : Répartition des pourcentages d'avis favorables pour chaque CRRMP sur les vignettes concernant le tableau de MPI n°97.

CRRMP	% d'avis favorables	% d'avis à surseoir
Alsace- Moselle	0%	50%
Aquitaine	50%	0%
Auvergne	50%	0%
Bourgogne- Franche- Comté	-	100%
Bretagne	100%	0%
Centre- Ouest	50%	0%
Centre- Val- de Loire	0%	50%
Hauts de France	100%	0%
Ile-De-France	100%	50%
La Réunion	50%	0%
Languedoc- Roussillon	0%	0%
La Martinique	100%	50%
Midi- Pyrénées	50%	0%
Nord- Est	50%	0%
Normandie	0%	0%
Pays de la Loire	50%	0%
Rhône- Alpes	-	100%
Sud- Est	50%	0%
Moyenne d'avis favorables	50%	22%

Tableau n°19 : Répartition des pourcentages d'avis favorables de l'ensemble des CRRMP par vignette concernant le tableau de MPI n°97.

Vignette	MPI	Maladie	Motif	% d'avis favorables	% d'avis à surseoir
15	97	HD L5-S1	DER	86%	22%
16	97	HD L4- L5	LLT	14%	22%
Moyenne de l'indice de concordance				0,72	22%

Tableau de MPI n°98

Sur les 19 vignettes soumises aux CRRMP au titre de l'alinéa 3, 3 d'entre elle concernaient le *tableau 98 Manutention manuelle de charges lourdes*.

Dans notre étude, concernant ce tableau de MPI, les résultats sont variables d'une totale unanimité (vignette n°18) à une quasi-unanimité pour les 2 autres vignettes. La moyenne de l'indice de concordance est de 0,64.

On observe que le nombre d'avis à surseoir est important (moyenne = 20%) notamment concernant la vignette n°19 où un tiers des CRRMP n'a pu se prononcer (hernie discale L4- L5 chez un magasinier-cariste depuis 24 ans).

L'analyse qualitative des précisions demandées lors d'une décision d'avis à surseoir montre :

- ▶ vignette n°17 : enquête pour remonter la date de première constatation médicale (n=2),
- ▶ Vignette n°18 : demande précision sur les manutentions : containers, lavage des containers, évacuation des poubelles, etc. (n=7),
- ▶ Vignette n°19 : demande de précision sur les manutentions : charge unitaire et cumulée (n=9), requalification en MPI n°97 (cariste, n=4)

Tableau n°20 : Répartition des pourcentages d'avis favorables pour chaque CRRMP sur les vignettes concernant le tableau de MPI n°98.

CRRMP	% d'avis favorables	% d'avis à surseoir
Alsace- Moselle	67%	0%
Aquitaine	67%	0%
Auvergne	0%	0%
Bourgogne- Franche- Comté	0%	67%
Bretagne	100%	33%
Centre- Ouest	0%	0%
Centre- Val- de Loire	100%	67%
Hauts de France	67%	0%
Ile-De-France	100%	33%
La Réunion	33%	0%
Languedoc- Roussillon	50%	33%
La Martinique	50%	33%
Midi- Pyrénées	0%	67%
Nord- Est	33%	0%
Normandie	67%	0%
Pays de la Loire	67%	0%
Rhône- Alpes	67%	0%
Sud- Est	0%	33%
Moyenne d'avis favorables	48%	20%

Tableau n°21 : Répartition des pourcentages d'avis favorables de l'ensemble des CRRMP par vignette concernant le tableau de MPI n°98.

Vignette	MPI	Maladie	Motif	% d'avis favorables	% d'avis à surseoir
17	98	HD L5- S1	DPC (1,5 ans)	71%	6%
18	98	HD L4- L5	LLT	0%	22%
19	98	HD L4- L5	LLT	75%	33%
Moyenne de l'indice de concordance				0,64	20%

3.2.2.2. Selon le motif de saisine du CRRMP

Sur les 19 vignettes soumises aux CRRMP au titre de l'alinéa 3, 5 vignettes l'étaient concernant une durée minimale d'exposition au risque insuffisante, 5 concernant des délais de prise en charge dépassés et 9 pour non-respect de la liste limitative de travaux.

Le tableau n°22 indique la répartition des avis par CRRMP en fonction du motif de saisine au titre de l'alinéa 3.

Tableau n°22 : Répartition des avis par CRRMP en fonction du motif de saisine au titre de l'alinéa 3.

CRRMP	Durée d'exposition (n=5)		Délais dépassés (n=5)		Liste limitative (n=9)	
	% AF	% à S.	% AF	% à S.	% AF	% à S.
Alsace- Moselle	0%	80%	80%	0%	33%	0%
Aquitaine	40%	0%	100%	0%	44%	0%
Auvergne	40%	0%	40%	0%	0%	0%
Bourgogne- Franche- Comté	-	100%	50%	60%	50%	33%
Bretagne	100%	60%	80%	0%	86%	22%
Centre- Ouest	40%	0%	80%	0%	0%	0%
Centre- Val- de Loire	100%	60%	100%	40%	0%	44%
Hauts de France	100%	0%	100%	0%	33%	0%
Ile-De-France	67%	40%	75%	20%	29%	22%
La Réunion	75%	20%	75%	20%	44%	0%
Languedoc- Roussillon	80%	0%	100%	0%	0%	11%
La Martinique	100%	0%	100%	0%	29%	22%
Midi- Pyrénées	50%	60%	100%	40%	50%	11%
Nord- Est	100%	0%	80%	0%	11%	0%
Normandie	60%	0%	100%	0%	44%	0%
Pays de la Loire	100%	20%	80%	0%	22%	0%
Rhône- Alpes	50%	60%	75%	20%	25%	11%
Sud- Est	75%	20%	67%	40%	0%	22%
MOYENNE	69%	29%	82%	13%	28%	11%

Motif de saisine « durée d'exposition insuffisante »

On observe des disparités importantes sur les vignettes portant sur des délais d'exposition insuffisants : la moyenne de l'indice de concordance concernant ce motif de saisine est égale à 0,42. Sur deux vignettes (n°1 et 3) les CRRMP ont rendu des avis complètement hétérogènes. Ils n'ont statué unanimement que sur une seule vignette (n°4).

Si l'on observe le nombre d'avis à surseoir, on constate que celui-ci est plus important que pour les autres motifs de saisine. Ainsi en moyenne par vignette, presque 30% des CRRMP demandaient un avis à surseoir.

Les demandes de précisions qui revenaient le plus souvent concernant ce motif de saisine étaient :

- ▶ demande de précision sur l'exposition/ évaluation de l'intensité de l'exposition au risque (n= 25),
- ▶ demande de précision médicale : imagerie, anatomopathologie (n=8),
- ▶ demande de précision sur ATCD médiaux et/ou tabagisme de la victime (n=6).

Tableau n°23 Répartition des pourcentages d'avis favorables de l'ensemble des CRRMP par vignette concernant le motif de saisine « durée d'exposition insuffisante ».

Vignette	MPI	Maladie	Motif	% d'avis favorables	% d'avis à surseoir
1	30B	Epaississement plèvre	DER 2 ans/ 5 ans	50%	22%
3	30bis	Cancer broncho-pulmonaire	DER 6 ans/10 ans	50%	0%
4	30bis	Cancer broncho-pulmonaire	DER 7 ans/ 10 ans	100%	44%
5	30bis	Cancer broncho-pulmonaire	DER 5 ans/ 10 ans	69%	28%
15	97	HD L5- S1	DER 3 ans/ 5 ans	86%	28%
Moyenne de l'indice de concordance				0,42	29%

Motif de saisine « délais dépassé »

Lorsque les CRRMP devaient statuer sur des vignettes concernant les délais dépassés, ils rendaient le plus souvent un avis favorable.

On observe des disparités inter-régionales même si l'importance de ces disparités ne semble pas majeure : la moyenne de l'indice de concordance pour les vignettes qui concernaient des délais dépassés est égal à 0,64. A 3 reprises sur les 5 vignettes, les CRRMP ont statué de façon complètement homogène (vignette n°2 et 13) ou quasi-unanime (vignette n°6).

Ce motif de saisine est assez peu concerné par des demandes d'avis à surseoir et lorsqu'un avis à surseoir était demandé, les demandes de précisions concernaient pour le :

- ▶ tableau 42 : demande de précision médicale (anciens audiogrammes),
- ▶ tableau 79 et 98 : reprise anamnèse pour avancer la DPCM.

Tableau n°24 Répartition des pourcentages d'avis favorables de l'ensemble des CRRMP par vignette concernant le motif de saisine « délais dépassé ».

Vignette	MPI	Maladie	Motif	% d'avis favorables	% d'avis à surseoir
2	30D	Mésothéliome	DPC 6 ans	100%	0%
6	42	Surdité (- 46dB et -48dB)	DPC 4 ans	87%	17%
7	42	Surdité (-55 dB et - 95 dB)	DPC 2 ans	50%	33%
13	79	Lésion dégénérative ménisque	DPC 3 ans	100%	11%
17	98	HD L4- L5	DPC 1,5 ans	71%	6%
Moyenne de l'indice de concordance				0,63	13%

Motif de saisine « non- respect de la liste limitative de travaux »

Concernant le motif de saisine « non-respect de la liste limitative de travaux », il existe également des disparités inter-régionales. Ces disparités pourraient sembler relativement peu importante puisque la moyenne de l'indice de concordance est égale à 0,65. On observe cependant qu'il existe des disparités plus importantes selon le tableau de MPI : ainsi pour le tableau n°57 cette moyenne est égale à 0.51 contre 1 pour le tableau n°79 ou 0,72 pour le tableau de MPI n°98.

Peu de demandes de report d'examen du dossier ont été faites par les CRRMP, sauf concernant les tableaux de MPI 97 et 98. Les demandes de précisions concernaient uniquement l'exposition au risque.

Tableau n°25 : Répartition des pourcentages d'avis favorables de l'ensemble des CRRMP par vignette concernant le motif de saisine « non-respect de la liste limitative de travaux ».

Vignette	MPI	Maladie	Motif	% d'avis favorables	% d'avis à surseoir
8	57A	Rupture supra-épineux	LLT	28%	0%
9	57A	Tendinopathie chronique coiffe des rotateur	LLT	35%	6%
10	57A	Rupture partielle de la coiffe des rotateurs	LLT	71%	6%
11	57C	Canal carpien	LLT	6%	0%
12	57C	Canal carpien	LLT	28%	0%
14	79	Lésion dégénérative du ménisque	LLT	0%	11%
16	97	HD L4- L5	LLT	14%	11%
18	98	HD L5- S1	LLT	0%	22%
Moyenne de l'indice de concordance				0,65	8%

Motif de saisine alinéa 4 (maladie hors- tableau)

Sur les 28 vignettes soumises aux CRRMP, 9 vignettes l'étaient au titre de l'alinéa 4 (maladie hors tableau).

Lorsque l'on étudie les ratios d'avis favorable toutes vignettes concernant l'alinéa 4 confondues par CRRMP on observe des ratios évoluant de 11% pour l'Auvergne à 56% pour les Hauts de France. Il existe donc des disparités inter-régionales mais elles semblent moins importantes que pour les vignettes qui concernaient l'alinéa 3.

Tableau n°26 Répartition des pourcentages d'avis favorables pour chaque CRRMP sur les vignettes concernant le motif de saisine au titre de l'alinéa 4.

CRRMP	% d'avis favorables	% d'avis à surseoir
Alsace- Moselle	25%	6%
Aquitaine	44%	0%
Auvergne	11%	0%
Bourgogne- Franche- Comté	17%	17%
Bretagne	44%	0%
Centre- Ouest	33%	0%
Centre- Val- de Loire	13%	6%
Hauts de France	56%	0%
Ile-De-France	13%	6%
La Réunion	44%	0%
Languedoc- Roussillon	13%	6%
La Martinique	14%	11%
Midi- Pyrénées	29%	11%
Nord- Est	44%	0%
Normandie	22%	0%
Pays de la Loire	13%	6%
Rhône- Alpes	14%	11%
Sud- Est	33%	0%
Total général	27%	4%

Si l'on s'intéresse aux ratios d'avis favorable par vignette, on observe que les décisions rendues par les CRRMP sur les vignettes qui concernaient un motif de saisine au titre de l'alinéa 4 ont été relativement homogènes : la moyenne de l'indice de concordance est égale à 0,77.

On observe peu d'avis à surseoir concernant ce motif de saisine, sauf concernant la vignette n°25 où le manque de précision sur le risque professionnel (type d'herbicide, fréquence d'utilisation) a rendu difficile voire impossible de conclure.

Tableau n°27 : Répartition des pourcentages d'avis favorables de l'ensemble des 18 CRRMP par vignette concernant le motif de saisine au titre de l'alinéa 4.

Vignette	Alinéa	Maladie	% d'avis favorables	% d'avis à surseoir
20	4	Lombalgie chronique	35%	6%
21	4	Coxarthrose	6%	6%
22	4	Arthrose cervicale	19%	11%
23	4	Arthrose cervicale	0%	0%
24	4	HD cervicale	0%	0%
25	4	Lymphome malin non hodgkinien	92%	28%
26	4	Tumeur primitive de vessie	88%	6%
27	4	Tumeur primitive de vessie	6%	11%
28	4	Tumeur primitive de vessie	19%	11%
Moyenne de l'indice de concordance			0,77	9%

4. Discussion

4.1. Les apports et freins méthodologiques de notre étude.

Ce travail s'inscrivait dans un contexte de constatations récurrentes depuis plusieurs années de disparités inter-régionales en termes de reconnaissance des maladies professionnelles en France par les CRRMP. Ces disparités semblaient persister malgré une volonté d'harmonisation des pratiques notamment à l'échelon des CPAM. Nous nous interrogeons plus spécifiquement sur l'existence de disparités « intrinsèques » aux CRRMP.

A la différence d'autres études qui proposaient d'analyser les décisions rendues par quelques CRRMP en France sur des dossiers de MPI différents, nous avons proposé une étude basée sur l'analyse de dossiers similaires en interrogeant l'ensemble des 20 CRRMP de France. Cela nous a permis de nous affranchir des principaux biais d'autres études tels que des dossiers différents, des disparités dans le nombre de dossiers à traiter, des réponses indépendantes de la région d'origine (bassin de populations, bassin économique, etc.) et surtout du traitement des dossiers en amont du CRRMP.

Concernant les moyens

Appui financier et logistique

Cette étude s'est déroulée dans le cadre d'un protocole entre le centre de consultations de pathologies professionnelles (CCPP) du CHU de Rouen et de la CARSAT de Haute-Normandie.

Le CCPP s'engageait à réaliser les vignettes à soumettre aux différents CRRMP au titre d'un alinéa 3 et au titre d'un alinéa 4 de l'article L.461-1 du Code de la Sécurité sociale, à analyser les données recueillies pour dégager une tendance majoritaire d'avis émis, à présenter les conclusions de cette étude et proposer des recommandations à destination de la Direction Nationale des Risques Professionnelles de la Caisse Nationale de l'Assurance Maladies et des Travailleurs Salariés, pour ensuite les diffuser aux CRRMP.

La CARSAT s'engageait en retour à prendre en charge financièrement les dépenses dans le cadre du protocole et à étudier les résultats des analyses réalisées.

Appui technique et humain

Afin de pouvoir déployer notre étude sur l'ensemble du territoire, il nous a semblé nécessaire d'avoir l'appui de la Caisse Nationale de l'Assurance Maladies et des Travailleurs Salariés (CNAMTS), et plus particulièrement de son service de la Direction Nationale des Risques Professionnelles (DRP).

La Direction des Risques professionnelles de la Caisse Nationale de l'Assurance Maladies et des Travailleurs Salariés (CNAMTS) est chargée de l'ensemble des questions relatives au financement et à la gestion de la branche « AT-MP », ainsi qu'à la prévention des risques professionnels. La DRP coordonne l'activité des services de prévention de la CARSAT, des caisses régionales d'assurance maladie et des caisses générales de la Sécurité sociale. Par l'intermédiaire de sa mission médicale, elle coordonne le fonctionnement des secrétariats des

CRRMP et établit les statistiques nationales relatives aux maladies professionnelles examinées dans le cadre du système complémentaire de connaissance des maladies professionnelles.

Grâce à leur soutien, il a été possible de diffuser les vignettes et les questionnaires à l'ensemble des CRRMP via les secrétariats des DRSM. Le médecin conseil de la Direction des Risques Professionnels a permis le suivi régulier de l'avancement, le bon déroulement de l'étude et le recueil des questionnaires. Leur appui explique sûrement le très bon taux de participation des CRRMP à cette étude, puisque sur les 20 CRRMP, 19 ont donné suite à cette sollicitation : 18 CRRMP ont retourné le questionnaire complété et 1 CRRMP n'a pas pu avoir de séance pendant la période de l'étude.

Cette collaboration a toutefois également été source de désaccords, notamment dans les choix méthodologiques concernant les critères étudiés sur lesquels nous reviendrons plus en détail dans la suite de notre analyse, en particulier concernant :

- ▶ la population de l'étude interrogée : initialement interrogation individuelle de l'ensemble des membres de CRRMP,
- ▶ la forme de la réponse : ont ainsi été envisagées une évaluation par une échelle de Likert à 4 possibilités de réponse, puis une échelle binaire à 2 possibilités de réponse (AF ou ADF) et enfin une échelle à 3 possibilités de réponse (AF, ADF, à surseoir),
- ▶ l'analyse d'autres facteurs tels que l'âge, le sexe, la profession, l'ancienneté du membre du jury,
- ▶ l'analyse de l'unanimité de la décision rendue.

Concernant le type d'enquête

Pour répondre à l'objectif de notre étude, nous avons choisi de réaliser une étude descriptive et multicentrique sur l'ensemble des CRRMP de France.

Ce choix méthodologique simple nous permettait d'obtenir une photographie des décisions rendues sur des vignettes similaires et donc une « tendance » qui pourrait servir de point de départ pour formuler des hypothèses et/ou servir de base pour la mise en place d'études ultérieures.

Concernant la population de l'étude

Notre population cible était les CRRMP de France. Ces CRRMP sont composés d'un médecin conseil régional de la sécurité social (ou son désigné), du médecin inspecteur régional du travail et d'un PU-PH (ou son désigné).

Dans notre étude la taille de cette population nous permettait d'interroger l'ensemble de cette population puisqu'il n'existe que 20 CRRMP en France. Toutefois, afin d'augmenter la puissance de notre étude, nous avons dans un premier temps envisagé la possibilité d'interroger individuellement tous les membres de CRRMP (cela aurait probablement représenté un peu plus d'une centaine de personnes). Cette proposition n'a pas reçu l'aval de la CNAMTS au motif que les décisions rendues par les CRRMP sont des décisions collectives et que dans le cadre de notre étude il était préférable d'analyser des données de réponses collectives.

Il faut également noter que notre étude s'est réalisée sur une période définie. Sur cette période, chaque région s'est organisée pour diffuser les vignettes lors de la tenue d'un seul CRRMP. La composition du jury lors de la tenue de ce CRRMP est susceptible, selon les ressources de la région en médecins des différentes spécialités, de varier d'une séance à l'autre. Aussi, les résultats que nous observons dans notre étude ne sont que le reflet d'une composition de jury à un « instant t ». Il est très probable que les résultats de notre étude auraient été différents si l'étude avait été menée à une autre période de l'année, tout comme nous serions susceptibles d'observer des disparités au sein d'un même DRSM selon une composition différente du CRRMP.

Concernant la définition des critères de jugements

Concernant les vignettes

Aucune étude n'ayant été menée sur ce sujet, il nous a fallu « créer » l'outil support de notre étude. Nous nous sommes interrogés sur la forme que devait prendre les dossiers que nous allions soumettre aux CRRMP.

La population cible de notre étude étant faible, pour réussir à augmenter la puissance il nous fallait pouvoir proposer un nombre de dossiers de maladies professionnelles suffisamment important pour obtenir des résultats exploitables.

Or, les CRRMP étant déjà engorgés, toute la problématique était d'augmenter le volume de dossiers à soumettre sans augmenter pour autant la durée de réponse au questionnaire, et ainsi s'assurer d'un taux de participation le plus important possible.

Il nous était impossible, comme nous l'avions initialement envisagé, de soumettre « en aveugle » de vrais dossiers de maladies professionnelles lors de séances de CRRMP. Le modèle qui nous a alors paru le plus pertinent était de créer des « dossiers- types » ou « vignettes » de demande de maladies professionnelles.

L'élaboration de ces vignettes s'articulait autour de 3 critères majeurs prédéfinis. Chaque vignette devait être :

- ▶ synthétique et volontairement peu détaillée,
- ▶ le reflet de l'activité habituelle d'un CRRMP (en termes de représentativité de certains tableaux de maladies professionnelles, de contenu des dossiers et de motif de saisine),
- ▶ la plus similaire possible dans sa forme.

Le principal critère de rédaction de nos vignettes était d'être synthétique. Nous le justifions essentiellement par 2 arguments :

- ▶ cela nous a permis, comme nous l'avons vu précédemment, d'augmenter la puissance de notre étude en soumettant un nombre de dossiers plus important à notre population cible sans augmenter la durée de réponse au questionnaire,

- ▶ sous cette forme, les vignettes ont reflété l'incomplétude de certains dossiers traités en CRRMP où :
 - malgré l'enquête médicale, il n'est pas possible d'avoir accès à d'anciens examens médicaux comme par exemple les anciens audiogrammes pour le tableau de MPI n°42,
 - malgré l'enquête poussée par les ingénieurs de la CARSAT, il est impossible d'avoir plus de renseignement sur l'exposition professionnelle,
 - il est parfois impossible de réaliser l'enquête pour cause de disparition de l'entreprise.

Il faut de plus noter que les membres du CRRMP sont obligés de rendre une décision sur les seules pièces présentes dans les dossiers, ceux-ci étant traités la plupart du temps hors délais.

Cette volonté d'être synthétique a particulièrement pesé sur la partie « description rapide » de notre questionnaire qui apportait des précisions sur l'âge, le sexe et surtout sur la caractérisation de l'exposition professionnelle. Ce choix méthodologique a pu influencer nos résultats, en particulier lorsqu'il s'agissait de statuer au titre d'un alinéa 3 pour une liste limitative de travaux ou sur des délais d'exposition insuffisants.

Par ce choix méthodologique, nous ne proposons pas dans notre étude de vignette qui traiterait au titre d'un alinéa 4 d'une demande de reconnaissance d'une pathologie psychique (dépression ou anxiété généralisée) d'origine professionnelle. Cependant, de plus en plus de dossiers traités en CRRMP au titre d'un alinéa 4 concernent ces pathologies. La complexité de traitement de ces dossiers est telle qu'il nous était impossible de rédiger un vignette « synthétique » sur ce type de pathologie. Nous avons donc fait le choix de ne pas en inclure dans notre étude.

Concernant le questionnaire

En plus de la création des vignettes, il nous a fallu élaborer un questionnaire de recueil standardisé. Il était donc nécessaire de préciser quels éléments nous souhaitions recueillir afin de répondre aux objectifs de cette étude.

L'élément principal à recueillir pour répondre à notre objectif principal « *existe-il des disparités interrégionales d'avis rendus entre CRRMP ?* » était l'avis émis par les CRRMP pour chacune des vignettes. Initialement nous avons envisagé d'évaluer la réponse à l'aide d'une échelle de Lickert comprenant 4 choix de réponse de « *tout à fait d'accord* », « *d'accord* », « *pas d'accord* » à « *pas du tout d'accord* ». Ce modèle d'échelle nous permettait de mesurer une « attitude » et nous semblait présenter un intérêt en termes d'analyse des résultats sur le degré de certitude de la réponse du CRRMP. Ce modèle n'a finalement pas été retenu car susceptible de montrer trop d'approximations dans les réponses et semblait trop éloigné de la réalité de pratique des CRRMP auxquels on demande de se positionner.

Nous avons ensuite envisagé 2 choix de réponses : « *avis favorable* » ou « *avis défavorable* » afin d'induire un positionnement clair du CRRMP. Là encore ce modèle n'a pas été retenu : dans la pratique, il est laissé aux CRRMP la possibilité de statuer « *avis à surseoir* » et de demander à la caisse primaire d'assurance maladie un complément d'enquête afin de pouvoir statuer. En l'absence de donnée statistique, il est difficile d'évaluer si dans la pratique ce recours est ou non fréquemment utilisé. La plupart des dossiers traités en CRRMP étant traité dans des délais dépassés, l'expérience du CRRMP de Normandie montre que cette option de réponse est très peu utilisée mais nous avons malgré tout laissé cette possibilité dans notre questionnaire.

Dans le courrier d'accompagnement descriptif de l'étude, nous avons toutefois précisé aux CRRMP de statuer autant que possible « avis favorable » ou « avis défavorable ».

Dans un même temps, il nous semblait intéressant de récolter certaines données socio-démographiques concernant la composition du jury du CRRMP : fonction au sein du jury, âge, sexe et ancienneté comme membre de CRRMP.

Nous aurions également souhaité recueillir des informations concernant le processus de décision, et notamment sur :

- ▶ l'unanimité de l'avis émis. Le jury de CRRMP est composé de 3 membres ayant chacun une voix délibérative. La décision finale étant l'avis (favorable ou défavorable) ayant récolté la majorité des suffrages lors du vote. Il aurait pu être intéressant d'évaluer si ces avis étaient unanimes (3 voix / 3) ou non unanimes (2 voix /3),
- ▶ l'existence d'une discussion autour de la prise de décision ? Ainsi même si la décision était rendue à l'unanimité, cette information aurait pu nous donner une indication sur l'influence des échanges entre membres du comité et également avec les ingénieurs de la CARSAT sur la décision finale.

Au final, l'évaluation de ces données n'a pas été possible dans notre étude : la CNAMTS souhaitant recueillir l'avis du CRRMP et non de ses membres.

Il nous semblait que ces éléments auraient pourtant pu nous orienter et nous aider à mieux comprendre les mécanismes de fonctionnement des CRRMP et ainsi expliquer les disparités de pratique inter-régionales observées. Au même titre d'autres facteurs auraient pu être étudiés mais ils auraient été plus difficiles à évaluer sous forme de questions fermées, voire même ouvertes :

- ▶ quelle est l'influence de certains membres du jury ? comme par exemple les membres ayant davantage d'ancienneté/expérience au sein des CRRMP ou comme certains praticiens hyperspécialisés dans certains domaines qui seraient susceptibles d'être plus influents, voire même seul décideur,
- ▶ quelle est l'influence « d'habitudes » de pratique dans le processus de vote ?
- ▶ sur quelle base la reconnaissance ou la non reconnaissance d'une pathologie comme étant d'origine professionnelle s'est-elle faite ? (Guide de bonne pratique à l'usage des CRRMP, données scientifiques ?)

Concernant la mise en place du recueil des données et l'analyse statistique des résultats

La CNAMTS était chargée du déploiement de l'étude dans les différents DRSM et du suivi régulier de l'avancement du recueil des données.

Nous étions chargés de la saisie des données. Celle-ci a été réalisée à l'aide du logiciel Excel®.

Concernant l'analyse statistique des données, nous avons sollicité l'appui d'un médecin-statisticien en santé publique. D'après ce spécialiste, il n'existait pas de modèle statistique valable permettant d'analyser les données de notre étude en raison d'une corrélation positive entre les réponses et une proposition. Il nous était donc impossible de conclure statistiquement sur l'existence ou non de disparité inter-régionale.

Il faut également préciser que dans le cadre de notre étude, l'objectif était uniquement d'observer une tendance de résultats (existence ou non de disparité dans les avis rendus par les différents CRRMP). Aucun résultat « normal » n'était attendu, aussi nous ne proposons pas de faire une analyse des résultats en termes de « pertinence » de la réponse.

Au total, ces choix méthodologiques ont semblé pertinents puisque :

- ▶ sur les 20 CRRMP de France, 18 ont retournés le questionnaire complété,
- ▶ le taux de complétude du questionnaire était de 100%,
- ▶ l'étude nous a permis d'analyser les réponses des CRRMP sur des dossiers identiques,
- ▶ nous avons réussi à extraire une « tendance » de résultats,
- ▶ nous pouvons même cibler plus précisément certains tableaux de MPI où les disparités sont importantes,
- ▶ nous pouvons établir des axes prioritaires d'harmonisation des pratiques des CRRMP.

4.2. Les apports « scientifiques » de l'étude

Concernant l'avis à surseoir

Nous avons fait le choix dans notre étude de laisser aux CRRMP la possibilité de demander un report de l'examen du dossier en raison d'un manque de précision des vignettes : c'est ce que nous avons appelé l'avis à surseoir. Dans ce cas de figure, nous demandions aux CRRMP de statuer autant que possible avis favorable ou avis défavorable. Ainsi, dans 39% des cas lorsque la case « avis à surseoir » était cochée, les CRRMP s'étaient positionné (« avis forcé »), dans 61% des cas l'avis à surseoir a été maintenu.

La moyenne générale d'avis à surseoir dans notre étude est de 14%, c'est-à-dire que sur les 28 vignettes soumises aux CRRMP dans 14% des cas ces comités n'ont pas pu se prononcer sur l'existence d'un lien direct (ou direct et essentiel) entre la pathologie et l'exposition professionnelle habituelle. Même si nous ne disposons pas de données chiffrées nationales concernant ce choix de réponse, cette moyenne nous semble très surestimée dans notre étude.

En effet, en pratique, les délais de traitement des dossiers par les CRRMP étant déjà dépassés, ce recours n'aurait que peu de sens et serait très peu utilisé.

Tableau n°28 : Répartition des avis à surseoir par CRRMP.

CRRMP	Avis à surseoir « initial »	Pas d'avis	% avis forcé	Avis favorable si avis forcé
Alsace- Moselle	36%	50%	50%	40%
Aquitaine	43%	0%	100%	50%
Auvergne	7%	0%	100%	0%
Bourgogne- Franche- Comté	54%	93%	7%	100%
Bretagne	39%	45%	55%	50%
Centre- Ouest	29%	0%	100%	75%
Centre- Val- de Loire	36%	100%	0%	-
Hauts de France	0%	-	-	-
Ile-De-France	25%	86%	14%	0%
La Réunion	7%	100%	0%	-
Languedoc- Roussillon	7%	100%	0%	-
La Martinique	14%	100%	0%	-
Midi- Pyrénées	29%	100%	0%	-
Nord- Est	11%	0%	100%	67%
Normandie	7%	0%	100%	50%
Pays de la Loire	7%	100%	0%	-
Rhône- Alpes	36%	70%	30%	67%
Sud- Est	18%	100%	0%	-
MOYENNE	22%	61%	39%	50%

Concernant l'utilisation de l'avis à surseoir nous observons des disparités interrégionales puisqu'une région comme l'Ile de France n'y a jamais eu recours alors qu'une région comme la Bourgogne Franche- Comté y a eu recours sur plus de la moitié des dossiers qui lui ont été soumis.

Concernant l'interprétation de la consigne donnée de se positionner autant que possible, on peut également observer des disparités inter-régionales. Une région comme la Bourgogne- Franche Comté a coché la case « avis à surseoir » à 15 reprises sur 28 vignettes pour seulement 7% d'avis forcé, ou la région du Centre- Val- de- Loire (10 avis à surseoir pour 0% d'avis forcé). La région Aquitaine a coché à 12 reprises la case « avis à surseoir » mais, à la différence de ces régions, s'est prononcée par la suite dans 100% des cas.

A posteriori, il est impossible de dire si ces disparités interrégionales concernant cette consigne sont liées à une mauvaise interprétation de celle-ci ou si elles sont le reflet d'une impossibilité « vraie » pour le CRRMP à se positionner sur le dossier.

Nous avons pris le parti dans l'analyse des résultats d'interpréter la réponse « avis à surseoir » comme un biais lié à notre méthodologie d'étude et donc de voir dans ce choix de réponse une imprécision trop importante de certaines vignettes, comme c'est, par exemple, le cas de la vignette n°3 où le taux d'avis à surseoir atteint 44% ou des vignettes n°7 et 19 où un tiers des CRRMP n'a pu se prononcer.

Concernant l'objectif principal

Notre étude a permis d'objectiver des disparités inter-régionales importantes, toutes vignettes confondues. En termes de pourcentage d'avis favorables de reconnaissance en maladie professionnelle, on observe des ratios allant de 18% pour l'Auvergne à 70% pour la Bretagne sur des dossiers similaires entre eux. Le taux moyen de reconnaissance de notre étude est de 44%.

Si l'on tente de comparer les résultats de notre étude aux données chiffrées de 2016 publiées par la CNAMTS, on observe que malgré des taux de reconnaissance moyen quasi similaires (44% de taux de reconnaissance dans notre étude contre 41% en 2016 d'après les données de la CNAMTS), il existe en revanche des disparités inter-régionales plus importantes dans notre étude. Le taux le plus faible de reconnaissance en 2016 en France était observé en Normandie de l'ordre de 31% et le taux de plus fort de 46% en Alsace- Moselle et Midi- Pyrénées.

Il est difficile de tirer des conclusions d'une telle comparaison tant ces 2 sources de données sont différentes. Ces données viennent toutefois confirmer qu'il existe des disparités importantes de pratiques des CRRMP entre régions.

Tableau n°29 : Tableau comparatif des ratios d'avis favorable entre notre étude et les données nationales de la CNAMTS en 2016.

CRRMP	% d'avis favorables	
	ETUDE	CNAMTS 2016
Alsace- Moselle	39%	46%
Aquitaine	54%	43%
Auvergne	18%	39%
Bourgogne- Franche- Comté	36%	51%
Bretagne	70%	44%
Centre- Ouest	32%	43%
Centre- Val- de Loire	33%	40%
Hauts de France	64%	42%
Ile-De-France	36%	37%
La Réunion	54%	36%
Languedoc- Roussillon	38%	44%
La Martinique	54%	-
Midi- Pyrénées	50%	46%
Nord- Est	50%	39%
Normandie	50%	31%
Pays de la Loire	42%	38%
Rhône- Alpes	33%	45%
Sud- Est	35%	40%
Total général	44%	41%

Si l'on compare les ratios d'avis favorables par vignette, on observe que les CRRMP n'ont rendu un avis unanime qu'à 7 reprises (sur 28 vignettes). Dans plus de 2/3 des cas, les CRRMP ont rendus des avis différents allant de disparité maximales (50% d'avis favorable/ 50% d'avis défavorable sur 3 vignettes) à des disparités variables.

C'est pour ces avis intermédiaires qui représentent la majorité des avis (n=18 vignettes) que nous avons décidé de créer un indice de concordance. Il ne nous était pas possible de répondre à notre objectif principal en se basant uniquement sur le ratio d'avis favorable : en effet 50% d'avis favorable, sous-entend 50% d'avis défavorable soit une indécision la plus totale entre les CRRMP, à contrario 0% ou 100% d'avis favorable signifient une concordance d'avis maximale.

Pour évoquer des disparités inter-régionales il nous fallait créer un indice qui prendrait une valeur d'autant plus élevée que l'on s'éloignerait de ce pourcentage d'indécision (50/50%). Cet indice de concordance se voulait donc être le reflet de la similarité des avis rendus.

A l'aide de cet indice, il nous était plus facile d'observer la répartition de ces avis, calculer des moyennes et comparer nos résultats entre eux. La moyenne de l'indice de concordance de notre étude toute vignettes confondues est de 0,64. Ce chiffre signifie que 64% des avis rendus par les CRRMP ont été similaires mais que dans 36% des cas ceux-ci ont été discordants.

Il est difficile de donner une interprétation à ces résultats. Dans le cadre de notre étude nous n'avions pas fixé de valeur « acceptable » de cet indice de concordance : l'objectif principal était uniquement de mettre en évidence d'éventuelles disparité inter-régionale dans les avis rendus par les CRRMP. Ainsi, dans un système équitable de réparation, l'indice de concordance aurait dû être égal à 1. Cela aurait signifié qu'il n'existait aucune disparité de traitement des dossiers d'une région à l'autre. Nous pouvons juste conclure qu'il existe des disparités inter-régionales. En termes de cotation de l'importance de ces disparités, il n'est pas possible de conclure. Cette valeur moyenne d'indice de concordance que nous observons dans notre étude ne peut que servir de « référence de comparaison » pour les autres résultats de notre étude ou pour d'autres études ultérieures.

Concernant les objectifs secondaires

Par tableau de MPI

Nous avons interrogé les CRRMP sur 6 tableaux de maladies professionnelles. Pour rappel, il s'agissait des tableau n°30, n°42, n°57, n°79, n°97 et n°98.

Tableau n°30 : Répartition des moyennes d'indice de concordance par tableau de MPI

Tableau de MPI	Moyenne de l'indice de concordance	Moyenne du % d'avis à surseoir
30 et 30 bis N=5 vignettes	0,48	24%
42 N=2 vignettes	0,37	25%
57 N=5 vignettes	0,50	2%
79 N=2 vignettes	1	11%
97 N=2 vignettes	0,72	22%
98 N=3 vignettes	0,64	20%
Alinéa 3	0,58	16%

D'après les résultats de notre étude, on peut observer dans le tableau n°30 que le seul tableau de MPI pour lequel il y a une unanimité de réponse est le tableau n°79 (indice de concordance = 1). Ce tableau de MPI représentait 2 vignettes : 1 vignette pour un délais dépassé et 1 vignette pour non-respect de la liste limitative de travaux. Au vu d'un pourcentage d'avis à surseoir inférieur à la moyenne de notre étude (11% pour ce tableau de MPI) nous en déduisons que les vignettes étaient suffisamment renseignées pour pouvoir délibérer dans les meilleures conditions.

Lorsque l'on analyse quelles précisions seraient nécessaires pour délibérer, ces demandes semblent être cohérentes avec le motif de saisine initial. Ainsi pour le motif DPC, 2 CRRMP demande à ce que le dossier soit réexaminé afin de retrouver des éléments anamnestiques pour remonter la DPCM. En ce qui concerne, la vignette n° 14 (LLT), 2 CRRMP demandent une description plus précise du poste de travail notamment sur les tâches réalisées et la position adoptée.

En ce qui concernait les tableaux de MPI n° 97 et 98, on observe un indice de concordance supérieur à la moyenne de notre étude. Ces tableaux représentaient respectivement 2 et 3 vignettes. L'indice de concordance pour le tableau n°97 est de 0,72 et celui du tableau n°98 de 0,64. En ce qui concerne l'avis à surseoir, on observe qu'il est plus élevé que la moyenne de notre étude.

Concernant la vignette n°19, le pourcentage d'avis à surseoir est particulièrement élevé puisqu'un tiers des CRRMP n'a pas pu se prononcer. Les CRRMP semblaient manquer de précision concernant la caractérisation des manutentions au poste de travail. Il est également intéressant de noter que 4 CRRMP ont conclu avis favorable et précisé dans le questionnaire que la pathologie aurait pu être traitée au titre d'un alinéa 2 dans le cadre du tableau de MPI n°97. On peut donc s'interroger sur la « validité » de l'avis favorable émis par ces CRRMP : la décision aurait-elle été la même si dans notre vignette le salarié n'avait pas été cariste mais uniquement préparateur de commande ? Autrement dit, ces 4 CRRMP ont-ils rendus un avis favorable au titre d'un alinéa 3 pour le tableau de MPI n°98 ou au titre d'un alinéa 2 pour un tableau de MPI n°97 ?

En ce qui concernait les tableaux n°30, 42 et 57, les résultats de notre étude montraient en revanche, une hétérogénéité de réponse supérieure à la moyenne générale de notre étude, et des disparités, notamment pour le tableau n°57 parfois importantes.

Tableaux n°30 et 30 bis

Ces tableaux représentaient 5 vignettes. La moyenne de l'indice de concordance sur ces 5 vignettes était de 0,48 soit une moyenne inférieure à la moyenne générale de notre étude. Si l'on analyse la répartition de l'indice de concordance sur ces tableaux de MPI on observe des valeurs particulièrement extrêmes. En effet, pour 2 vignettes (les vignettes n°1 et n°3), l'indice de concordance est égal à 0 (50% d'avis favorables et 50% d'avis défavorables sur les 18 CRRMP). Au contraire, sur 2 vignettes (vignettes n°2 et n°4) l'indice de concordance est égal à 1. Pour la vignette restante (vignette n°5), l'indice de concordance est égal à 0,38.

Tableau n°31 : Répartition des pourcentages d'avis favorables et de l'indice de concordance de l'ensemble des 18 CRRMP par vignette concernant les tableaux de MPI n°30 et 30 bis.

Vignette	MPI	Maladie	Motif	% d'avis favorables	Indice de concordance	% d'avis à surseoir
1	30B	Epaississement diffus de la plèvre	DER (2 ans/ 5 ans)	50%	0	22%
2	30D	Mésothéliome pleural	DPC (6 ans)	100%	1	0%
3	30bis	Cancer broncho-pulmonaire	DER (6 ans/10 ans)	50%	0	44%
4	30bis	Cancer broncho-pulmonaire	DER (7 ans/ 10 ans)	100%	1	28%
5	30bis	Cancer broncho-pulmonaire	DER (5 ans/ 10ans)	69%	0,38	28%
Moyenne				74%	0,48	24%

Une première explication pour expliquer cette très grande variabilité des avis rendus pourrait être le manque de précision de nos vignettes sur l'exposition professionnelle. On observe notamment une moyenne d'avis à surseoir supérieure à celle générale de notre étude (22% pour les tableaux 30 et 30 bis contre 16% toutes vignettes confondues). L'analyse qualitative des précisions demandées révèle qu'il s'agit majoritairement de demandes de précision concernant l'exposition ou l'évaluation de l'intensité de l'exposition professionnelle.

Ce manque de précision pourrait être lié à notre méthodologie d'étude qui consistait à réaliser des vignettes synthétiques qui se faisait le plus souvent au détriment d'une description plus précise du poste de travail.

Toutefois, lorsque l'on analyse la description de nos vignettes, on peut également se demander si en pratique il était possible de préciser davantage l'exposition professionnelle. Si l'on prend l'exemple de la vignette n°3 où le taux d'avis à surseoir a atteint les 44% : il s'agissait d'un homme de 61 ans, maçon dans le BTP à temps plein de 1980 à 1986, puis employé de bureau qui sollicitait l'avis du CRRMP pour une durée d'exposition insuffisante de 6 ans au lieu de 10 ans. Malgré l'enquête approfondie des ingénieurs de la CARSAT, il est peu probable qu'une évaluation plus précise de l'intensité de l'exposition aurait pu être réalisée. Dans ce cas de figure, il serait intéressant d'analyser plus précisément le processus décisionnel et notamment sur quelles données scientifiques les membres de CRRMP rendent-ils leurs avis (notamment sur l'utilisation de matrice emploi-exposition telles que EV@LUTIL ou MatGéné) ?

Concernant ce tableau de MPI, l'analyse qualitative des précisions demandées par les CRRMP montre que la majorité de ces demandes, comme nous l'avons vu précédemment, concernait une caractérisation plus précise de l'exposition professionnelle. Nous avons également observé que dans une moindre mesure ces demandes de précision étaient d'ordre médical : précision des antécédents médicaux de la victime notamment sur l'existence d'un tabagisme associé ou sur des demandes de précision concernant la pathologie médicale (précision anatomopathologique ou radiologique).

L'enquête médicale réalisée par la CPAM a pour mission de vérifier le respect des critères médicaux du tableau de MPI. Lorsque le dossier de maladie professionnelle est soumis à l'expertise des CRRMP au titre d'un alinéa 3, il est alors acquis que la pathologie présentée par la victime respectait bien les conditions médicales règlementaires du tableau. Il est d'ailleurs

précisé dans le guide pour les CRRMP que lorsque « *la maladie n'est pas caractérisée ou quand les membres du comité sont en désaccord avec le diagnostic proposé : le comité n'est pas habilité à redresser ou préciser un diagnostic. Il ne peut qu'émettre un avis sur le lien de causalité entre la maladie telle qu'elle est déclarée et le travail. Si la difficulté a pour origine l'imprécision du libellé du certificat médical initial ou le diagnostic lui-même, l'avis doit le mentionner explicitement.* ». Dans ces conditions, une demande de précision de nature médicale peut sembler étonnante.

On peut toutefois se demander dans quelle mesure ces informations « deviennent » nécessaires lorsque la caractérisation de l'exposition professionnelle est jugée insuffisamment précise.

Dans le cadre d'un alinéa 3 de l'article L.461-1, le CRRMP doit établir un lien direct entre la pathologie présentée par la victime et ses conditions de travail habituelles. Contrairement à un alinéa 4 de l'article L. 461-1, il n'est pas nécessaire d'établir un lien direct et essentiel. En l'état, l'existence de cofacteurs environnementaux ou personnels chez la victime ne devrait en théorie pas faire remettre en cause la reconnaissance d'un cancer broncho-pulmonaire dans le cadre d'un alinéa 3 de l'article L. 461-1 : la relation directe que doit établir le CRRMP n'est conditionnée que par le caractère significatif ou non de l'exposition au cancérigène professionnel incriminé.

Cependant, dans la pratique et devant une exposition professionnelle « incertaine » dans quelle mesure l'existence de cofacteurs associés (comme par exemple un tabagisme important) justifie davantage que ne soit rendu un avis défavorable ou qu'au contraire en leur absence la pathologie soit plus facilement reconnue comme étant d'origine professionnelle ?

Là encore, on peut imaginer que ce point puisse être source de disparités inter-régionales et qu'il existe probablement des différences de pratiques entre CRRMP.

Tableau n°42

Le tableau de MPI n° 42 représentait 2 vignettes dans notre étude. La moyenne de l'indice de concordance était de 0,37 : cette moyenne est donc inférieure à celle de notre étude en général. Même si ce tableau ne concernait que 2 vignettes, l'indice de concordance a pris 2 valeurs relativement extrêmes : sur la vignette n°6, les CRRMP semblaient globalement unanimes sur l'avis rendu (87% d'avis favorable soit un indice de concordance = 0,74) avec un ratio d'avis à surseoir égal à 17% donc globalement une vignette qui ne semble pas avoir posé de problématique particulière aux CRRMP. En revanche concernant la vignette n°7 l'indice de concordance était de 0 (50% d'avis favorable) et le ratio d'avis à surseoir élevé puisqu'un tiers des CRRMP n'a pas été en mesure de se prononcer. A noter que cette proportion d'avis à surseoir était initialement plus importante : en effet 11 CRRMP sur les 18 de notre étude avaient initialement statué « avis à surseoir » parmi ces 11 CRRMP 5 avaient « forcé » leur décision la majorité du temps en avis défavorable (n=3).

Lorsque l'on analyse les précisions demandées pour ce tableau de MPI, celles-ci sont homogènes dans leur nature :

- ▶ demande de consultation des anciens audiogrammes,
- ▶ demande de confirmation de la surdité de perception,
- ▶ demande spécialiste ORL pour la vignette n°7.

On observe bien que ces demandes ne concernent que le diagnostic médical.

Si l'on se réfère aux guides à destination des CRRMP concernant les délais de prise en charge du tableau n°42, il est précisé qu'il « *convient que les comités tiennent compte des caractéristiques de la nuisance et de la maladie [...] en ce qui concerne la maladie, il convient que les comités prennent en compte que la maladie créée par le traumatisme sonore chronique est une surdité qui a des caractéristiques audiométriques assez précise. Il s'agit d'une surdité de perception, bilatérale, assez symétrique, affectant d'abord et assez précisément les fréquences aiguës [...]* ». Le taux d'avis à surseoir élevé peut donc être expliqué par un biais méthodologique où la pathologie a été insuffisamment précisée pour ce tableau de MPI où l'importance de la caractérisation de la pathologie semble être essentielle pour délibérer sur un délai dépassé.

On pourrait cependant se poser la question de la pertinence de ce type de demande de précision, où par analogie au raisonnement proposé précédemment dans le cadre des tableaux n°30 et 30 bis, on pourrait estimer que le service médical de la CPAM, en amont de l'intervention des CRRMP, se prononce sur le diagnostic et indique la date de première constatation médicale. Cette problématique semble concerner davantage des dossiers concernant un motif de saisine « *délais dépassé* ».

Tableau n°57 :

Le tableau de maladie professionnelle n°57 du régime général représente 75% des dossiers traités en CRRMP au titre de l'alinéa 3. Dans notre étude, 5 vignettes traitaient de ce tableau de MPI. Pour ces 5 vignettes le motif de saisine du CRRMP était un non-respect de la liste limitative de travaux.

La moyenne de l'indice de concordance concernant ce tableau est égale à 0,5. Cette moyenne est en-deçà de la moyenne générale de notre étude. Si l'on analyse la répartition de l'indice de concordance individuellement par vignette, celui reste globalement homogène et nous n'observons pas de valeurs extrêmes comme cela était le cas pour les tableaux n°30 et 30 bis ou le tableau n°42.

Tableau n°32 : Répartition des pourcentages d'avis favorables et de l'indice de concordance de l'ensemble des 18 CRRMP par vignette concernant le tableau de MPI n°57

Vignette	MPI	Maladie	Motif	% d'avis favorables	Indice de concordance	% d'avis à surseoir
8	57A	Rupture tendon supra-épineux	LLT	28%	0,44	0%
9	57A	Tendinopathie chronique coiffe	LLT	35%	0,30	6%
10	57A	Rupture partielle de la coiffe	LLT	71%	0,42	6%
11	57C	Canal carpien	LLT	6%	0,88	0%
12	57C	Canal carpien	LLT	28%	0,44	0%
Moyenne				34%	0,50	2%

Toutefois, à la différence d'autres tableaux de MPI où la moyenne de l'indice de concordance est inférieure à la moyenne générale de l'indice de concordance (comme par exemple les tableaux n°30 et 30 bis de MPI), on observe très peu d'avis à surseoir pour ce tableau (2% d'avis à surseoir contre 14% en moyenne sur l'ensemble des vignettes).

Initialement à n=3 reprise sur les 5 vignettes concernant le tableau de MPI n°57, la case avis à surseoir avait été cochée dans le questionnaire. Dans 2 cas les CRRMP n'avaient pu se positionner et dans le cas restant le CRRMP avait tranché avis défavorable. On ne peut donc pas conclure que le faible nombre d'avis à surseoir sur ce tableau puisse être expliqué par la consigne donnée dans notre étude de « forcer » l'avis favorable ou défavorable.

Il est donc particulièrement intéressant de noter qu'il existe des disparités plus importantes que la moyenne concernant le tableau de MPI n°57 dans notre étude, alors que paradoxalement le nombre d'avis à surseoir est extrêmement faible.

Notre modèle méthodologique et notamment le contenu synthétique des vignettes ne semble pas pouvoir expliquer ces disparités. On pourrait donc en déduire que cela démontre des disparités de pratiques inter-régionales pour ce tableau. C'est en particulier sur ces vignettes qu'il aurait été intéressant d'avoir des informations sur la justification de l'avis du CRRMP, d'autant plus intéressant qu'il s'agit du tableau de plus représenté en CRRMP.

Par motif de saisine

Le tableau n°33 synthétise la répartition des moyennes de l'indice de concordance pour les 4 motifs de saisine du CRRMP.

Tableau n°33 : Répartition des moyennes d'indice de concordance par motif de saisine du CRRMP.

Motif de saisine	Moyenne de l'indice de concordance	Moyenne du % d'avis à surseoir
DPC N= 5 vignettes	0,63	13%
DER N=5 vignettes	0,42	29%
LLT N=8 vignettes	0,65	8%
Alinéa 4 N=9 vignettes	0,77	11%
TOTAL	0,61	15%

Délais de prise en charge dépassé (DPC)

A l'exception de la vignette n°7, lorsque les CRRMP étaient sollicités pour un motif de saisine au titre d'un délai de prise en charge dépassé, on observait dans notre étude une tendance à l'unanimité des avis rendus : la moyenne de l'indice de concordance concernant ce motif était de 0,63. On observait également un ratio d'avis à surseoir inférieur à celui de la moyenne générale de l'étude. De plus, dans la très grande majorité des cas, les CRRMP rendaient un avis favorable.

Il ressort de notre étude qu'il semble exister des dépassements systématiquement acceptés par les CRRMP si, et seulement si, l'exposition professionnelle est caractérisée et que la pathologie est avérée.

Si l'on prend, l'exemple des vignettes n°2 et n°7 :

- concernant la vignette n°2 : aucun CRRMP n'avait pas demandé d'avis à surseoir pour cette vignette. Nous pouvons sous-entendre que la caractérisation de l'exposition professionnelle était suffisante et qu'il n'existait pas de remise en question de la maladie présentée par la victime. Les CRRMP avaient alors statué à l'unanimité « *avis favorable* »,
- a contrario pour la vignette n°7 : pour près d'un tiers des CRRMP le manque de précision concernant la maladie ne leur a pas permis de conclure : ainsi 50% des CRRMP parmi les votants avaient conclu « *avis favorable* » alors que l'autre moitié avait conclu « *avis défavorable* ».

En théorie pour un motif de saisine DPC, le jury ne devrait se prononcer que sur l'importance du dépassement du délai de prise en charge.

Par exemple dans le cadre d'un tableau n°42, plus l'âge de la victime est avancé, plus le facteur de presbycusie a une part significative dans l'apparition de la surdité et donc moins la pathologie devrait être reconnue comme étant d'origine professionnelle.

Cependant, dans la littérature scientifique, il n'existe pas ou très peu de données précises concernant la latence d'apparition de ces pathologies. Cette variable étant particulièrement sensible aux variabilités inter-individuelles des victimes, il existe dans la littérature énormément d'incertitudes attachées aux délais d'apparition de ces pathologies (cancers, surdité, BPCO, etc.).

En l'absence de ces données scientifiques la précision suffisante de la pathologie (date de 1^{ère} constatation médicale, évolution de la pathologie, etc.) et du poste de travail semble donc nécessaire et indispensable à la discussion des CRRMP.

Concernant la pathologie, il arrive parfois que la reprise des éléments du dossier médical permette d'avancer la date de 1^{ère} constatation médicale dans ce cas, il est alors plus facile pour les CRRMP de rendre un avis. On peut donc se demander dans quelle mesure l'interprétation des éléments à disposition dans le dossier médical afin d'avancer cette date de 1^{ère} constatation médicale varie d'un CRRMP à l'autre.

Dans d'autres cas en revanche, l'apparition de la maladie est plus insidieuse (pathologie longtemps bien tolérée, clinique peu parlante d'autant plus si les examens complémentaires ne sont pas réalisés de manière systématique pendant la période d'exposition). Dans ces cas-là, l'existence d'un lien direct se base uniquement sur une exposition à un facteur de risque professionnel bien documenté et/ ou des niveaux d'exposition jugés suffisants.

Malheureusement, il nous était impossible dans notre étude d'interroger les CRRMP sur leur pratique concernant ce motif de saisine. Pourtant, ce motif de saisine du CRRMP, de par le manque de connaissance scientifique sur la latence d'apparition des pathologies et sur la nécessité de caractériser suffisamment la pathologie et l'exposition professionnelle, peut être source importante de disparités de pratique entre CRRMP.

Durée d'exposition insuffisante (DER)

Dans notre étude, les vignettes traitant d'une durée d'exposition professionnelle insuffisante était représentées à 80% par des vignettes concernant les tableaux 30 et 30 bis. Notre analyse de ce résultat rejoint donc celle que nous avons déjà pu faire pour ces tableaux de MPI, à savoir :

- ▶ il existe des disparités importantes : la moyenne de l'indice de concordance de 0,42 est inférieure à la moyenne générale de notre étude.
- ▶ il existe une grande dispersion dans la répartition des valeurs de l'indice de concordance,
- ▶ le ratio d'avis à surseoir (29%) était pour ce motif supérieur à la moyenne de notre étude. Il était, selon l'analyse qualitative des demandes de précision, attribuable à un manque de renseignement des vignettes sur la caractérisation de l'exposition ou l'intensité de l'exposition professionnelle au risque,

Non-respect de la liste limitative de travaux (LLT)

Dans notre étude, la moyenne de l'indice de concordance concernant le motif de saisine « non-respect de la liste limitative de travaux » est la moyenne la plus élevée comparativement aux autres motifs de saisine pour un alinéa 3 (moyenne de 0,65 versus 0,42 pour DER et 0,63 pour DPC). De plus, c'est également pour ce motif que l'on observe le ratio d'avis à surseoir le plus faible (8%).

Ce résultat peut sembler surprenant. Au vu de la méthodologie utilisée (description synthétique du poste de travail) nous aurions pu nous attendre à un ratio d'avis à surseoir plus élevé et donc en parallèle d'une disparité plus importante dans les avis rendus.

Ce résultat peut être expliqué par le contenu de nos vignettes. Si l'on observe les métiers décrits dans les vignettes traitant d'une LLT il s'agissait de métiers relativement communs susceptibles de revenir régulièrement lors des séances de CRRMP (ambulancier, caissière, assistante maternelle, femme de ménage, magasinier-cariste, etc.) et dont la caractérisation des travaux susceptibles de provoquer la maladie est suffisamment connue pour rendre un avis.

Tableau n°34 : Répartition des pourcentages d'avis favorables et de l'indice de concordance de l'ensemble des 18 CRRMP pour le motif « non-respect de la liste limitative de travaux »

Vignette	MPI	Maladie	Motif	% d'avis favorables	% d'avis à surseoir	Indice de concordance
8	57A	Rupture supra-épineux	LLT	28%	0%	0,44
9	57A	Tendinopathie chronique coiffe des rotateur	LLT	35%	6%	0,30
10	57A	Rupture partielle de la coiffe des rotateurs	LLT	71%	6%	0,42
11	57C	Canal carpien	LLT	6%	0%	0,88
12	57C	Canal carpien	LLT	28%	0%	0,44
14	79	Lésion dégénérative du ménisque	LLT	0%	11%	1
16	97	HD L4- L5	LLT	14%	11%	0,72
18	98	HD L5- S1	LLT	0%	22%	1
Moyenne de l'indice de concordance				0,65	8%	0,65

Cependant, il est intéressant de faire une distinction entre les 5 vignettes concernant le tableau de MPI n°57 pour lequel la moyenne de l'indice de concordance est égale à 0,50, alors que pour les 3 vignettes traitant des tableaux 79, 97 et 98 la moyenne était de 0,91.

Il est difficile de conclure qu'il n'existe pas ou peu de disparité pour les tableaux de MPI n° 79, 97 et 98 qui ne représentaient qu'une seule vignette pour leurs tableaux respectifs. En revanche, en ce qui concerne les tableaux n°57, notre étude met en évidence des disparités de pratique importantes entre CRRMP.

Alinéa 4

Neuf vignettes traitaient d'un alinéa 4. En ce qui concerne ce motif de saisine, aucun tableau de maladie professionnelle ne vient servir de « cadre » pour statuer sur l'origine professionnelle de la pathologie présentée par la victime. Nous aurions pu nous attendre à une disparité d'avis plus importante que pour les vignettes relevant d'un alinéa 3.

Il ressort de notre étude qu'il n'existe que très peu de disparité concernant ces vignettes. La moyenne de l'indice de concordance étant de 0,77. De plus, le ratio d'avis à surseoir est bien inférieur à celui de la moyenne générale de notre étude.

On explique cette relative unanimité de réponse et ce faible taux d'avis à surseoir par le fait que dans le cadre d'un alinéa 4 de l'article L.461-1, pour que la maladie soit reconnue comme étant d'origine professionnelle il est nécessaire d'établir un lien direct et essentiel. Le caractère essentiel de la pathologie est donc requis ce qui semble simplifier la prise de décision.

On l'observe particulièrement pour les vignette n°26 et n°27 qui traitaient d'une même pathologie (cancer de la vessie) pour une exposition professionnelle identique, chez un salarié fumeur dans un cas et non-fumeur dans l'autre cas.

Dans le cas de la vignette n°26 (salarié non tabagique) 88% des CRRMP concluaient avis favorable. Alors que dans le cas de la vignette n°27 (salarié tabagique) seulement 6% des CRRMP concluaient avis favorable.

L'exposition semblait certaine et avérée pour la très grande majorité des CRRMP : il existait donc bien un lien direct mais il n'existait pas de lien essentiel à cause de la présence d'un co-facteur extraprofessionnel (ici le tabagisme).

4.3. Les apports « prescriptifs » de l'étude

4.3.1. Dégager des axes prioritaires d'harmonisation

Notre étude a permis de mettre en évidence des disparités inter-régionales de pratique entre les CRRMP. Ces disparités sont plus ou moins importantes selon le tableau de maladie professionnelle concerné et selon le motif de saisine du CRRMP.

Ainsi d'après notre étude, les tableaux de MPI où les disparités sont les plus importantes sont les tableaux n°42 (moyenne de l'indice de concordance égale à 0,37), n°30 et 30bis (moyenne égale à 0,48) et le tableau n°57 (moyenne égale à 0,50).

En France en 2016 (source CNAMTS), les dossiers traités au titre d'un tableau n° 57 représentaient plus de 12 000 avis soit près de 75% des avis donnés au titre de l'alinéa 3. Les affections professionnelles consécutives à l'inhalation de poussière d'amiante (tableaux 30 et 30 bis) représentaient près de 4% des avis et la surdité (tableau n°42) environ 2% des avis.

Pour ces raisons, les propositions d'harmonisation de pratique devraient, d'après les résultats de notre étude, cibler prioritairement les tableaux n°57 puis le tableau 30 et 30 bis et le tableau n°42.

4.3.2. Propositions pour harmoniser les pratiques

On peut assimiler la pratique des CRRMP à un travail d'expertise scientifique qui prend place dans un processus de décision en vue d'une éventuelle indemnisation.

Ce travail d'expertise nécessite la mobilisation de connaissances scientifiques pour établir notamment un lien de causalité « juridique ». Il existe également un enjeu « politique » des décisions rendues par les CRRMP puisque l'éventuelle reconnaissance conditionne l'indemnisation d'un préjudice. Le coût des maladies liées au travail représenterait de 2,6 à 3,8% du PNB d'un pays industrialisé selon le Comité Economique et social des communautés européennes d'où la nécessité de « justification » de la décision des experts.

Face à ce double enjeu, il semble impératif d'harmoniser les décisions médico- administratives rendues par les CRRMP pour une équité de traitement des assurés.

4.3.2.1. Nécessité d'une base scientifique

Les sources des connaissances scientifiques sont multiples, les outils utilisés dans la démarche épidémiologique en santé au travail sont de deux sortes :

- ▶ les outils permettant d'évaluer la fréquence et la répartition de paramètres de santé : il s'agit des études descriptives qui comportent des mesures de l'état de santé (morbidité et/ou mortalité) et une évaluation de l'exposition et des conditions de travail,
- ▶ les outils permettant de comparer la fréquence de ces atteintes dans plusieurs groupes de sujets pour mettre en évidence une association entre une exposition et une pathologie. Cette association est quantifiée par des mesures telles que l'odds-ratio ou le risque relatif selon le type de l'étude.

Parmi les risques professionnels, certains sont occasionnés par des expositions à effets différés, avec parfois des latences longues (cancers, etc.) ; il est donc crucial d'être capable de prendre en compte des données d'exposition en rétrospectif sur de longues périodes (donc remonter aux premiers emplois qu'ont pu exercer des retraités âgés). Par ailleurs la surveillance à l'échelle de la population exige de s'intéresser à l'ensemble des emplois susceptibles d'avoir été exercés. Enfin, certaines pathologies d'origine professionnelle peuvent être induites par le cumul et l'interaction de plusieurs facteurs d'exposition, tandis que de nombreuses nuisances professionnelles peuvent être retrouvées dans des emplois ou secteurs très différents. Les outils nécessaires à une bonne surveillance épidémiologique des risques professionnels doivent donc

être exhaustifs, rétrospectifs, et suffisamment précis pour permettre de différencier les contributions spécifiques des différents facteurs.

En France, il existe différents programmes de surveillance épidémiologique en cours de réalisation ou déjà déployés sur le territoire comme par exemple :

- ▶ l'enquête SUMER (SURveillance MEDicale des Risques) pilotée par le ministère chargé du travail : enquête transversale portant sur un échantillon national de salarié [39]. Elle fournit une évaluation des expositions professionnelles, de la durée de ces expositions et des protections collectives et individuelles éventuelles à leur disposition. Les données sont recueillies par le médecin du travail,
- ▶ l'équipe d'Epidémiologie en santé au travail et ergonomie (Ester) dans le Pays-de-la-Loire est notamment chargé par l'InVS de mettre en œuvre une surveillance épidémiologique des TMS sur ce territoire, qui est progressivement étendu nationalement. Ce réseau apporte des résultats sur la prévalence des TMS et sur leurs facteurs de risques [40],
- ▶ le Programme National de Surveillance du Mésothéliome (PNSM) mis en place par l'InVS afin d'estimer des tendances de l'incidence et de la fraction attribuable aux expositions professionnelle, sur une vingtaine de départements [41],
- ▶ d'autres grandes cohortes (Constances [42], COSET, etc.) ayant un lien avec les AT-MP ont été mises en place avec Santé Publique France.

La commission instituée par l'article L.176-2 du code de la Sécurité sociale préconise dans son dernier rapport de 2017 [29] d'améliorer la collecte de l'information en analysant et en croisant régulièrement les données épidémiologiques existantes (InVS, ANSES, CNAMTS, Inserm, IRDES, etc.) afin d'obtenir des indicateurs les plus fiables possibles.

Il nous semble donc nécessaire dans un premier temps de pérenniser et de renforcer l'activité de surveillance épidémiologique des risques professionnels afin que la décision des experts dans les CRRMP puisse s'appuyer sur une base scientifique fiable et régulièrement actualisée.

4.3.2.2. Outils pratiques à destination des membres des CRRMP

Guide de bonne pratique

A partir de cette base de données scientifiques, toute la difficulté est d'en tirer des outils pratiques à mettre en place à destination des membres des CRRMP.

En pratique, de tels outils existent déjà, on peut notamment citer :

- ▶ un guide pour les CRRMP qui a été élaboré après la mise en place du système complémentaire en 1993. Ce guide est une aide à la décision, élaboré par un groupe d'experts à la demande de la Direction Générale du Travail, de la Direction de la Sécurité sociale et de la CNAMTS. Il a été rédigé par un groupe d'experts. Il propose un « éclairage » sur les maladies les plus souvent examinées. La première version de ce guide date de 1994, depuis il a été actualisé à 2 reprises en 2009 et 2013 [45],
- ▶ un rapport publié en 2013 destiné à améliorer la reconnaissance en maladies professionnelle des pathologies psychiques [46]. Ce rapport émettait notamment des

recommandations relatives à l'instruction des dossiers de demandes de connaissance en maladie professionnelle, en vue de l'évaluation du lien causalité par les CRRMP,

- ▶ une notice européenne explicative d'aide au diagnostic des maladies professionnelles a été rédigée par un groupe d'experts réuni par la Commission Européenne en 1994 [18]. Cette notice fournit des informations sur les relations causales entre des maladies et des expositions sur les lieux de travail. La rédaction de ces notices s'appuie sur des publications scientifiques. Cette notice précise notamment pour chaque agent causal 3 critères d'exposition : l'intensité minimale d'exposition, la durée minimale d'exposition et un délai maximal d'apparition. La dernière actualisation en anglais de ce guide date de 2009 [17].

Il pourrait être intéressant d'obtenir l'avis des membres des CRRMP sur ces guides :

- ▶ sont-ils nécessaires ?
- ▶ sont-ils utilisés dans la pratique courante ?
- ▶ sont-ils adaptés dans la forme à la pratique en CRRMP ? si non quels sont les freins à leur utilisation ?
- ▶ les éclairages apportés sont-ils suffisants pour apporter une réponse dans toutes les situations ?

En interrogeant ainsi les CRRMP, cela pourrait aboutir à la conclusion qu'il serait nécessaire de créer un nouveau guide et d'orienter la rédaction de ce guide en fonction des principales difficultés remontées par les CRRMP.

Ce retour du « terrain » semble indispensable pour concevoir un outil adapté à la pratique. Sans ce retour trop de questions resteraient sans réponse :

- ▶ quelles problématiques aborder ? ce référentiel doit-il préciser davantage :
 - l'aspect médical et la relation de causalité entre l'apparition d'une pathologie et les expositions professionnelles ?
 - l'aspect administratif relatif aux procédures de fonctionnement des CRRMP ?
- ▶ quels experts pour y apporter une réponse ?
 - le collège des enseignants qui promeut l'enseignement initial et continu de la médecine du travail, via différents supports et actions pédagogiques ?
 - les centres de pathologie professionnelle ? Les centres de consultation de pathologie professionnelle, intégrés aux services hospitaliers des CHU, ont un rôle dans le diagnostic de maladies susceptibles d'être d'origine professionnelle. Ils réalisent pour le compte d'autres médecins des expertises pour le diagnostic étiologique de pathologie d'origine professionnelle. Ces centres participent également au réseau national de vigilance et de prévention des pathologies professionnelles (RNV3P),

- des membres des CRRMP (médecins conseils, médecins inspecteurs régionaux du travail, praticiens hospitaliers particulièrement compétents en matière de pathologie professionnelle) ?
- ▶ quelle forme ?
- recommandation de bonnes pratiques avec niveau de recommandation en fonction du niveau de preuve allant d'un niveau de preuve établi (grade A), à une présomption scientifique (grade B) ou un faible niveau de preuve (grade C) ?
 - des algorithmes de décision comme proposé par D. CHOUDAT dans son article « *peut-on accroître la cohérence des avis pour la reconnaissance en maladie professionnelle* » ? [47].

Développer des matrices emploi/exposition

Dans certains dossiers soumis aux CRRMP, l'exposition professionnelle à un risque peut sembler insuffisamment caractérisée (comment estimer la probabilité d'exposition à l'amiante d'un maçon dans le BTP de 1980 à 1985 ?). Si la notion de contact avec le risque peut sembler évidente, préciser en revanche si ce contact est habituel et quel sont les niveaux d'exposition est parfois plus délicat. Les CRRMP en tant qu'expert doivent pourtant se prononcer sur l'existence d'un lien « direct » entre l'exposition professionnelle habituelle de la victime et la survenue de sa pathologie.

Un raisonnement en termes de « probabilité » d'exposition serait-elle jugée comme acceptable ? Dans ce cas, quelle serait la place des matrices emploi-expositions ?

Une matrice emploi-exposition peut être décrite sous forme d'un tableau (que l'on pourrait comparer à un tableau de maladie professionnelle) où apparaîtrait :

- ▶ un emploi, associé à un secteur d'activité,
- ▶ une nuisance,
- ▶ un indice d'exposition définissant l'exposition professionnelle à une nuisance pour l'emploi considéré.

Ces matrices sont le plus souvent élaborées en s'appuyant sur l'expertise de spécialistes. Ils révisent systématiquement tous les emplois et attribuent à chacun d'eux et pour chaque risque considéré un indice caractérisant l'exposition habituelle : intensité, fréquence et probabilité d'exposition.

Si l'on prend l'exemple de la matrice emploi- exposition aux fibres d'amiante (MatGéné), cette matrice recense tous les emplois exercés dans un secteur d'activité. Les codes et intitulés des professions et des activités sont issus des nomenclatures nationales et internationales. La matrice retrace les expositions survenues entre 1945 et 2007 et tient compte de l'évolution de la réglementation concernant l'usage de l'amiante et la protection des travailleurs. La matrice attribue également à chaque emploi exposé un indice d'exposition qui tient compte de plusieurs facteurs tels que : les tâches spécifiques à la profession, la nature des MCA susceptibles d'être manipulés, la fréquence de réalisation des gestes, des expositions de voisinage, etc.

En interrogeant ensuite ces matrices, il est possible d'obtenir une intensité d'exposition aux fibres d'amiantes par exemple ainsi qu'une fréquence d'exposition liée aux tâches spécifiques mais également l'ambiance de travail.

Par exemple, on retrouve dans la figure n°15 les données produites par la matrice emploi-exposition Evalu@til (évaluation des expositions professionnelles aux fibres et aux particules nanométriques) appliquée à la vignette n°5 de notre étude.

Figure n° 15 : Exemple d'utilisation de la matrice emploi-exposition Evalu@til appliquée à la vignette n°5

N° 60762
 1- Profession exercée (CITP 1968) : 03510 - Technicien mécanicien en général
 2- Secteur d'activité (NAF 2000) : 502Z - Entretien et réparation de véhicules automobiles
 Estimations données pour la période avant 1997
 Principal type d'exposition ¹ : directe

Proportion de sujets exposés ² (P en %)	Exposition liée aux tâches spécifiques		Exposition liée à l'ambiance de travail	
	Intensité d'exposition ³ (I en f/ml)	Fréquence d'exposition ⁴ (F en % du temps de travail)	Intensité d'exposition ³ (I en f/ml)	Fréquence d'exposition ⁴ (F en % du temps de travail)
<input type="checkbox"/> 1 < P < 5	<input type="checkbox"/> I < 0.0001	<input type="checkbox"/> F = 0	<input type="checkbox"/> I < 0.0001	<input type="checkbox"/> F = 0
<input type="checkbox"/> 5 < P < 30	<input checked="" type="checkbox"/> 0.0001 < I < 0.01	<input type="checkbox"/> 0 < F < 5	<input type="checkbox"/> 0.0001 < I < 0.01	<input type="checkbox"/> 0 < F < 5
<input checked="" type="checkbox"/> 30 < P < 70	<input type="checkbox"/> 0.01 < I < 0.1	<input checked="" type="checkbox"/> 5 < F < 30	<input checked="" type="checkbox"/> 0.01 < I < 0.1	<input type="checkbox"/> 5 < F < 30
<input type="checkbox"/> P > 70	<input type="checkbox"/> 0.1 < I < 1	<input type="checkbox"/> 30 < F < 70	<input type="checkbox"/> 0.1 < I < 1	<input checked="" type="checkbox"/> 30 < F < 70
	<input type="checkbox"/> 1 < I < 10	<input type="checkbox"/> F > 70	<input type="checkbox"/> 1 < I < 10	<input type="checkbox"/> F > 70
	<input type="checkbox"/> I > 10		<input type="checkbox"/> I > 10	

¹ Directe : le travailleur manipule le matériau
 Indirecte : le travailleur est exposé via d'autres personnes manipulant le matériau
 Passive : le travailleur est exposé du fait de la contamination diffuse des locaux
² Proportion de sujets exposés dans l'emploi pendant une année (P en %)
³ Intensité d'exposition ou concentration moyenne de fibres sur une journée de travail pendant laquelle se produit l'exposition (I en f/ml)
⁴ Fréquence d'exposition ou proportion de jours sur une année pendant laquelle se produit l'exposition (F en % du temps de travail)

L'utilisation d'outils comme Evalu@til, MatGéné [43] ou Matphyto (matrice cultures-expositions aux produits phytosanitaires), Sumex 2 (réalisation d'une matrice emploi-exposition à partir des données de l'enquête Summer 2003 [44]) est déjà recommandée dans le guide de bonnes pratiques à destination des CRRMP. Ces matrices sont un outil de choix en particulier pour évaluer de façon rétrospectives les expositions professionnelles. Il serait intéressant d'évaluer si ces MEE sont utilisées en pratique par les CRRMP et si non, quels sont les freins à leur utilisation.

Il pourrait également être intéressant d'établir ce type de matrice emploi-exposition pour les contraintes biomécaniques, les gestes répétitifs, etc.

Il faut toutefois signaler que le nombre important de dossiers à examiner par séance rend complexe l'utilisation de ces matrices en pratique, du moins lors des séances.

Développer des « revues de dossiers »

Au regard de notre étude, on peut s'interroger sur les limites d'une caractérisation même suffisante des expositions professionnelles. En effet, lorsque l'on regarde les résultats concernant les avis rendus pour les vignettes traitant du tableau n°57, on observe des disparités importantes malgré un faible nombre d'avis à surseoir.

Même s'il était impossible de l'évaluer dans notre étude, il semblerait que le paramètre « habitude » soit également un élément déterminant dans la pratique des CRRMP et qui pourrait être à l'origine de disparités inter-régionales. Dans les cas où il est impossible de conclure sur l'existence d'un lien « direct » et où il subsiste un doute, la décision de rendre un avis favorable ou défavorable est emportée par des décisions prises précédemment. Par exemple, si un comité a finalement reconnu (après échanges entre membres du CRRMP, analyse de la bibliographie, etc) comme étant d'origine professionnelle une MP57C chez une femme de ménage chez des particuliers, dans une volonté d'homogénéiser leur décision à l'échelon local, il est très probable que pour des dossiers similaires ultérieurs soit rendue une décision identique.

Même si d'un point de vue scientifique cette pratique peut sembler discutable, elle pourrait en l'absence d'outils plus adaptés être étendue à l'ensemble des CRRMP afin d'augmenter la cohérence des avis rendus entre régions.

L'idée pourrait ainsi être, d'organiser à l'échelon national une « revue de dossiers-type » sélectionnés. A l'échelle locale, il s'agirait de sélectionner des dossiers revenant de manière assez récurrente où il persiste un doute lorsque l'avis est rendu. Ces dossiers seraient alors soumis soit :

- ▶ aux autres CRRMP pour obtenir leur décision collégiale et ainsi former un consensus « majoritaire » qui serait en réalité une tendance d'avis,
- ▶ à un groupe de travail particulièrement spécialisé sur la pathologie et l'exposition au risque et ainsi obtenir un consensus « d'experts ».

Cette démarche collective pourrait présenter un certain nombre d'avantages :

- ▶ elle permettrait d'identifier le type de dossiers qui dans la pratique courante des CRRMP posent des difficultés aux CRRMP,
- ▶ puis de comprendre pourquoi ces dossiers posent problème : est-ce dans le manque d'éléments à disposition dans le dossier de demande de reconnaissance, dans les modalités d'intervention du CRRMP, par manque de connaissance scientifique, autre ? Cette analyse prendrait donc en compte les éléments de nature médicale mais également le contexte organisationnel dans lequel s'inscrivent les CRRMP (cadre administratif et juridique notamment),
- ▶ après avoir analysé ces difficultés, cette méthode permettrait de proposer une réponse d'avis sous forme d'un « consensus » entre professionnels qui pourrait alors servir de référence pour des dossiers similaires ultérieurs à l'échelle du DRSM,
- ▶ enfin communiquer autour des enseignements retirés par l'analyse de ces dossiers pour permettre une progression dans la pratique des CRRMP, mais également sur l'organisation et ainsi aboutir à une meilleure cohérence entre régions sur les avis rendus. Ces communications pourraient être réalisées soit sous forme d'une base de données de dossiers-types ou via des communications lors de réunions ou colloques de professionnels.

4.3.2.3. « Animation » à l'échelon local, régional et national

Cette animation pourrait être coordonnée par le Département des Risques Professionnels de la CNAMTS.

Auprès des CRRMP :

- ▶ afin de sensibiliser à ces disparités,
- ▶ pour communiquer sur les moyens à disposition pour harmoniser les pratiques médico-administratives,
- ▶ pour remonter d'éventuelles initiatives locales à l'échelon national et ainsi créer une sorte de base de données nationale à laquelle chaque CPAM pourrait se référer et les

décliner sur son territoire en tenant compte des spécificités et des interlocuteurs locaux,

- ▶ en organisant des congrès et/ ou des colloques pour échanger sur les pratiques des CRRMP.

Après des partenaires du CRRMP

Le pourcentage élevé d'avis à surseoir dans notre étude peut-être expliqué par notre méthodologie d'étude mais il pourrait également traduire les difficultés des CRRMP à statuer sur certains dossiers. Cela témoigne donc de l'absolue nécessité d'apporter le plus d'éléments possibles pour aider à la prise de décision déjà complexe même quand les dossiers sont déjà bien renseignés.

La recherche d'une collaboration entre CARSAT, CPAM, DIRECCTE et service de santé au travail, notamment sur la caractérisation des expositions professionnelles, doit donc être renforcée.

4.3.3. Prolongement de l'étude

4.3.3.1. Nouvelle étude venant préciser davantage l'origine des disparités

Le principal point faible de notre étude est le manque d'information « diagnostique » concernant ces disparités inter-régionales observées. En l'absence d'éléments nous permettant d'expliquer ces disparités, nous n'avons pu émettre que des hypothèses.

Pourtant le processus de décision amenant à la reconnaissance ou non en maladie professionnelle est un processus complexe. Plusieurs facteurs pourraient expliquer ces disparités.

Il nous semblerait intéressant de pouvoir mener une étude qui viendrait interroger les CRRMP sur leur pratique et également sur l'influence de la composition pluraliste des CRRMP dans le processus de décision.

4.3.3.2. Renouvellement de l'étude avec méthodologie identique

Notre étude descriptive nous permet d'obtenir une photographie à un instant « t » des décisions rendues par les CRRMP sur des dossiers identiques.

Aucune étude similaire n'ayant été réalisée auparavant, nous n'avons pas d'élément de comparaison pour nos résultats. Il pourrait ainsi être intéressant de répéter cette étude sur la base d'autres contenus des vignettes mais également avec d'autres compositions de jury. Cela nous permettrait de mieux estimer l'importance de ces disparités. Cette information nous semble d'autant plus nécessaire que l'idée d'une harmonisation totale entre les CRRMP peut sembler utopique et qu'à défaut il permettrait de fixer un niveau d'homogénéité jugé comme étant acceptable.

4.4. Conclusion

Depuis plusieurs années, la commission instituée par l'article L.176-2 du code de la Sécurité sociale, a constaté de manière récurrente de fortes disparités régionales entre les taux d'acceptation des différents CRRMP. Ces écarts semblaient traduire des hétérogénéités persistantes de pratiques, à la fois des CPAM et des CRRMP mais rappelait également qu'il était difficile d'interpréter ces résultats du fait de particularités régionales en termes de secteurs d'activités ou de problématiques locales.

A travers ce travail, il a été possible de s'affranchir de tous ces biais exogènes aux CRRMP, et de mettre en évidence que même sur des dossiers identiques, il persistait des disparités inter-régionales importantes, endogènes aux CRRMP. D'après les résultats de notre étude, ces disparités concernaient plus particulièrement certains tableaux de maladies professionnelles tels que les tableaux n°30 et 30 bis (affections professionnelles consécutives à l'inhalation de poussières d'amiante) et le tableau n°57 (affections périarticulaires provoquées par certains gestes et postures). En ce qui concerne ce dernier tableau de maladie professionnelle, les résultats de notre étude peuvent sembler paradoxaux, tant l'accent a été mis ces dernières années sur la réduction des écarts de pratique de reconnaissances des troubles musculosquelettiques entre caisses. Notre étude montre bien la nécessité de poursuivre ces efforts.

Il nous semble également nécessaire de parvenir à une harmonisation des pratiques entre CRRMP via l'élaboration d'outils à destination des CRRMP comme la création d'un nouveau guide de bonne pratique à destination des CRRMP, de poursuivre le développement des matrices emploi/exposition, de les étendre à d'autres pathologies (TMS notamment) et de permettre la réalisation de « revue de dossiers- types » sous forme d'une expertise collégiale.

Malgré la faible puissance de notre étude et les limites de la méthodologie utilisée, il s'agissait du premier travail de ce type réalisée en France visant à caractériser plus précisément l'origine de ces disparités dans la pratique de reconnaissance des maladies professionnelles. L'autre point faible de notre étude est qu'il ne nous a pas été possible de préciser davantage l'origine de ces disparités. Dans la prolongation de ce travail, il pourrait donc être intéressant de mettre en place une étude qui viserait à analyser le processus de décision au sein des CRRMP.

Aussi, même si le système des CRRMP est perfectible et qu'il peut sembler utopique d'arriver à une harmonisation parfaite des pratiques, il a l'avantage de permettre, notamment de par sa composition pluraliste, d'envisager plus d'alternatives et d'ouvrir une discussion rendue nécessaire par le cadre rigide représenté par le système des tableaux de maladie professionnelle et dont la vitesse d'adaptation aux connaissances scientifiques peut sembler lente. Il permet également d'aboutir à une prise de décision rapide dans un contexte où la dimension temporelle liée aux échéances, est un élément avec lequel le jury d'un CRRMP doit composer.

Bibliographie

1. Safon M-O. La prise en charge des accidents du travail et l'organisation de la médecine du travail en France. Aspects historiques et réglementaires. Centre de documentation de l'IRDES 2017. En ligne 185p. <http://www.irdes.fr/documentation/syntheses/la-prise-en-charge-des-accidents-du-travail-et-l-organisation-de-la-medecine-du-travail-en-france.pdf>
2. Omnès C. De la perception du risque professionnel aux pratiques de prévention : la construction d'un risque acceptable. *Revue d'histoire moderne et contemporaine* 2009 ;56-1 :61-82.
3. Léoni L. Histoire de la prévention des risques professionnels. *Regards* 2017 ;51 :25-31
4. Davezies P. Les maladies professionnelles. *Les Cahiers S.M.T* 2003 ;18 :41-44
5. Thébaud-Mony A. De la connaissance à la reconnaissance des maladies professionnelles en France. *La Documentation Française* 1991 : 87-99
6. Moriceau C. Les perceptions des risques au travail dans la seconde moitié du XIXème siècle : entre connaissance, déni et prévention. *Revue d'histoire moderne et contemporaine* 2009 ; 56-1 :11-27
7. Rosental PA, Omnès C. L'histoire des maladies professionnelles, au fondement des politiques de "santé au travail". *Revue d'histoire moderne et contemporaine* 2009 ; 56-1 : 5-11.
8. Chevalier A. Goldberg M, Imbemon Ellen. Les systèmes d'information des régimes de sécurité sociale relatifs aux accidents de travail et aux maladies professionnelles : vers un entrepôt national de données ? Rapport de l'INVS. 2006. 35p.
9. Krief P, Bensefa-Colas L, Choudat, D. Reconnaissance et réparation des maladies professionnelles en France. *EMC - Pathologie professionnelle et de l'environnement*. 2011 : 1-11.
10. Choudat D, Gouffier C, Limido G. Prévention, reconnaissance et indemnisation des maladies professionnelles en France. *EMC – Toxicologie- pathologie professionnelle*. 1998 ; 16-730-A-10 : 7p.
11. Graser M, Manaouil C, Jardé O. Procédures de reconnaissance des maladies professionnelles. *Presse Med*. 2003 ;32 :821-825.
12. Delépine A, Chapoutier-Guillon A., Jacquin- Brisbart et Al. Les maladies professionnelles. Guide d'accès aux tableaux du régime général et du régime agricole. Edition INRS ED 835 2016. 338p. En ligne <http://www.inrs.fr/media.html?refINRS=ED%20835>

13. Chapouthier A. Les maladies professionnelles du régime général. Aide-mémoire juridique. Référence INRS TJ 19. 2016. 26 p.
14. L'Assurance Maladie - Risques professionnels 2017. Rapport annuel de 2016. 144 En ligne 143p. http://www.risquesprofessionnels.ameli.fr/fileadmin/user_upload/document_PDF_a_telecharger/brochures/Rapport%20annuel%20interactif%202016.pdf
15. Bureau international du travail. Enregistrement et déclarations des accidents du travail et des maladies professionnelles et liste des maladies professionnelles. Rapport V conférence internationale du travail 90^{ème} session. 2002. En ligne 47p. <http://www.ilo.org/public/french/standards/relm/ilc/ilc90/pdf/rep-v-1.pdf>
16. Bureau international du travail. Liste des maladies professionnelles (révisée en 2010) : identification et reconnaissance des maladies professionnelles : critères pour incorporer des maladies dans la liste des maladies professionnelles de l'OIT Genève. En ligne 85p. http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/@ed_protect/@protrav/@safework/documents/publication/wcms_150326.pdf
17. Information notices on occupational diseases : a guide to diagnosis. European comission. 2009. 282p. En ligne <http://ec.europa.eu/social/BlobServlet?docId=3155&langId=en>
18. Notices explicatives d'aide au diagnostic des maladies professionnelles. Commission européenne. Rapport EUR 14768. 1994. 224p. En ligne <https://publications.europa.eu/en/publication-detail/-/publication/5923ef1d-1bbe-48bb-8af6-04d33d1da1fe/language-fr>
19. Kudas F, Nagy K, Nagy I. Occupational diseases in Belgium, the Czech Republic and Hungary - a comparision. Centr Eur J Public Health 2017 ;23:32-49
20. Eurogip. Les maladies professionnelles en Europe. Statistiques 1990-2006 et actualité juridique. Rapport d'enquête réf. Eurogip-34F.2009. 56p. En ligne : <http://www.eurogip.fr/images/publications/EUROGIP%20MP%20Europe%2034F.pdf>
21. Eurogip. Déclaration des maladies professionnelles : problématique et bonnes pratiques dans cinq pays européens. Rapport d'enquête ; 2015. 46p. En ligne http://www.eurogip.fr/images/documents/3906/Rapport_DeclarationMP_EUROGIP_102F.pdf
22. Eurogip. Troubles musculosquelettiques : quelle reconnaissance en maladie professionnelle ? Etude sur 10 pays européens. Rapport d'étude ; 2016. 70p. En ligne http://www.eurogip.fr/images/pdf/EUROGIP-120F-RecoTMS_Europe.pdf
23. Kwon SC, Kim HR, Kwon YJ. The administrative process for recognition and compensation for occupational diseases in Korea. J. Korean Med. Sci. 2014 ;29 :3-11.
24. Dorion G, Lenoir D. Rapport sur la modernisation de la réparation des accidents du travail et des maladies professionnelles. Inspection générale des affaires sociales 1991. 101 p.

25. Commission présidée par Deniel A. Institution et modalités de calcul d'un versement annuel de la branche accidents du travail- maladies professionnelles à la branche maladie du régime général. Rapport à l'intention du ministère de l'emploi 1997. 25p.
26. Commission spécialisée en matière de maladie professionnelles du Conseil supérieur de la prévention des risques présidée par Masse R. Réflexions et propositions relatives à la réparation intégrale des accidents du travail et des maladies professionnelles. 2001. 50p.
27. Groupe de travail présidée par Yahiel M. Vers la réparation intégrale des accidents du travail et des maladies professionnelles : éléments de méthode. Rapport à l'intention du ministre de l'Emploi et de la Solidarité 2002. 55p.
28. Comité technique de pilotage de la réforme des accidents du travail sous la présidence de Laroque M, Inspecteur général des affaires sociales. La rénovation de la réparation des accidents du travail et des maladies professionnelles. Rapport n°2004 032 à l'intention du ministre des affaires sociales, du travail et de la solidarité 2004. 84p.
29. Commission instituée par l'article L. 176-2 du code de la sécurité sociale. Estimation du coût réel pour la branche maladie, de la sous-déclaration des accidents du travail et des maladies professionnelles. Rapport au parlement et au gouvernement 2017. 103p
30. Capitaine-Longuenesse C. Etude comparative de dossiers portant sur le tableau 57 soumis aux comités régionaux de reconnaissance des maladies professionnelles de trois régions. Thèse pour le doctorat en médecine. Université de Nantes, 2003. 154p.
31. Duclos M. Contribution de l'analyse des avis donnés par les Comités Régionaux de Reconnaissance des Maladies Professionnelles : Exemple des affections du membre supérieur du tableau n°57 du régime général. Thèse pour le doctorat en médecine. Université Paris 13, 2010. 144p.
32. Joosen J. Analyse des recours après décision du comité régional de reconnaissance des maladies professionnelles Nord-Pas-De-Calais. Thèse pour le doctorat en médecine. Université du droit et de la santé Lille 2, 2013. 115p.
33. Chanson C. Les maladies professionnelles hors tableaux : étude épidémiologique rétrospective (2005-2011) auprès des comités régionaux de reconnaissance des maladies professionnelles (CRRMP) lorrains. Thèse pour le doctorat en médecine. Université de médecine du Nancy, 2013. 288p.
34. Deschamps E, Le Nalbault J, Descatha A. Etude sur l'association entre l'avis motivé du médecin du travail et les décisions d'un comité régional de reconnaissance des maladies professionnelles. Arch Mal Prof 2014 ;75 :566-573.
35. Choudat D. Critères de reconnaissance des maladies professionnelles. Arch Mal Prof. 2000 ; 61 : 223-36.

36. Martinez L, Bévilacqua D, Lanteaume A, et al. Reconnaissance des surdités professionnelles : il faudrait réduire le nombre de dossiers mal documentés soumis au comité régional de reconnaissance des maladies professionnelles. *Presse Med* 2011 ;40 : 286-95.
37. Choudat D. Risque, fraction étiologique et probabilité de causalité en cas d'expositions multiples. II : les tentatives d'application. *Arch mal prof* 2003 ;64(6) :363-374
38. Laborde-Casténot, H., Peyrethon, C. et Choudat, D. Législation des maladies pulmonaires professionnelles en France. *EMC – Pneumologie*. 2013, Vol. 10. p. 1-10.
39. Labarthe G, Memmi S, Coutrot T *et Al*. Sumer 2016-2017 : enjeux de la nouvelle enquête. *Références en Santé au Travail*. 2015 ;144 : 22-26.
40. Y. Roquelaure, C. Ha, A. Touranchet, E. Imbernon, M. Goldberg. Réseau expérimental de surveillance épidémiologique des TMS dans les pays de Loire. 2004. www.invs.sante.fr
41. Gilg Soit Ilg A, Ducamp S, Gramond C *et Al*. Programme national de surveillance du mésothéliome (PNSM). Actualisation des principaux résultats. *Bull Epidémiol Hebd*. 2015 ;(3-4) :28-37. En ligne http://invs.santepubliquefrance.fr//beh/2015/3-4/2015_3-4_1.html
42. Zins M, Goldberg M. The CONSTANCES team The french CONSTANCES population-based cohort :design, inclusion and follow-up. *Eur J Epidemiol*. 2015 ;30 :1317-1328.
43. Lacourt A, Brochard P, Houot M *et Al*. Présentation d'une matrice emplois-exposition aux fibres d'amiante. Quelques applications à un échantillon de population en France. *INVS*.2010 :1-6. En ligne : <http://expro.santepubliquefrance.fr/expro/document%3Bjsessionid=C34596D2B8D64F33B3EC21693782633F?id=63845381>
44. Luce D., Guéguen A. Sumex 2 : réalisation d'une matrice emplois-expositions à partir des données de l'enquête sumer 2003. *Institut de veille sanitaire*. 2007 :1-78.
45. Guide pour les comités régionaux de reconnaissance des maladies professionnelles institués par la loi n°93-121 du 27 janvier 1993. *Références en santé au travail* 2014 ;137 : 91-120.
46. Groupe de travail de la Commission des pathologies professionnelles du conseil d'orientation sur les conditions de travail, ministère du travail, de la solidarité et de la fonction publique. *Pathologies d'origine psychique d'origine professionnelle*. *Ref Sante Travail*. 2013 ;133 :75-86
47. Choudat D. Peut-on accroître la cohérence des avis pour la reconnaissance en maladie professionnelle ? *Arch Mal Prof Env*. 2006 ;67-3 :485-487.

Annexe 1 : FICHE DE SAISIE DE RESULTATS : Quelle décision auriez-vous rendue en CRRMP ?

1. Information concernant le CRRMP

➤ **Région (ou DRSM) :**

➤ **Composition du jury (cochez les cases) :**

- Médecin conseil régional
- Médecin inspecteur régional du travail
- PU-PH de médecine du travail
- PH qualifié en pathologie professionnelle
- Médecin spécialiste :
- Autre (précisez) :

2. Décision rendue par le CRRMP

N° de vignette	Tableau	Avis : favorable/ défavorable ¹⁴		Décision : unanime/ non unanime ¹⁵		Décision discutée ¹⁶ : oui/non	
		Favorable	Défavorable	Unanime	Non unanime	Non	Oui
1)	30B	Favorable	Défavorable	Unanime	Non unanime	Non	Oui
2)	30D	Favorable	Défavorable	Unanime	Non unanime	Non	Oui
3)	30 bis	Favorable	Défavorable	Unanime	Non unanime	Non	Oui
4)	30 bis	Favorable	Défavorable	Unanime	Non unanime	Non	Oui
5)	30 bis	Favorable	Défavorable	Unanime	Non unanime	Non	Oui
6)	42	Favorable	Défavorable	Unanime	Non unanime	Non	Oui
7)	42	Favorable	Défavorable	Unanime	Non unanime	Non	Oui
8)	57A	Favorable	Défavorable	Unanime	Non unanime	Non	Oui
9)	57A	Favorable	Défavorable	Unanime	Non unanime	Non	Oui

¹⁴ Entourer la décision

¹⁵ Unanime = 3 voix/ 3. Non unanime = 2 voix/3

¹⁶ Discutée : y'a-t-il eu débat au sein du jury ?

10)	57A	Favorable	Défavorable	Unanime	Non unanime	Non	Oui
11)	57C	Favorable	Défavorable	Unanime	Non unanime	Non	Oui
12)	57C	Favorable	Défavorable	Unanime	Non unanime	Non	Oui
13)	79	Favorable	Défavorable	Unanime	Non unanime	Non	Oui
14)	79	Favorable	Défavorable	Unanime	Non unanime	Non	Oui
15)	97	Favorable	Défavorable	Unanime	Non unanime	Non	Oui
16)	97	Favorable	Défavorable	Unanime	Non unanime	Non	Oui
17)	98	Favorable	Défavorable	Unanime	Non unanime	Non	Oui
18)	98	Favorable	Défavorable	Unanime	Non unanime	Non	Oui
19)	98	Favorable	Défavorable	Unanime	Non unanime	Non	Oui
20)		Favorable	Défavorable	Unanime	Non unanime	Non	Oui
21)		Favorable	Défavorable	Unanime	Non unanime	Non	Oui
22)		Favorable	Défavorable	Unanime	Non unanime	Non	Oui
23)		Favorable	Défavorable	Unanime	Non unanime	Non	Oui
24)		Favorable	Défavorable	Unanime	Non unanime	Non	Oui
25)		Favorable	Défavorable	Unanime	Non unanime	Non	Oui
26)		Favorable	Défavorable	Unanime	Non unanime	Non	Oui
27)		Favorable	Défavorable	Unanime	Non unanime	Non	Oui
28)		Favorable	Défavorable	Unanime	Non unanime	Non	Oui

ANNEXE 2 : Questionnaire : Quelle décision auriez-vous rendue en CRRMP ?

N°	Tableau	Alinéa et motif de saisine	Pathologie	Description rapide
1)	30B	Alinéa 3 pour une DUREE D'EXPOSITION de 2 ans (au lieu de 5 ans).	Epaississement diffus de la plèvre viscérale (1ère constatation médicale : 2015)	Homme de 77 ans, apprenti-électricien de 1954 à 1956, puis chauffeur poids-lourds pendant 25 ans.
2)	30D	Alinéa 3 pour un DELAI dépassé de 6 ans.	Mésothéliome pleural (1ère constatation médicale : 2014)	Homme de 74 ans, manœuvre et veilleur de quart dans une entreprise de transformation d'amiante de 1961 à 1970 puis affecté au montage de vannes de 1970 à 1978 (joint contenant de l'amiante).
3)	30 bis	Alinéa 3 pour une DUREE D'EXPOSITION de 6 ans (au lieu de 10 ans).	Cancer broncho-pulmonaire (1ère constatation médicale : 2015)	Homme de 61 ans, maçon dans le BTP, à temps plein, de 1980 à 1986, puis employé de bureau.
4)	30 bis	Alinéa 3 pour une DUREE D'EXPOSITION de 7 ans (au lieu de 10 ans).	Cancer broncho-pulmonaire (1ère constatation médicale : 2014)	Homme de 63 ans, ouvrier de 1973 à 1980 (montage de culasse et collecteur d'échappement).
5)	30 bis	Alinéa 3 pour une DUREE D'EXPOSITION de 5 ans (au lieu de 10 ans).	Cancer broncho-pulmonaire (1ère constatation médicale : 2014)	Homme de 62 ans, mécanicien poids-lourds de 1975 à 1980, puis chauffeur de car depuis 1980.
6)	42	Alinéa 3 pour un DELAI dépassé de 4 ans.	Surdité à -46 dB et - 48 dB (1ère constatation médicale : audiogramme en 2010)	Homme de 70 ans, chaudronnier de 1979 à 2005.
7)	42	Alinéa 3 pour un DELAI dépassé de 2 ans.	Surdité -55 dB et - 95 dB (1ère constatation médicale : audiogramme en 2015)	Homme de 54 ans, conducteur d'engin sur pelleuse de 1972 à 2012.
8)	57A	Alinéa 3 pour une LISTE LIMITATIVE.	Rupture du tendon supra-épineux de l'épaule gauche (1ère constatation médicale : IRM en 2015)	Femme de 56 ans, droitière, ambulancière à temps plein depuis 2003 : conduite d'ambulance de 2003 à 2013 puis conduite de VSL, 5 à 8 heures par jour (aide à la montée et descente en fonction de l'autonomie des patients).
9)	57A	Alinéa 3 pour une LISTE LIMITATIVE.	Tendinopathie chronique non rompue non calcifiante de la coiffe des rotateurs droite (1ère constatation médicale : IRM en 2014).	Femme de 52 ans, droitière, assistante maternelle depuis 1990, à temps plein. 4 enfants à charge de 6 mois à 3 ans.

N°	Tableau	Alinéa et motif de saisine	Pathologie	Description rapide
10)	57A	Alinéa 3 pour une LISTE LIMITATIVE	Rupture partielle de la coiffe des rotateurs gauche (1 ^{ère} constatation médicale : IRM en 2015)	Femme de 51 ans, droitnière, caissière dans un supermarché depuis 20 ans, à temps partiel (24 heures par semaine)
11)	57C	Alinéa 3 pour une LISTE LIMITATIVE.	Canal carpien droit (1 ^{ère} constatation médicale : EMG en 2014)	Femme de 52 ans, droitnière, assistante maternelle depuis 1990, à temps plein. 4 enfants à charge de 6 mois à 3 ans ?
12)	57C	Alinéa 3 pour une LISTE LIMITATIVE.	Canal carpien droit (1 ^{ère} constatation médicale : EMG en 2014)	Femme de 49 ans, droitnière, femme de ménage chez des particuliers depuis 15 ans, à temps partiel (15 à 20 heures par semaine).
13)	79	Alinéa 3 pour un DELAI dépassé de 3 ans.	Lésion dégénérative du ménisque gauche (1 ^{ère} constatation médicale : IRM en 2015)	Homme de 57 ans, maçon- carreleur de 1978 à 2010.
14)	79	Alinéa 3 pour une LISTE LIMITATIVE.	Lésion dégénérative du ménisque gauche (1 ^{ère} constatation médicale : IRM en 2014)	Homme de 48 ans, agent d'entretien en collectivité depuis 1987.
15)	97	Alinéa 3 pour une DUREE d'EXPOSITION de 3 ans.	Hernie discale L5- S1 (1 ^{ère} constatation médicale : IRM en 2011)	Homme de 49 ans, conducteur d'engin dans le BTP depuis 2008.
16)	97	Alinéa 3 pour une LISTE LIMITATIVE.	Hernie discale L4- L5 (1 ^{ère} constatation médicale : IRM en 2012)	Homme de 47 ans, chauffeur- livreur de 1991 à 2012 : livraison de colis en camionnette.
17)	98	Alinéa 3 pour un DELAI dépassé de 1 an et 6 mois.	Hernie discale L5- S1 (1 ^{ère} constatation médicale : IRM en 2014)	Homme de 50 ans, mécanicien sur engin de travaux publics depuis 1983, puis chef d'atelier à partir de 2012, sans exposition.
18)	98	Alinéa 3 pour une LISTE LIMITATIVE.	Hernie discale L4- L5 (1 ^{ère} constatation médicale : TDM en 2015)	Homme de 52 ans, gardien d'immeuble en HLM depuis 1985 à temps plein.
19)	98	Alinéa 3 pour une LISTE LIMITATIVE.	Hernie discale L4- L5 (1 ^{ère} constatation médicale : TDM en 2015)	Homme de 51 ans, magasinier- cariste depuis 1991 à temps plein : préparation et filmage de palettes.
20)		Alinéa 4.	Lombalgie chronique (1 ^{ère} constatation médicale : 2011),	Homme, 52 ans, magasinier- cariste en fournitures de boulangerie de 1975 à 1993 puis magasinier cariste dans entreprise d'agro- alimentaire à partir de 1994.
21)		Alinéa 4.	Coxarthrose (1 ^{ère} constatation médicale : radiographie en 2014)	Homme de 55 ans, 1m80, 85 kg, boucher en grande surface de 1980 à 2015.
22)		Alinéa 4.	Arthrose cervicale (1 ^{ère} constatation médicale : TDM en 2015)	Homme de 55 ans, maçon depuis 1980 ayant régulièrement monté des parpaings à l'échelle.

N°	Tableau	Alinéa et motif de saisine	Pathologie	Description rapide
23)		Alinéa 4.	Arthrose cervicale (1ère constatation médicale : TDM en 2015)	Femme de 51 ans, ouvrière sur chaîne depuis 1977 : approvisionnement/conditionnement et contrôle visuel qualité de flacons de verre.
24)		Alinéa 4.	Hernie discale cervicale (1ère constatation médicale : TDM en 2016)	Femme de 45 ans, auxiliaire de vie sociale dans un établissement pour personnes handicapées depuis 2001, pouvant être amené à faire des toilettes au lit ou au lavabo.
25)		Alinéa 4.	Lymphome malin non hodgkinien (1ère constatation médicale : 2016),	Homme de 61 ans, non-fumeur, employé d'une usine de fabrication d'herbicide de 1975 à 2007.
26)		Alinéa 4.	Tumeur primitive de vessie (1ère constatation médicale : 2014)	Homme de 62 ans, non-fumeur, étancheur de toiture au goudron (origine pétrolière) de 1980 à 2005, à temps plein.
27)		Alinéa 4.	Tumeur primitive de vessie (1ère constatation médicale : 2014),	Homme de 62 ans, tabagisme estimé à 20 paquets- année, étancheur de toiture au goudron (origine pétrolière) de 1980 à 2005, à temps plein.
28)		Alinéa 4.	Tumeur primitive de vessie (1ère constatation médicale : 2012)	Homme de 71 ans, non-fumeur, livraison de fioul aux particuliers et entreprises de 1967 à 2003.

Résumé

Auteur : LETALON Solenn

Date de soutenance : 29 mars 2018

Titre de la thèse : Analyse descriptive des avis rendus par les Comités Régionaux de Reconnaissance des Maladies Professionnelles de France sur des dossiers de maladies professionnelles identiques

Thèse pour le doctorat en médecine

Cadre du classement : DES Médecine du travail

Mots- clés : CRRMP, reconnaissance, maladies professionnelles.

Résumé :

Objectif : L'objectif de cette étude était d'analyser les avis rendus par les 20 Comités Régionaux de Reconnaissance des Maladies Professionnelles (CRRMP) de France sur des dossiers synthétiques de maladies professionnelles identiques afin d'évaluer l'homogénéité inter-régionale de ces avis.

Méthode : Nous avons créé 28 vignettes correspondant à des dossiers de maladies professionnelles (MP) synthétiques, s'inspirant de dossiers de MP fréquemment retrouvés lors des CRRMP et portant sur les 4 causes possibles de saisine des CRRMP. Sur ces 28 vignettes, 19 concernaient un alinéa 3 et 9 un alinéa 4. Au titre de l'alinéa 3, 6 tableaux de MP ont été étudiés (n°30, 42, 57, 79, 97 et 98 du RG). Nous avons diffusé ces vignettes auprès des 20 CRRMP de France lors de la tenue d'un CRRMP dans le 1^{er} trimestre de l'année 2017. Nous avons ensuite analysé les avis (favorable, défavorable ou avis à surseoir) rendus par ces CRRMP par vignette, par tableau de MP et par motif de saisine.

Résultats : Sur les 20 CRRMP, 18 ont retournés les questionnaires. Sur les 28 vignettes soumises à ces 18 CRRMP ceux-ci ont statué de manière similaire à 7 reprises (n=25% des cas). Concernant les autres vignettes, les résultats sont hétérogènes et varient d'une disparité importante (n=3 vignettes soit 11% des cas) à une quasi-unanimité. En moyenne, 64% des avis rendus par les CRRMP ont été similaires mais à l'inverse dans 36% des cas ceux-ci ont été discordants. Ces disparités semblaient concerner plus particulièrement les tableaux de MP n°30, 42 et 57 du RG et le motif de saisine « *durée d'exposition insuffisante* ».

Conclusions : En s'affranchissant de biais exogènes aux CRRMP, cette étude permet de mettre en évidence l'existence de disparités inter-régionales entre les CRRMP. Ces disparités concernaient plus particulièrement les tableaux de MP n°30, 42 et 57. Au vu de ces résultats, cette étude suggère la nécessité de poursuivre les efforts mis en place depuis plusieurs années d'harmonisation des pratiques entre CRRMP et d'améliorer la cohérence des avis rendus dans un souci d'équité de traitement des assurés.

Composition du jury :

- **Monsieur le Pr Gehanno**
- **Madame de Pr Clin-Godard**
- **Madame le Dr Rollin**
- **Monsieur le Dr Gislard**

Adresse de l'auteur : 32 Rue Thiers – 76200 DIEPPE

E- mail : s.letalon@gmail.com